

La salud pública en territorio mapuche

Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas y disputas en torno a las políticas de reconocimiento en la Comunidad Payla Menuko, San Martín de los Andes, Pcia. de Neuquén

Autor:

Estrella, Paula Verónica

Tutor:

Lenton, Diana

2017

Tesis presentada con el fin de cumplimentar con los requisitos finales para la obtención del título Doctor de la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad de Buenos Aires en Antropología

Posgrado



Universidad de Buenos Aires
Facultad de Filosofía y Letras

Tesis de Doctorado en Antropología

La Salud Pública en Territorio Mapuche.

Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas y disputas en
torno a las políticas de reconocimiento en la Comunidad Payla
Menuko, San Martín de los Andes, Pcia. de Neuquén

Tesista

Mg. Paula V. Estrella

Directora

Dra. Diana Lenton

Mayo de 2017

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	IV
INTRODUCCIÓN	1
1.1- ESPECIFICACIÓN DEL TEMA	1
1.2- EL OBJETO DE INVESTIGACIÓN Y SU ABORDAJE METODOLÓGICO	9
1.3- ORGANIZACIÓN DE LA TESIS	15
CAPÍTULO I	
DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LOS INDICIOS DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD	23
1.1- LOS RECORRIDOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD	23
1.2- LA ANTROPOLOGÍA Y LOS SABERES DE SALUD DE LOS “OTROS”	32
1.3- CUANDO LA PARTICIPACIÓN DE LOS “OTROS” EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BAJA LOS COSTOS	34
1.4- DEBATES SOBRE INTERCULTURALIDAD DESDE LA ANTROPOLOGÍA	39
1.5- MULTICULTURALISMO, PLURALISMO CULTURAL, INTERCULTURALIDAD ¿NO TAN DISTINTOS?	44
1.6- LAS POLÍTICAS INTERCULTURALES/ MULTICULTURALES: ACOMPAÑANDO EL CAPITAL	48
1.7- INTERCULTURALIDAD Y SALUD	53
1.7.1- LA SALUD INTERCULTURAL COMO CUESTIÓN DE COMUNICACIÓN, DIALOGO Y CAPACITACIÓN	54
1.7.2 - LOS ESTUDIOS SOCIO-ANTROPOLÓGICOS SOBRE SALUD INTERCULTURAL	55
1.7.2.A- LA SALUD INTERCULTURAL COMO ETNOMEDICINA	55
1.7.2.B- LA SALUD INTERCULTURAL COMO CUESTIÓN DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE	56
1.7.2.C- LO QUE SE OCULTA DETRÁS DE LA SALUD INTERCULTURAL	57
1.8- LAS POLÍTICAS INTERCULTURALES EN ARGENTINA	59
1.9- INTERCULTURALIDAD Y SALUD EN ARGENTINA	62
2- LA INTERCULTURALIDAD EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN	65
2.1- INTERCULTURALIDAD Y POLÍTICA SANITARIA EN NEUQUÉN ¿POR QUÉ NO SE MENCIONA A LOS MAPUCHE?	67
CAPÍTULO II	
LA SALUD PÚBLICA EN NEUQUÉN	73
2.1- LA CONFORMACIÓN DE NEUQUÉN, DE TERRITORIO NACIONAL A PROVINCIA	73
2.2- LA PROVINCIALIZACIÓN Y EL DESARROLLISMO NEUQUINO	76
2.3- LA CONSOLIDACIÓN DEL LIDERAZGO DE LOS SAPAG EN NEUQUÉN	80
2.4- LAS POLÍTICAS DE BIENESTAR Y EL MPN	81

2.5- LA ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE SALUD NEUQUINO	84
2.5.1- LA DESCENTRALIZACIÓN EJECUTIVA Y LA CENTRALIZACIÓN NORMATIVA	85
2.5.2- LOS INDICADORES DE SALUD	87
2.6- EL PROGRAMA DE SALUD RURAL	91
2.6.1- EL ROL DE LOS AGENTES SANITARIOS	92
2.7- LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES Y SUS CONSECUENCIAS SANITARIAS LOCALES	97
2.8- LA SITUACIÓN DE SALUD ACTUAL EN LA ZONA SANITARIA IV	104
2.9- LA POLÍTICA SANITARIA EN ÁREAS RURALES COLINDANTES A SAN MARTÍN DE LOS ANDES	109
3- LOS RECORRIDOS EN EL ÁREA RURAL	114
3.1- LOS AGENTES SANITARIOS COMO REPRESENTANTES DE LA SALUD PÚBLICA	119
3.2- LOS SENTIDOS DEL TRABAJO PARA LOS AGENTES SANITARIOS	123
3.3- EL RECONOCIMIENTO MUTUO O EL INTERCAMBIO DE BIENES “SIN PRECIO”	125
CAPÍTULO III	
LOS PROCESOS DE SALUD- ENFERMEDAD- ATENCIÓN EN TERRITORIO MAPUCHE	132
3.1- LAS CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS EN TORNO A LOS PROCESOS DE SALUD- ENFERMEDAD- ATENCIÓN (PSEA) MAPUCHE	132
3.2- EL IMPACTO DE LA CONQUISTA ESPAÑOLA EN LOS PSEA MAPUCHE	135
3.3- EL IMPACTO DE LA CONFORMACIÓN DEL ESTADO NACIÓN ARGENTINO EN LOS PSEA MAPUCHE	137
3.4- LA ATENCIÓN DE LAS COMUNIDADES MAPUCHE DE SAN MARTÍN DE LOS ANDES	139
3.5- LA COMUNIDAD PAYLA MENUKO	149
3.6- LAS REPERCUSIONES DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS EN PAYLA MENUKO	161
3.7- LOS SENTIDOS Y LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD PAYLA MENUKO	162
3.7.1- LA MEDICINA “POPULAR” EN PAYLA MENUKO	162
3.7.2- LAS MEDICINA MAPUCHE EN LA COMUNIDAD PAYLA MENUKO	164
3.7.3- ARTICULACIONES ENTRE FORMAS DE ATENCIÓN	168
3.8- TENSIONES ENTRE SABERES Y PRÁCTICAS EN SALUD	170
3.9- LOS PROBLEMAS EN TORNO A LA PRESENCIA MAPUCHE EN SMA Y SUS DEMANDAS	178
4- LAS DEMANDAS MAPUCHE EN PAYLA MENUKO	182
CAPÍTULO IV	
LAS ESTRATEGIAS ETNOPOLÍTICAS EN TORNO AL TERRITORIO MAPUCHE	192
4.1- ACCIONES COLECTIVAS MAPUCHE Y LA CONSOLIDACIÓN DE LA COMUNIDAD PAYLA MENUKO	192
4.2- ESTRATEGIAS ETNOPOLÍTICAS DE LA COMUNIDAD PAYLA MENUKO	195

4.2.1- EN SALUD	195
4.2.2- EN EDUCACIÓN	198
4.2.3- EN RECURSOS Y TERRITORIOS PROTEGIDOS	201
4.2.4- LOS INSTRUMENTOS LEGALES Y POLÍTICOS	204
4.3- EL RECORRIDO DEL HOSPITAL AL PNL O DE LA SALUD PÚBLICA AL TERRITORIO	213
4.4- NEOLIBERALISMO, SALUD PÚBLICA E INTERCULTURALIDAD	228
4.5- EL TERRITORIO MAPUCHE COMO DETERMINANTE DE LA SALUD	232
CONSIDERACIONES FINALES	235
GLOSARIO DE LENGUA MAPUCHE	240
GLOSARIO DE SIGLAS	242
BIBLIOGRAFÍA	243

AGRADECIMIENTOS

Quise empezar agradeciendo a la comunidad mapuche Payla Menuko. A la familia Colipán por todos sus cuidados, por el alojamiento, las comidas de Mary, las charlas infinitas y los viajes con Fidel, los campamentos y caminatas con sus hijas e hijos Claudia, Noelia, Angélica, Gustavo y Pocho y sus nietos Alewen y Auka. Todos ellos me trataron como un miembro más de la familia. A Clarita González por su amistad y confianza, con ella visitamos los centros de salud intercultural y el hospital mapuche de Nueva Imperial en Chile. A la machi Rosita y su familia que nos recibieron en su casa con mucho cariño. A los machis, lonkos, al coordinador Andrés y a todo el personal del centro de salud mapuche de Puerto Saavedra, por abrirnos las puertas y dejarnos participar en sus reuniones. A Titín Bravo, agradezco las mateadas y conversaciones prolongadas, él y su esposa Clarita se preocuparon de que estuviera bien en Payla, por ello les estoy enormemente agradecida. A Virginia, Mirta y la abuela Rosario, que compartieron conmigo pan, mates, dulces caseros y parte de su cotidianeidad sin lo cual no podría haber encaminado este trabajo. A Vivi y Luis que me recibieron en su casa, a pesar de la desconfianza que me comentaron les generan los antropólogos. Luis me curó el “ojeo” y junto con Vivi me fueron guiando acerca de la salud mapuche. Con ellos conversé directamente sobre este tema y los consulté sobre lo que iba observando en el “campo” para que me dieran sus opiniones; sus aportes fueron muy relevantes en la tarea antropológica. A Sergio y Marta, por compartir los festejos y la música en Payla. El maestro Alejandro, habitante de Payla desde hace más de treinta años fue muy generoso conmigo. Desde que lo contacté constituyó uno de mis “informantes clave” con el que debatí muchas horas sobre mis primeras observaciones y acudí a él en varias oportunidades para pedirle ayuda, consejos y opiniones. A María Elena, la *pillankuse* de Pampa de Malleo, localidad ubicada a 70 kilómetros de San Martín de los Andes. Ella me recibió en su casa y conversó sobre la salud mapuche. Sus palabras y serenidad me incentivaron el interés y las preguntas sobre el tema. Al personal de la escuela N° 161 de Payla, el director Eduardo Champanier, los y las maestros/as y las porteras: Monica, Zulma, Virginia, María y Titín por el recibimiento, la hospitalidad y la predisposición enorme ante todas mis propuestas y preguntas.

Nadine Osidala, socióloga francesa que trabaja en Parques hace más de diez años fue quien hizo viable esta investigación, gracias a ella me incorporé rápidamente en el área de co-manejo. Nadine funcionó como “portera”, me habilitó e impulsó a estar presente en las reuniones con las autoridades mapuche y de esta forma me fueron conociendo. Es una persona comprometida y generosa, y tuve mucha suerte de

conocerla y aprender de ella. En Parques también Jime Colipán, la primera y única guardaparques mapuche perteneciente a Payla me brindó su hospitalidad. Jime me incorporó, con su buen humor, como una más en las reuniones. Romina, otra compañera de trabajo del comanejo me recibió muy bien, favoreciendo que me sintiera cómoda en ese espacio. Los lonkos Pedro, Gustavo, Rolando, Ariel, Daniel y Patricio fueron respetuosos y me permitieron participar en las reuniones no sólo de Parques, sino en encuentros intercomunitarios y con autoridades de gobierno provincial y nacional. Les agradezco su predisposición y apertura, su amabilidad y la posibilidad de acompañarlos. Al lonko Patricio Cayún y su mujer Rosa también les debo un reconocimiento especial, no sólo me abrieron la puerta de su casa y conversaron conmigo sin conocerme aún, sino también porque me invitaron a festejos en su comunidad. A los agentes sanitarios de San Martín de los Andes: Roberto Castillo, Herminio Casanovas, Félix Sayhueque, Marta Barrera, Adelina Muñoz, Isolina Ranguileo y Fernanda Aguirre que me incorporaron en sus rutinas rápidamente y sin condiciones, permitiéndome la elaboración de este trabajo. El afecto que recibí de ellos y que transmiten en sus prácticas laborales es el que intenté reflejar y hacer circular a lo largo de muchas de las páginas de esta tesis. En esta ocasión debo agradecer especialmente a Roberto y a Herminio, cuyo compromiso en el trabajo y hacer de la salud pública me conmueve. También tengo un agradecimiento infinito a Wille Arrúe, quien me alojó en su casa y me presentó a los agentes sanitarios, sin su ayuda tampoco hubiera sido posible este trabajo. A las autoridades del hospital, y particularmente el vice director Germán Sarmiento, les agradezco que me permitieran participar en las rutinas de los agentes sanitarios y también sus respuestas a mis demandas e inquietudes.

En San Martín de los Andes conocí a muchas personas valiosas y luchadoras como los Vecinos Sin Techo, que llevan adelante el proyecto de Barrio Intercultural. Asistí a varias de sus reuniones y me trataron afectuosamente. Entre ellos quiero agradecer especialmente a Nacho, que me acompañó en distintos momentos del trabajo como un hermano. Sus palabras y su amistad son uno de los presentes más valiosos que me llevé de San Martín.

La escuela municipal de circo de San Martín coordinada por Omar “Cache”, es otro de los espacios en los que circulé y de los que me llevé afectos y cariño. Los chicos y chicas de la escuela me llenaron de energía, con ellos compartí momentos conmovedores, en los que el arte y la salud confluyeron. Con Cache y Vani consolidamos una amistad.

Agradezco a mi directora Diana Lenton, cuyo apoyo, asesoramiento y acompañamiento me permitieron la culminación de este proceso de reformulación de

tesis doctoral. Luego de transcurridos tres años de la primera entrega de mi tesis me llevo diversos aprendizajes, algunos padecimientos y múltiples experiencias, pero creo que todo lo recorrido (lo positivo y lo negativo) me sirvió para crecer personal y profesionalmente.

Debo un agradecimiento a Mauricio Boivin que me escuchó y apoyó en momentos difíciles y me incentivó a continuar con esta carrera tesística.

En el proceso de escritura de la tesis pasé por diferentes estados de ánimo, al principio me costó mucho porque sentía una individualidad a la que no estaba acostumbrada ya que anteriormente en la Residencia de Educación para la Salud trabajábamos “todo” en grupo. La primera etapa fue muy difícil, extrañaba el centro de salud, a mis compañeras y amigas de la “resi”. A Flavia Demonte, Carolina Sticotti y Nadia Acevey les agradezco el cariño y haberme acompañado en mis primeros pasos en la Salud Pública.

Agradezco las lecturas, los comentarios y opiniones de Magdalena Camejo y Paula Caruso que me sirvieron para la escritura de la tesis, pero sobre todo valoro su predisposición y escucha, el acompañamiento y la amistad que me brindaron en este proceso.

Al Instituto Gino Germani que me alojó las temporadas de internación “tesística” y a los amigos y amigas que encontré allí: María Pía Venturiello, María José Iñiguez y Martín Güelman. Al grupo de estudio de Salud Colectiva conformado por Ana Lía Kornblit, Pablo Di Leo, Ana Clara Camarotti, Ale Capriati, Gaby Wald, Majo, Martín, Seba Sustas, Sil Tapia, a ellos les debo sus aportes “sociológicos” que me abrieron un poco la mirada antropológica. A mi compañera de oficina y largas estadías en el instituto, Lili Findling. Lili fue un sostén importante en este prolongado período. Escuchó mis penurias pero también me encuadró y no me dejó quedarme en el lugar de víctima, me impulsó a seguir y confiar en mi.

Para la escritura conté con varios colaboradores. Mi hermana Natalia Leila Estrella y mi cuñado José Tripodero dedicaron largas horas a leer y corregir la redacción de estas historias. A ellos agradezco la paciencia, la sensibilidad y el cariño. A Carolina Maidana, a su hija Mora (la “tiranita”) y a su futura [hoy actual] hijita Camila les debo mucho... sería complicado resumir todo lo que me brindaron estos años, no sólo en lo personal sino también en lo profesional. Creo que gracias a las tres aprendí mucho como antropóloga y humanamente. A Ana Forlano también me faltan palabras para agradecerle el acompañamiento, el apoyo, el afecto, las horas de trabajo de edición y la elaboración de “todos” los mapas hasta la madrugada, en fin, una amiga incansable sin la cual nunca hubiera podido terminar este trabajo. A ella le debo gran parte de esta tesis.

A mis padres, Rubén y Rosa, que siguen siendo mis principales referentes de vida, mis ejemplos, les agradezco haberme criado en libertad y para la libertad y saber que cuento con ellos siempre. A mis hermanos Natalia y Sebastián que son mi familia y parte de lo que soy es gracias a ellos. Agradezco a Adriana por traer a este mundo a mi sobrina Malena, que con su risa me hace muy feliz. A Graciela por contar con su apoyo incondicional y permanente. A Leticia y Alicia, por acompañarme en las búsquedas internas respetando mis tiempos en este largo e intenso trabajo introspectivo. A Simona por haber estado en las buenas y en las malas, con sus ronroneos y masajes capilares que me alegraron la cotidianeidad en el transcurso de la escritura.

Liliana González es una de las personas que siempre tiene cálidas palabras de aliento cuando las necesito, a ella le agradezco su hermandad.

A mis compañeros y compañeras de militancia en Salud Colectiva les agradezco la alegría y rebeldía. Con ellos encuentro sentido a mi trabajo, el para qué de la investigación: Roberto Repetto, David Abramovici, Anita Zubieta, Juan Calvetti, Alejandro Todaro, Alexander Portugheis, Noelia Boiso, Cintia Schemberger y Nicolás Oliva.

A mis amigas de siempre que estuvieron y están acompañándome: Anita Gutierrez, Marina Flores, Eugenia Dejo, Débora Swistun, Carolina Maidana, Ana Forlano, Anita Rico y Liliana González. A mis nuevas amigas: Leila Darling, Pau Caruso, Magda, Majo y Pía, con ellas compartí este último trecho y me han contenido, soportado, acompañado e impulsado en esta ardua tarea que parecía no tener fin.

Empecé esta investigación creyendo que estaba sola pero en el camino me encontré con todos estos otros y otras que me mostraron que estaba equivocada, soy parte de una construcción colectiva. Agradezco haber transitado y seguir transitando el camino del conocimiento por permitirme estos aprendizajes.

INTRODUCCIÓN

1.1- ESPECIFICACIÓN DEL TEMA

Esta investigación se centra en las relaciones entre las intervenciones en el ámbito de la Salud Pública y los saberes y prácticas de salud desarrolladas en la comunidad *mapuche* Payla Menuko, ubicada a siete kilómetros de la ciudad de San Martín de los Andes, en la Provincia de Neuquén.

Para poder abordar este tema y en el afán de realizar un recorte que permitiera la viabilidad del análisis y la posibilidad de profundizar en ciertos aspectos del mismo, me limité a trabajar en determinadas dimensiones que comprendían el Sistema público de salud, las políticas de reconocimiento, la salud mapuche, la organización político comunitaria, y las reivindicaciones de salud y territorio de la comunidad Payla Menuko. El estudio de cada una de estas dimensiones y de sus interrelaciones constituyeron las vetas por las que fui abordando el tema de investigación.

Los motivos que me llevaron a plantear las relaciones entre las intervenciones de la Salud Pública y los saberes y prácticas de salud en la Comunidad Payla Menuko como temática central de la tesis de doctorado fueron diversos.

Las primeras preguntas e inquietudes resultaron de mi encuentro con el campo de la Salud Pública en el año 2006. En ningún momento pensé que investigaría problemas vinculados a la “Salud Pública”, y menos en relación a un “pueblo originario”. Luego de recibirme de Lic. en Antropología en el año 2005 comencé a buscar algún trabajo vinculado a mi profesión en el ámbito estatal. Tras varios meses realicé un hallazgo, una “residencia de salud” que admitía antropólogos, cuyo requisito para ingresar era realizar un examen, concursar y así lo hice. A lo largo de tres años (2006 - 2008) trabajé en un centro de salud de la ciudad de Buenos Aires, en el marco de la Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS)¹. La lectura del material bibliográfico obligatorio para la formación en la residencia² y las prácticas desarrolladas en este contexto, me permitieron conocer los sentidos que se les asignaban a la “Prevención”, “Educación” y “Promoción de la Salud” en el ámbito de la Salud Pública en la Ciudad de Bs. As, así como entender las formas de intervención

¹ La Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud (RIEpS) es una residencia no médica, del Sistema de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, pertenece a la categoría “residencia del equipo de salud”. Está conformada por diez disciplinas (enfermería, medicina, psicopedagogía, psicología, antropología, sociología, comunicación social, trabajo social, ciencias de la educación y odontología). Consiste en un sistema de capacitación en servicio. Es una beca de posgrado que implica formarse trabajando. Actualmente consta de siete sedes distribuidas en hospitales, centros de salud y en el Instituto de Zoonosis.

² Diversos textos de la OPS/OMS (1984), OMS (1986), OPS/OMS (1996), Restrepo y Málaga (2001), y Czeresnia (1999), entre otros.

social que desarrollaba el equipo de trabajo³ en las escuelas, el centro de salud y las viviendas visitadas (de usuarios del centro de salud).

Antes de incorporarme a la residencia, no había escuchado referencias sobre la existencia de la prevención, de la promoción de la salud y educación para la Salud. Fue a partir de la lectura de bibliografía sanitaria para concursar un puesto como antropóloga en la RIEpS que descubrí y aprecié por primera vez estos términos/conceptos. Las definiciones que leí y estudié para el examen pertenecían a documentos elaborados por la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), como Alma Ata (1978) y la Carta de Ottawa (1986). En estos escritos se hacía hincapié en los determinantes sociales de la salud⁴, pero a su vez, se planteaba la mayor responsabilidad de la salud individual de las personas a partir de la educación, promoción de conductas saludables y prevención de enfermedades por medio de transmisión de información a través de talleres y charlas en diversos espacios -incluido el de consulta clínica-. Este conjunto de acciones preventivo-promocionales constituyen según estos documentos los basamentos de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)⁵.

Las intervenciones sanitarias de las cuales participé durante la residencia, eran fundamentadas desde estos documentos de organismos internacionales que representaban los lineamientos normativos para la “intervención”⁶. Uno de los objetivos de nuestras acciones era la promoción de “estilos de vida saludables” (estipulado por primera vez en el Informe Lalonde, 1974). En ellas expresábamos los beneficios que conllevan las buenas conductas como el uso de métodos anticonceptivos, la adopción de una dieta balanceada, las prácticas sexuales seguras utilizando métodos de prevención de enfermedades de transmisión sexual como el preservativo, entre otros. Los proyectos de intervención social de la residencia se enmarcaban principalmente

³ Durante el primer año el equipo estuvo conformado por una comunicadora social, una trabajadora social, una psicopedagoga y una antropóloga, luego se sumaron al mismo una socióloga y una psicóloga.

⁴ Según la OMS “Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud”. (Extraído de: www.who.int/social_determinants/es/).

⁵ Según Testa (1996), en los países desarrollados, la APS es el eslabón inicial de la cadena de atención donde se resuelven los problemas de menor dificultad técnica -diagnóstica y terapéutica- y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la cadena. Ello implica una red de establecimientos conectados por claros procedimientos de referencia y transmisión de la información para ordenar la circulación de pacientes en el sistema. También implica un ordenamiento territorial regionalizado y un comportamiento social que sigue las normas de ingreso y circulación. La Atención Primaria de la Salud es definida como estrategia mundial prioritaria en la Conferencia de Alma Ata en 1978.

⁶ El término “intervención”, en el campo de la salud presenta diversos significados, puede corresponder a intervenciones quirúrgicas/ clínicas o vinculadas al trabajo comunitario, a actividades de prevención y promoción de la salud. Estas últimas intervenciones sociales o socio- sanitarias conllevan una fundamentación teórica/ normativa, y una planificación que comprende los objetivos, el propósito y la metodología, a partir de los cuales se podrá realizar una evaluación posterior. Este tipo de intervenciones son las que se realizan desde la RIEpS.

en la Ley Básica de Salud N°153⁷, en la que se describe la organización del sistema de salud estatal conforme a “la estrategia de atención primaria, con la constitución de redes y niveles de atención, jerarquizando el primer nivel” (Art. 3°); se promueve “la jerarquización de los programas y acciones de promoción y prevención en los tres subsectores [estatal, privado y seguridad social] (...) e impulso de la participación de la comunidad” (Art. 12°). De acuerdo a esta Ley, la RIEpS se ubicaba en el primer nivel de atención que “comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias” (Art. 18°). La Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires funcionaba como marco teórico de referencia de nuestro trabajo. Desde este marco se elaboraban y fundamentaban los proyectos de intervención de la residencia: “prevención de VIH entre pares en escuelas medias”, “Consultoría de Salud Sexual y reproductiva para adolescentes en escuelas medias”, “Juegotecas en salud” (organizadas en el centro de salud), “Accesibilidad al sistema de salud de población residente en casas tomadas, hoteles e inquilinatos” (viviendas detectadas a partir de recorridas por el área), entre otros. Además de esta ley, un documento que también contenía principios rectores de nuestras prácticas era el elaborado en Alma Ata en 1978. En el mismo programa curricular de la residencia se señala que una de las consecuencias de esta conferencia, “que se convierte en un hito histórico para la Salud Pública”, fue la institucionalización de la RIEpS, “la legitimidad de la Educación para la Salud y su institucionalización en el campo de la Salud Pública, así como la pertinencia de su formación de postgrado se asienta en documentos internacionales y locales” (Programa RIEpS, 2003).

La relevancia de Alma Ata (1978) se basa en que establece una definición de salud innovadora, entendiéndola como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades; como un derecho humano fundamental que exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud. A su vez, refiere que la promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para el desarrollo económico y social sostenido y determina la obligación de los gobiernos de cuidar la salud de sus pueblos mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas; reconociendo que *la atención primaria de la salud es la clave para alcanzar esa meta*. Según Alma Ata (1978) la Atención Primaria de la Salud “representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud (...)” (p. 19). Comprende “servicios de promoción, de prevención, de curación,

⁷ Sancionada el 25/02/1999 y promulgada el 22/03/1999 (Boletín Oficial CBA N°703).

de rehabilitación y de urgencia adecuados para resolver los principales problemas sanitarios de la comunidad” (24). Abarca “(...) las siguientes actividades: enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada (...), planificación de la familia; la inmunización (...), la Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas (...)” (Alma Ata, 1978: 28-29).

La Conferencia de Alma Ata fue uno de los eventos más significativos para la Salud Pública, en términos mundiales, por el alcance que tuvo en los sistemas de salud (Buss en Czeresnia y Freitas, 2006) en la conformación y difusión de los lineamientos normativos y teórico-prácticos para el desarrollo de intervenciones sanitarias, y porque su influencia -que sirvió para legitimar la fundación de la RIEpS en el año 1987-, aún permanece vigente. La legitimación de la APS y sus afluentes, la promoción y la prevención -uno de los objetivos de Alma Ata- coincidió con un contexto de crisis política y económica de los Estados de Bienestar, y se apoyó no sólo en la eficacia que habían demostrado este tipo de estrategias en relación a las enfermedades prevalentes sino también, en el bajo costo que representaban en contraste con la atención médica basada en la tecnología sumamente onerosa.

Después de Alma Ata, diversas conferencias internacionales de salud apoyaron y reforzaron la estrategia de APS, la promoción de la Salud, la prevención, la participación social y las acciones intersectoriales como políticas rectoras de las intervenciones sanitarias (Ottawa, 1986, Adelaide, 1988, Sundsvall, 1991, Jakarta, 1997, México, 2000, Bangkok, 2005, Nairobi, 2009).

Como “especialista”⁸ en Educación para la Salud, con conocimientos teóricos y prácticos de prevención y promoción, al finalizar la RIEpS, había incorporado, aceptado y naturalizado estas prácticas y discursos como “habitus”, es decir, como esquemas de percepción y acción (Bourdieu, 2004). No obstante, en el trabajo cotidiano de la residencia, había observado algunas situaciones que no entendía o me parecían contradictorias:

1. Las intervenciones de *promoción de la salud* eran presentadas como una respuesta de bajo costo a las problemáticas de salud en comparación con el financiamiento de la atención médica basada en la tecnología e industria farmacológica. A su vez, se las planteaba como efectivas soluciones para los problemas de salud prevalentes fundándose en estudios sobre enfermedades crónicas realizados en Canadá, en el Informe Lalonde de

⁸ El título que se obtiene al finalizar la residencia es semejante al de “especialista” que reciben las diversas residencias médicas y no médicas del sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires. El título formal que se obtiene es el de “Residente en Educación para la Salud”.

1974. Pero, si bien se presentaban estas intervenciones como baratas y efectivas, lo llamativo era que no se invertía preferentemente en ellas ni se implementaban de forma masiva y rápida.

2. Se planteaba la intersectorialidad como uno de los pilares fundamentales de la promoción (Alma Ata), señalando que la salud debía ser abordada desde distintos sectores -vivienda, educación, desarrollo social y economía. Pero debido a la inexistencia de un protocolo que estableciera la competencia de cada sector, la efectivización del trabajo intersectorial se tornaba compleja y muchas veces irrealizable.
3. En las conferencias y documentos de organismos de salud internacionales se predicaba el *respeto a las diversas racionalidades*, la necesidad de *empoderamiento* y *participación social* como pre-requisito de acciones de salud. Sin embargo, al mismo tiempo se ponían en cuestión los estilos de vida, asumiendo discursos moralizantes en donde “el sujeto se diluye o aparece sólo desde el lugar de la transgresión” (Grimberg, 1997:193). Es decir, que la definición universal y homogeneizante de “*estilos de vida saludables*”⁹, se contraponía a la existencia de diversos “*estilos de vida no saludables*”, en los que las personas tomaban decisiones que perjudicaban su salud.
4. La difusión de las perspectivas más modernas de promoción de la salud, que plantean una “*integración de saberes técnicos y populares*” y el respeto hacia diversas concepciones de salud para la realización de acciones e intervenciones sanitarias, no poseían un correlato empírico, parecían quedar excluidas de las prácticas en salud. Las acciones de promoción seguían partiendo de presupuestos sanitarios acerca de lo que era “saludable” (definido desde la perspectiva biomédica). La planificación y ejecución de los cronogramas de actividades locales eran fundamentadas epidemiológicamente (el caso de VIH y salud sexual) a partir de directivas de autoridades sanitarias del hospital y/o a partir de las propuestas del equipo de salud del primer nivel de atención. Los proyectos de intervención preventivo-promocionales presuponían y proponían las medidas de salud más pertinentes. No se impulsaba un intercambio o exploración acerca de lo que para las personas era un problema de salud o qué les hacía sentir bien, qué era saludable para ellos. Pocas veces se hacía un sondeo, encuesta o investigación para ver el “grado de conocimiento” o afectación

⁹ Es posible ubicar la definición de “estilos de vida” elaborada y legitimada por un organismo internacional de salud en 1974, en el Informe Lalonde.

de la población con respecto a las problemáticas abordadas. En numerosas oportunidades pude observar que las personas se resistían a las normas prescriptas por los profesionales, no se vacunaban, no les daban la leche a los niños, no se hacían los análisis o tratamientos médicos, no se cuidaban en las comidas ni hacían ejercicio físico. Las mujeres que habían estado en los talleres de salud sexual en los que se había trabajado sobre los métodos anticonceptivos, volvían al centro de salud con un embarazo o no utilizaban preservativo en las relaciones sexuales; las personas que habían participado en el taller sobre dengue o vacunación no realizaban las medidas preventivas en sus casas, no vacunaban a los niños o no les daban la leche que el programa de vigilancia nutricional les entregaba gratuitamente todos los meses. Estos comportamientos conducían a una inmediata culpabilización y sanción de las personas (“pacientes”) por parte de los profesionales de la salud que veían “contradecir” sus indicaciones. Sin embargo, estas prácticas “no saludables” se reiteraban y las explicaciones de las mismas por parte de los expertos/ trabajadores del sistema de salud, quedaban reducidas a pautas culturales de los/as usuarios/as que les dificultaban el entendimiento de las normas sanitarias. La preocupación de los profesionales ante estas situaciones era muchas veces disipada por la urgencia de campañas de vacunación o la emergencia de problemas de salud urgentes (dengue, gripe A, cólera, entre otros). Con esto no quiero decir que hubiera una completa “sordera” por parte de los mismos, sino que la propia estructuración del modelo preventivo/promocional negaba, marginaba o dejaba poco espacio a otros conocimientos y a otra agenda que no fueran los de la ciencia occidental.

5. Tanto en el hospital como en el centro de salud el marco normativo de promoción era desconocido o dejado de lado por gran parte de los profesionales del sistema de Salud Pública. Había una clara valoración social de la “curación” en detrimento de la prevención y de la promoción. Las tareas y actividades preventivo/promocionales que correspondían al primer nivel de atención se hallaban en desventaja no sólo con las de los otros niveles (secundario y terciario)¹⁰, sino también respecto a las prácticas clínicas ambulatorias del primer nivel de atención.

¹⁰ El nivel secundario corresponde a los servicios de tratamiento e internación hospitalaria y el terciario a servicios de mayor complejidad en hospitales monovalentes (especializados).

Estas situaciones sucedían cotidianamente y si bien me producían cierto malestar o “ruido” no las había llegado a problematizar en ese momento. El hecho de tener que elegir un tema de investigación para la tesis de maestría me fue llevando a pensar y repensar. El escaso financiamiento a la APS, el lugar marginal de la promoción de la salud dentro del sistema de salud, la falta de articulación intersectorial frente a los determinantes sociales de la salud, la intolerancia de la existencia de diversos “estilos de vida”, la culpabilización de los usuarios por las interrupción o abandono de tratamientos y el rechazo institucional de los saberes y prácticas populares de salud. En el transcurso de la residencia fui conociendo -en ateneos, congresos y encuentros/ jornadas de salud- experiencias de trabajo en el sistema público de salud de otras localidades, que parecían diferenciarse de las situaciones relatadas anteriormente y que me interpelaban. En reiteradas oportunidades escuché acerca del caso de una provincia que poseía un sistema de salud organizado en base a la Atención Primaria de la Salud. Diversos sanitaristas de larga trayectoria en el campo de la Salud Pública referenciaban este caso como uno de los más destacados en el país. Se referían a la provincia de Neuquén y al renombrado Plan de Salud implementado desde el primer gobierno de Felipe Sapag, en los años 1960. Un hito en la historia de la Salud Pública nacional.

Dos características resaltadas por aquellos referentes del sanitarismo produjeron mi interés en esta provincia y en sus dispositivos, intervenciones y políticas de Salud Pública: por un lado, hablaban de la implementación ejemplar de la APS antes de que existiera la APS como tal (cuyo origen formal se sitúa en el año 1978 durante la Conferencia de Alma Ata, mientras que en Neuquén comenzaría a principios de 1970), es decir que, me resultaba novedoso que una provincia del sur del país tuviera un desarrollo sanitario pionero con respecto a la estrategia de APS y en ese sentido constituyó uno de los focos de interés e investigación. Por otro lado, la presencia de comunidades mapuche en la provincia de Neuquén me generó interrogantes en torno a los abordajes e intervenciones sanitarias implementados para la atención de sus procesos de salud- enfermedad- atención (PSEA)¹¹, no sólo en

¹¹ Actualmente se denominan a las problemáticas de salud, “procesos de salud-enfermedad -atención”. A lo largo del desarrollo histórico de la Salud Pública, el concepto de salud ha ido cambiando. Hasta mediados de los años 1960, la salud era definida como “la ausencia de enfermedad”. En 1964, la Organización Mundial de la Salud refiere la salud como “el estado de bienestar físico, mental y social completo y no meramente la ausencia de enfermedad”. Si bien se avanzó con respecto a entender la salud no sólo en función de la enfermedad, se la definió como un estado. Esto significó una definición estática, absoluta, según la cual se podía estar sano o enfermo. Posteriormente, se empezó a comprender que la salud no era algo estático que se alcanzaba en un momento y duraba para siempre sino que estaba en continuo cambio, pues estaba influenciada por determinantes sociales, biológicos, ambientales y culturales (OMS, 1978). Entender la salud como un proceso en continuo cambio y no como un estado, es decir, reconocer su carácter dinámico, constituyó un cambio significativo que repercutió en los abordajes desde el ámbito de la Salud Pública. Asa C. Laurell (1982) amplió el concepto definiendo la salud-enfermedad como proceso social e histórico. Eduardo Menéndez (1984) incorporó el modelo de

función de su trayectoria histórica, ya que esta población fue objeto de exterminio y asimilación por parte del Estado nacional, sino en relación a sus creencias y prácticas de salud ancestrales. Es decir que, ya no sólo me interesaba la Salud Pública como campo de estudio sino también conocer cómo era su relación con una población originaria que desde el mismo Estado se había buscado eliminar unos años atrás. Las comunidades mapuche que sobrevivieron a la campaña militar denominada “conquista del desierto” permanecieron en la provincia en distintas áreas, muchas veces en reservas rurales que en algunos casos quedaron dentro de la jurisdicción de Parques Nacionales. Las intervenciones estatales sobre estas poblaciones se desarrollaron ininterrumpidamente desde diversas instituciones (educación, salud, seguridad/ejército, justicia, etc.) y las relaciones entre sus representantes y los miembros de las comunidades han transitado por momentos de mayor o menor tensión, conflictividad y fluidez.

En el ámbito de la salud neuquina, según fui indagando, fueron los agentes sanitarios los actores de la Salud Pública que más se relacionaron con las familias de las comunidades mapuche, a partir de las visitas domiciliarias casa por casa y sus tareas centradas en intervenciones de promoción de la salud (pilar fundamental de la APS).

Me pregunté entonces qué sucedía con la promoción de la salud, en tanto estrategia de intervención que proponía incorporar y articular conocimientos técnicos y populares, en un contexto diferente al de la C.A.B.A como es el de la provincia de Neuquén. Específicamente me interesaba conocer cómo se realizaba allí el abordaje de la diversidad étnica y cultural, ya que Neuquén es una de las provincias del país que cuenta con mayor cantidad de población indígena. El pueblo mapuche¹² es reconocido por la Constitución provincial neuquina como pueblo originario pre-existente al Estado provincial.

atención como factor inseparable del proceso, por su influencia en la dinámica del mismo, sea a través de su influencia sobre los individuos o sobre la sociedad. Es a partir de este recorrido histórico- conceptual que llegamos a la definición de la categoría Proceso Salud- Enfermedad- Atención (PSEA) utilizada en este estudio.

¹² El Pueblo Mapuche es un pueblo indígena sudamericano, pre-existente a la conformación de los estados nación argentino y chileno. Según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010 en Neuquén existen 43.357 personas que se “auto-reconocen” (concepto utilizado en el censo) como descendientes (porque tienen algún antepasado), o pertenecientes a algún pueblo indígena u originario (no especifica en el censo que sean todos pertenecientes al Pueblo Mapuche). Según la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas 2004-2005 del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC), el pueblo indígena con mayor población a nivel nacional era el Pueblo Mapuche con 113.680 personas. En la región conformada por Chubut, Neuquén, Río Negro, Santa Cruz y Tierra del Fuego, la población mapuche era de 78.534 personas (cabe aclarar que los datos no están desglosados por provincia).

Estos dos interrogantes fueron los que impulsaron el comienzo del proceso de investigación. El primero lo pude abordar en el trabajo de la tesis de maestría¹³ y el segundo es el objetivo principal de mi tesis de doctorado, que aquí se presenta.

Mi interés inicial que se enfocó en los sentidos que adquirirían las intervenciones de Promoción de la Salud para los agentes sanitarios del Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes, derivó en la formulación del objetivo general de esta tesis, el cual es: analizar las formas en que se articulan las políticas de salud vinculadas con la población indígena desarrolladas desde la esfera estatal-neuquina con las configuraciones de la salud mapuche que en su interacción, operacionaliza y actualiza la comunidad.

En el marco de este objetivo general me propuse los siguientes objetivos específicos:

-Describir y analizar las intervenciones sanitarias en la Comunidad Payla Menuko

-Indagar, describir y analizar los saberes y prácticas de atención de la salud de las familias de la Comunidad Payla Menuko

A estos se sumó posteriormente un objetivo específico más, como consecuencia de la estadía en el campo:

-Analizar los saberes y prácticas de atención de la salud de las familias de la Comunidad Payla Menuko en términos de estrategias etnopolíticas, en el marco de las demandas comunitarias en torno a las políticas de reconocimiento de derechos, fundamentalmente territoriales.

A partir de los vínculos que construyeron los agentes sanitarios con la comunidad a lo largo del tiempo abordó el análisis de las relaciones entre las intervenciones sanitarias y los saberes y prácticas de salud en la comunidad; profundizando algunas de sus dimensiones, como el sistema público de salud, la salud mapuche, las políticas de reconocimiento, la organización política -comunitaria y las reivindicaciones (salud-territorio).

1.2- EL OBJETO DE INVESTIGACIÓN Y SU ABORDAJE METODOLÓGICO

La investigación se centra en la perspectiva “nativa” de promoción de la salud, de la salud y del bienestar, desde una perspectiva antropológica. Se basa en la observación participante del quehacer cotidiano de los agentes sanitarios y de las familias y los referentes políticos de la comunidad mapuche Payla Menuko.

¹³ “Visitas, mates y reconocimiento, cuando la promoción de la Salud no tiene precio. Un estudio sobre los agentes sanitarios de San Martín de los Andes”. IDES/ IDAES/ UNSAM.

Según Menéndez (2009), en las sociedades existen variedad de saberes y formas de atención de los padecimientos¹⁴, que utilizan diferentes indicadores y técnicas diagnósticas para la detección de problemas de salud, así como variados tipos de tratamiento e incluso diferentes criterios de curación. Las consideraciones acerca de cómo se construyen los fenómenos de enfermedad y salud y sus respectivas formas de atención constituyeron uno de los puntos de partida de esta investigación. El enfoque etnográfico, en tanto acercamiento y proximidad únicos a los sujetos/objetos de la investigación, me permitió dar cuenta de que el mundo social se reproduce a partir de situaciones de interacción donde los actores, lejos de ser meros reproductores de leyes preestablecidas que operan en todo tiempo y lugar, son activos ejecutores y productores de la sociedad a la que pertenecen. A partir de las interacciones se constituyen las normas, reglas y estructuras. Los actores no sólo siguen las reglas, sino que las actualizan, y al hacerlo interpretan la realidad social y crean los contextos en los cuales los hechos cobran sentido (Garfinkel 1967; Coulon 1988 en: Guber, 2011). Es por medio del lenguaje que se reproduce la sociedad. El mismo tiene dos propiedades: la indexicalidad (capacidad comunicativa de un grupo de personas en virtud de presuponer la existencia de significados comunes, de un saber socialmente compartido, y a su compleción en la comunicación) y la reflexividad (descripciones y afirmaciones constitutivas de la realidad a través del relato). Esta última señala la relación íntima entre la comprensión y la expresión de dicha comprensión (Guber, 2011). La reflexividad es la conciencia del investigador sobre su persona y sus condicionamientos sociales y políticos. Para que “el investigador pueda describir la vida social que estudia incorporando la perspectiva de sus miembros, es necesario someter a un continuo análisis- algunos dirían “vigilancia”- las tres dimensiones de la reflexividad que están permanentemente en juego en el trabajo de campo: la reflexividad del investigador en tanto miembro de una sociedad o cultura; la reflexividad del investigador en tanto investigador, con su perspectiva teórica, sus interlocutores académicos, sus *habitus* disciplinarios y su epistemocentrismo; y las reflexividades de la población que estudia” (Guber, 2011: 46). Según la autora es la reflexividad de la población (que opera en su vida cotidiana) el objeto de conocimiento del investigador. El etnógrafo se sumerge en una cotidianeidad que lo interpela, a medida que participa en ella, se transforma funcionalmente en “uno más”, sin embargo, la interpretación de esta membresía puede ser diferente tanto para los pobladores como para el investigador, que persigue un objetivo científico y a la vez

¹⁴ En términos esquemáticos, en sus estudios de medicina tradicional, Menéndez (2009) refiere que un saber se organiza a partir de representaciones y prácticas, que opera a través de curadores o sujetos y grupos legos. A su vez, las formas de atención comprenden las experiencias utilizadas por sujetos y grupos.

pertenece a otra sociedad. El desafío consiste entonces en transitar de la reflexividad propia a la de los nativos, aún cuando el investigador pertenezca al mismo grupo o sector que sus informantes, ya que sus intereses como investigador difieren de los intereses prácticos de sus interlocutores. Sólo a través del trabajo de campo, del “estar allí”, es posible realizar el tránsito de la reflexividad del investigador a la reflexividad de los pobladores. Siguiendo a Malinowski (1922) sólo el trabajo de campo sin mediaciones puede garantizar la distinción entre lo que la gente hace y lo que la gente dice que hace, y por consiguiente, entre el campo de las prácticas y el de los valores y las normas. El sentido de la vida social se expresa particularmente a través de discursos que emergen en la vida diaria, de manera informal, bajo la forma de comentarios, anécdotas, términos de trato y conversaciones. En esta cotidianeidad las acciones, los gestos y las palabras, adquieren significado y es el/la antropólogo/a el instrumento de investigación. Como señala Peirano (en Guber, 2011), el conocimiento se revela no “al” investigador, sino “en” el investigador, quien debe comparecer en el campo, para reaprenderse y reaprender el mundo desde otra perspectiva.

En este sentido, para el abordaje metodológico de mi problema de investigación me orienté hacia la etnografía. Pensé que la mejor forma de responder a mis interrogantes era a partir de observar, compartir cotidianeidad y los “imponderables de la vida real” (Malinowski, 1973). Este abordaje cualitativo me permitió recuperar la perspectiva de los sujetos involucrados.

Empecé a organizar un primer período de trabajo de campo (septiembre – octubre de 2009) al contactar a un médico generalista que trabajaba en Neuquén, en la ciudad de San Martín de los Andes, quien se ofreció a presentarme al equipo de agentes sanitarios del Hospital Ramón Carrillo de esa localidad. A través del acompañamiento y observación participante en sus rutinas laborales cotidianas de los agentes sanitarios pude describir y analizar las visitas domiciliarias como espacio de interacción en el que adquirirían sentidos las intervenciones sanitarias. En el análisis realizado se consideró la Salud Pública en tanto política, como un campo de intervención estatal (Foucault, 1991) y de organismos internacionales (1945: ONU, 1948: OMS, etc.). De acuerdo a lo planteado por Bourdieu (1993, 2004) utilicé el concepto de campo para dar cuenta de la convergencia de actores/as, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (económico, social, cultural y simbólico). Un campo en el que se expresan relaciones desiguales de poder, en el que los agentes sanitarios

ocupan una posición subalterna.¹⁵ El abordaje etnográfico me permitió conocer los diversos significados que los agentes sanitarios de San Martín de los Andes le otorgaban a sus intervenciones de promoción de la Salud. La percepción acerca del lugar “marginal” que ocupaban en el sistema de salud y el conjunto de roles que asumían en el campo, conformaban dos aspectos que abonaban la búsqueda de reconocimiento a través de sus prácticas. Sus intervenciones de promoción adquirirían significados relacionados con el prestigio y estima social que constituía su capital social y simbólico.

El abordaje del/los sentido/os que adquiere la promoción de la Salud para los agentes sanitarios en la provincia de Neuquén, constituyó como ya mencioné uno de los objetivos principales de mi trabajo de tesis de maestría; en ella me centré en la perspectiva de los agentes sanitarios en tanto fueron instituidos por el Programa de Salud Rural (1971) como principales promotores de salud en áreas rurales pobladas por comunidades mapuche. El trabajo que realizaban los agentes sanitarios estaba dirigido a un “otro”, que en el sector salud era definido como “destinatario”. El abordaje de ese “otro” me provocó interrogantes relacionados con la diversidad socio-cultural contenida en ese “otro”-“destinatario”, y con cómo eran consideradas las acciones sanitarias en poblaciones mapuche que poseían sus propios saberes y prácticas de salud.

En este sentido, fui organizando un segundo período de trabajo de campo (agosto de 2012 - marzo de 2013) en el que pude profundizar el análisis de las interacciones entre agentes sanitarios, profesionales de salud y destinatarios, específicamente las familias de la comunidad mapuche Payla Menuko; así como indagar sobre los saberes y prácticas en torno a la salud y el bienestar de la comunidad. Las preguntas que impulsaron el desarrollo de mi trabajo de tesis doctoral se relacionaron con: ¿Qué saberes de salud operaban en las poblaciones mapuche y qué prácticas/estrategias desarrollaban en torno a la misma? ¿Qué relaciones mantenían con los servicios y actores del sistema de salud local? ¿Cómo concebían el “bienestar” y qué prácticas desarrollaban para concretizarlo? A estas preguntas se sumaron otras que fueron surgiendo durante el trabajo de campo: ¿Qué se entendía por interculturalidad en el campo de la salud? ¿Cómo repercutió el proceso de desarrollo e implementación del Plan de Salud Pública en territorio mapuche (Comunidad Payla Menuko)? ¿Qué se entendía por interculturalidad en el campo de la

¹⁵ Utilizo los conceptos de hegemonía/ subalternidad porque reconocen la existencia de desigualdades socioeconómicas pero también de diferencias culturales, incluyendo como parte sustantiva la dimensión simbólica que interviene favoreciendo la cohesión/ integración de los diferentes sectores, opacando las causas que establecen las desigualdades y la dominación o promoviendo procesos de oposición o de diferentes tipos de transacciones que posibiliten el desarrollo más o menos autónomo de los sectores sociales subalternos (Menéndez, 2002:312).

salud? ¿Cómo se desarrollaron las relaciones interculturales entre los agentes de salud y la comunidad Payla Menuko? ¿Qué estrategias etnopolíticas y disputas en torno a las políticas de reconocimiento llevó a cabo la comunidad Payla Menuko? Para responder estas preguntas articulé y puse en diálogo herramientas teórico-conceptuales con los datos obtenidos mediante el trabajo de campo. En base a ello, esta tesis se organiza en una introducción, cuatro capítulos y consideraciones finales.

Antes de comenzar a describir someramente los contenidos desarrollados en cada capítulo, son necesarias algunas aclaraciones metodológicas.

El universo de estudio estuvo constituido por las familias de la Comunidad Mapuche que residen en Payla Menuko.

La unidad de análisis comprendió cada una de las 20 familias de la Comunidad Mapuche Payla Menuko de San Martín de los Andes. A partir de observación participante se construyó el corpus empírico. Durante tres meses se desarrolló un acompañamiento diario de los agentes sanitarios del Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes. El mismo incluyó salidas al área rural, en la que se encuentran las comunidades mapuche, incluida Payla Menuko, visitas domiciliarias, reuniones de equipo y con profesionales y autoridades del hospital. A su vez, la observación participante en la Comunidad Payla Menuko de San Martín de los Andes se realizó mediante la estancia en la comunidad, de una co- residencia en la vivienda familiar del werken de la comunidad, y a través de las visitas particulares a las familias, la participación en eventos de la comunidad, en la escuela de la comunidad, reuniones familiares, y a partir del acompañamiento de miembros/ referentes de la Comunidad Payla Menuko a reuniones del Parque Nacional Lanin. También se realizaron 27 entrevistas (7 agentes sanitarios y 20 jefes/as de familia de la Comunidad Payla Menuko), que tuvieron una duración de entre una hora y cuarto y dos horas, dependiendo del tiempo que demandó la cobertura de los ejes temáticos y de la disponibilidad de los entrevistados. Mediante el instrumento de entrevista en profundidad pude indagar la dimensión subjetiva relacionada con los saberes y las prácticas de salud de las familias de la comunidad. Las principales dimensiones abordadas mediante la aplicación de la guía de pautas fueron: las prácticas de salud, las necesidades y demandas de salud de las familias de la comunidad, la dimensión socio- histórica de la relación entre las familias de la comunidad Payla Menuko y los representantes del sistema público de salud.

Para definir el número total de entrevistas se utilizó el criterio de “saturación teórica” (Glaser y Strauss, 1967) que refiere a la posibilidad de no poder ya incorporar información adicional en relación con las categorías determinadas por el objeto de estudio.

Con respecto al modo de registro de las entrevistas no se utilizó grabador en la mayoría de los casos a pedido de los entrevistados y se tomó notas de campo. Se utilizó la estrategia de *comparación constante*, a medida que se fueron transcribiendo las notas de campo se procedió a realizar un análisis preliminar de los datos, identificando categorías emergentes y buscando establecer vinculaciones con el marco conceptual. El análisis implicó la reconstrucción de las categorías conceptuales con que los entrevistados daban cuenta de su perspectiva para acceder a su comprensión en el marco de los objetivos planteados.

El trabajo incluyó el relevamiento y análisis de datos secundarios para indagar la dimensión socio- histórica de la relación entre las familias de la comunidad Payla Menuko y los representantes del sistema público de salud. A su vez, también implicó el relevamiento y análisis de datos secundarios provenientes fundamentalmente del Ministerio de Salud de la Nación, de la secretaria de salud de la provincia de Neuquén, las estadísticas producidas por el INDEC y por el ente provincial de estadísticas y censos, por el hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes, así como materiales producidos por otras instituciones públicas (Administración de Parques Nacionales, Parque Nacional Lanin, entre otros).

En relación a la selección de las frases, palabras, relatos, tal como refiere Bourgois (2010) yo siempre tuve la última palabra tanto en la elección de los términos como sobre la manera de transmitirlos. Frecuentemente intenté omitir las redundancias, los párrafos colgados, los pensamientos incompletos para poder transmitir el sentido de su versión oral original. Para aclarar significados algunas veces agregué palabras, e incluso sujetos y verbos a las oraciones incompletas. También combiné ocasionalmente conversaciones de los mismos eventos, o de los mismos temas. Pero lo más importante es que intenté respetar su mensaje (Bourgois, 2010).

Otra aclaración se relaciona con los agentes sanitarios, los profesionales de la salud, las autoridades e integrantes de las comunidades mapuche y de otras personas mencionadas en la tesis. Todos ellos aparecen en el texto a través de las iniciales de sus nombres y apellidos. En algunos casos las iniciales van acompañadas de alguna aclaración (si es necesario) de procedencia, profesión u otra característica. Existen muy pocas excepciones en las cuales figura sólo la inicial del apellido debido al desconocimiento del nombre de pila.

Luego de estas explicaciones sobre algunas elecciones metodológicas que he tomado en esta investigación, continúo con el desarrollo somero de cada capítulo de la tesis.

1.3- ORGANIZACIÓN DE LA TESIS

En el capítulo I me refiero a los indicios de la perspectiva intercultural contenidos en los enunciados de la promoción de la Salud. Realizo una revisión sistemática de los desarrollos teórico- prácticos enmarcados dentro de la promoción de la Salud y su relación con una incipiente perspectiva intercultural. En el proceso de exploración bibliográfica surgieron una serie de interrogantes, cuyas respuestas constituyen el contenido de este capítulo. Me pregunto: ¿cómo ha sido conceptualizada la interculturalidad desde las ciencias sociales, específicamente desde el enfoque antropológico? Retomando una amplia variedad de trabajos socio-antropológicos sobre interculturalidad, doy cuenta de la diversidad de enfoques y perspectivas que definen este concepto, particularmente en el ámbito de la salud. Entre la numerosa variedad de estudios, destaco especialmente aquellos trabajos que relacionan el análisis intercultural con la dimensión histórica y las condiciones de pobreza y desigualdad social, ya que incorporan factores fundamentales que inciden y condicionan las relaciones interculturales en salud (Ramirez Hita, 2010, Menéndez, 2004, 2006, Walsh, 2002, entre otros). Otro interrogante que aparece allí se relaciona con: en qué momento adquieren impulso estos enfoques y perspectivas interculturales que reconocían la diversidad cultural. Siguiendo a Briones (2005) señalo que es a partir de los años 1990 que adquiere relevancia en la agenda nacional e internacional el reconocimiento de derechos de los pueblos originarios y de la diversidad socio-cultural. En la primer década del 2000 se realizaron una amplia variedad de trabajos antropológicos sobre interculturalidad (Barabas, 2006, Briones, 2002, 2005, 2006, 2008, García Canclini, 2004, Tamagno, 2006, entre otros) y salud intercultural (Boccaro, 2007, Fernandez Juarez, 2004, 2006, Campos, 2006, entre otros).

Al analizar los alcances de la tendencia global a reconocer los derechos de los pueblos indígenas, se desprendieron las siguientes preguntas: ¿cómo se produjo la incorporación de los planteos sobre interculturalidad y sus sentidos en las políticas de organismos internacionales? ¿Cómo se introdujeron en Argentina? Ante estos interrogantes, considero que los conocimientos producidos en torno a la interculturalidad desde el campo académico constituyeron insumos teóricos utilizados por organismos internacionales y nacionales para la elaboración de políticas públicas y por movimientos indígenas para realizar demandas y propuestas políticas. En este sentido, refiero cómo los organismos internacionales de salud, como la OMS y la OPS, aprobaron una resolución denominada “iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de

las Américas”¹⁶, cuya fundamentación se basa en el reconocimiento de las condiciones de vida y de salud prevalentes en la población indígena, estimada en 43 millones de personas en la Región de las Américas: condiciones deficitarias, expresadas en una mortalidad excesiva por causas evitables y en una menor esperanza de vida al nacer. Observo que a partir de allí se desarrollaron líneas de acción y proyectos de “salud indígena” o “salud intercultural” en muchos países. En Argentina, en el año 2000 se formuló el programa del Ministerio de Salud denominado ANAHI (Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para poblaciones indígenas) y el subprograma “Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios” (dentro del Programa Nacional Médicos Comunitarios) en 2005, que se enmarcan dentro del Plan Federal de Salud, política rectora del sector (Lorenzetti 2007). El Programa FESP¹⁷, financiado por el Banco Mundial, comienza a gestarse en el año 2006, teniendo como área de cobertura aquellas políticas en las que se activa la Política de Pueblos Indígenas (PPI) del Banco Mundial. Las funciones y prioridades del FESP fueron identificados en base a su “costo- efectividad e impacto en la carga de muerte y enfermedad de la población indígena” (FISA en: Lorenzetti, 2009). Estos programas de salud no se desarrollaron en las comunidades mapuche de la provincia de Neuquén. Sin embargo, en esta provincia desde la década de 1970, se pone en marcha el Programa de Salud Rural¹⁸ que incluyó la atención sanitaria de las comunidades mapuche asentadas, la mayoría de ellas, en reservas.¹⁹

En el capítulo II, describo el lugar significativo que ocupó la provincia de Neuquén en la historia de la Salud Pública argentina, provincia que se destacó por desarrollar a fines de los años 1960 una organización del sistema sanitario que privilegió la Atención Primaria de la Salud (APS), y que generó importantes logros en materia de reducción de la mortalidad materno infantil y diversas enfermedades endémicas como la tuberculosis y la hidatidosis. El caso de San Martín de los Andes, ciudad ubicada en el sudoeste de la provincia sobre la costa del Lago Lácar, me

¹⁶ En Septiembre del año 1993 los Gobiernos miembros de la OPS lanzaron la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Consultar en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/pi31304.pdf>.

¹⁷ Funciones Esenciales y programas de Salud Pública, el “FESP”, es una herramienta de gestión que se viene gestionando con el propósito de fortalecer las capacidades institucionales y de rectoría del Ministerio de Salud de la República Argentina y de sus 24 Provincias

¹⁸ También mencionado como Plan de Salud Rural en algunos documentos provinciales (http://www.cofeplan.gov.ar/html/doc_institucionales/doc/copade_neuquen.pdf), en trabajos académicos (Favaro, O. y Bucciarelli, M., 2008) y en la bibliografía sobre historia de la Salud Pública en Argentina (Veronelli y Testa, 2002, Veronelli, y Correch, 2004). Actualmente las tareas de promoción de la salud y Prevención de enfermedades son ejecutadas por el Programa de Salud Rural y Peri-urbana.

¹⁹ El régimen jurídico de reservas consistió en la adjudicación de tierras fiscales a las comunidades reconocidas por el gobierno de la provincia mediante el Decreto N° 0737 y sus complementarios del año 1964. Esta medida, acorde al contexto desarrollista- tecnocrático nacional y sobre todo localmente asociada a los primeros años de gobierno del Movimiento Popular Neuquino (MPN), colaboró en la construcción de una identidad provincial sedienta de marcas que la diferenciaran del resto del pueblo argentino (Lenton, 2010).

permitió analizar el proceso histórico de desarrollo del Plan de Salud así como también abordar la incorporación de la interculturalidad en el ámbito de las políticas públicas y específicamente en la Salud, debido a la presencia histórica de población indígena mapuche en la zona. Reconocer que el desarrollo del sistema de Salud Pública provincial, valorado internacionalmente entre 1970 y 1980, se centró en la APS y su estrategia de promoción de la salud que planificó la atención de la población en general y mediante el Programa de Salud Rural creado en 1971, de las zonas rurales compuestas en su mayoría por comunidades mapuche, me conduce a plantear una serie de preguntas teórico conceptuales, que guían el desarrollo de este capítulo: ¿Cómo se planificó y efectivizó la atención sanitaria de la población mapuche? ¿Cómo se conceptualizó la misma? ¿Qué características adquirió la práctica sanitaria en dichas comunidades? El análisis de los resultados de la implementación del Plan de Salud desde la década de 1970 y de los datos estadísticos sobre los índices críticos de salud característicos de este período (alta tasa de mortalidad, de hidatidosis, tuberculosis entre otras enfermedades endémicas), me llevan a preguntarme sobre ¿Qué lugar ocupó la población mapuche con respecto a estos indicadores y con respecto a los resultados obtenidos mediante la implementación del Plan de Salud? Pongo luego en relación los datos sanitarios con los indicadores demográficos del Censo Nacional de 1960, que evidencian que gran parte de la población provincial era de carácter rural, área habitada no azarosamente por el pueblo mapuche. Ante la descripción de los favorables resultados del Plan me pregunto ¿Cómo se consiguieron dichos logros? ¿Qué repercusiones tuvieron? ¿En qué campo o campos? Preguntas que respondo en este trabajo a partir de una perspectiva socio- histórica que me permite vincular los logros obtenidos en el ámbito de la Salud Pública con el campo político, a través de su incidencia en la consolidación del Movimiento Popular Neuquino (MPN) como fuerza política hegemónica (que gobernará la provincia cuatro décadas). A la par, ello me permitió abordar cómo los logros acompañaron y sirvieron de apoyo en la consolidación de la ciudadanía neuquina, en tanto el gobierno elaboró en el ámbito de salud, políticas de bienestar que tendieron a desmarcar las diferencias/diversidades socio-culturales, promoviendo de esta forma una ciudadanía ampliada que incluyó a los diversos grupos que se encontraban dentro de los límites de la provincia. Dichos logros se relacionan, a su vez, con la implementación de una serie de medidas políticas y económicas de corte desarrollista²⁰, que repercutieron en

²⁰ Luego de la Segunda Guerra Mundial, y siguiendo la Teoría del desarrollo clásica, que sostenía que los países iban avanzando a través de fases cada vez más evolucionadas de desarrollo económico (desde la economía agraria a la economía industrial de consumo masivo), las Naciones Unidas impulsaron el desarrollo de los países no desarrollados mediante investigaciones de expertos y la creación de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas). En América Latina existían

la población de la provincia en general y en la población mapuche en particular. Una lógica sanitaria que se basó en postulados tecnocráticos y modernizantes que permitieron la designación de profesionales que apoyaron la formación de recursos humanos en salud y la designación de técnicos en administración sanitaria como ministros o secretarios (Perrone y Teixidó, 2011). Debido a la ausencia en todo el territorio provincial de efectores sanitarios, se destinó una importante inversión económica para el desarrollo de políticas sanitarias con el objetivo de extender la cobertura basándose en lo que posteriormente se denominó atención primaria, cuyo financiamiento provenía de las regalías petrolíferas.

Tanto la promoción de la salud, como las intervenciones sanitarias en contextos de diversidad cultural fueron impulsados por organismos internacionales como OMS/OPS y BM y adquieren relevancia a partir de los años 1970. Para la misma época los reclamos expresados por los movimientos etnopolíticos en diversos países introducen la discusión sobre el respeto a diferencias antes invisibilizadas. Esto, junto a la conversión de los Pueblos Indígenas (PI) en sujetos de derecho internacional (Barsh 1994, Dandler 1994, Messer 1993), forma parte de procesos más amplios que, desde los setenta, vienen instalando consenso hegemónico en torno de la legitimidad de las llamadas políticas de identidad, de la diferencia y/o de reconocimiento (Aronowitz 1992 Mercer 1992, West 1992, Wright 1998, en: Briones, 2002), procesos que alcanzan su auge en la década de 1990.

Me pregunto ¿Cómo se incorporó la interculturalidad en la provincia de Neuquén? Y es a través de los estudios antropológicos sobre educación e interculturalidad en la provincia de Neuquén que hallo las respuestas a estos interrogantes. En los años 1990, con el programa de Educación Intercultural Bilingüe (EBI) propuesto en la Reforma de la Constitución Nacional del año 1994, se dieron en la provincia numerosos e intensos debates y reuniones entre representantes del Estado y de las comunidades, así como también dentro de las comunidades. A partir de las discusiones y disputas en torno a la EBI, desarrolladas desde entonces, la interculturalidad es retomada y reformulada por los referentes mapuche como herramienta legal, para exigir el cumplimiento y la garantización de otros derechos. Me pregunto entonces ¿Cómo repercute dicha tendencia hacia la adopción de políticas interculturales en el sistema sanitario local? ¿Hubo alguna modificación en los

circunstancias sociopolíticas que obstaculizaban el desarrollo y condicionaban la aplicación de los supuestos puramente económicos de las teorías clásicas. La CEPAL analizó las razones del subdesarrollo en los países de América Latina que la llevaron a conclusiones autónomas sobre las causas del desarrollo y las medidas necesarias para impulsarlo. Estas teorías tomaron el nombre de desarrollismo. El desarrollismo fue puesto en marcha durante la gestión de Gobierno de Arturo Frondizi en Argentina (1958 - 1962). El programa nacional de desarrollo incluyó el autoabastecimiento de petróleo, carbón y acero y creó las industrias petroquímica y automotriz. A su vez, tuvo un fuerte énfasis en la obra pública.

programas de salud que contemplaran en particular a la población mapuche como expresión de respeto por la interculturalidad? Planteo que en Neuquén, la discusión en torno a la interculturalidad que adquirió mayor visibilidad se dio en el ámbito de la educación (EBI). De esta forma, las comunidades mapuche cuestionaron el significado político de la interculturalidad. En el ámbito de la Salud Pública, señalo que ciertas prácticas de los agentes de salud pueden ser comprendidas en términos interculturales. Más allá de que la interculturalidad no esté contenida en ninguna normativa sanitaria, me lleva a preguntarme: ¿Por qué la interculturalidad no fue propuesta por el Estado provincial en el ámbito de la salud, al igual que en el de la educación, como política a desarrollar de modo explícito? Para responder esta pregunta, contemplo en primer lugar los objetivos del Plan de Salud neuquino, el modelo desarrollista que lo sustentó y las metas que se propusieron en el período inicial, así como su relación con la construcción de una ciudadanía neuquina. En este proceso intervinieron diversos actores institucionales que llevaron adelante para ello políticas desarrollistas. La función/misión de relevamiento mediante recorridos y visitas domiciliarias (a lo largo y ancho de la provincia) de los agentes sanitarios abonó dicho proceso. Sin embargo, también existieron diversas estrategias de las comunidades mapuche en respuesta a los dispositivos estatales de intervención sanitaria, relacionadas con los saberes y prácticas mapuche en torno a la salud.

En el capítulo III analizo los saberes y prácticas en torno a los Procesos Salud/ Enfermedad/ Atención (PSEA) y el territorio, estrechamente relacionados en la cosmovisión mapuche. Realizo una breve síntesis acerca de las circunstancias históricas en las que comienzan a acercarse prácticas biomédicas a los mapuche. Abordo la atención de la salud de las comunidades mapuche de San Martín de los Andes, centrándome específicamente en el caso de Payla Menuko. Describo y analizo cómo son asumidos la presencia y el trabajo de los agentes sanitarios en la comunidad mapuche Payla Menuko y cómo repercuten allí las intervenciones sanitarias. Observo y describo la utilización, apropiación y resignificación de diversas medicinas y formas de cuidado de la salud desarrolladas por las familias de Payla Menuko, así como sus demandas, que son resultado de las relaciones dinámicas que construyeron con los “otros”, desde una posición subalterna con respecto a la esfera estatal y a otras comunidades, pero no por ello pasiva.

La comunidad de Payla Menuko se destaca entre las cinco comunidades mapuche residentes en la jurisdicción de San Martín de los Andes, por su proceso organizativo, en el que han discutido colectiva, interna y críticamente las políticas públicas que la tienen como objeto; además, Payla Menuko cuenta con un número significativo de referentes comunitarios mayormente jóvenes que se han formado

como cuadros políticos en su experiencia de participación en los conflictos y procesos de reivindicación y disputa de sus derechos a nivel provincial (Pulmarí, Loma de la Lata, reforma de la Constitución Provincial, Paineofilú, Villa La Angostura, Cerro Chapelco, entre otros). El hecho de que Payla Menuko esta conformada por un grupo de 100 personas aproximadamente²¹, todas bajo “control sanitario”, hace que me pregunte: ¿Cómo han repercutido los protocolos sanitarios implementados por los agentes de salud en esta comunidad mapuche? ¿Cómo consideran las intervenciones sanitarias en su territorio? Para responder a estos interrogantes observo la utilización que esta comunidad hace del sistema público de salud, así como de otras posibilidades de atención de la salud a las cuales recurren. A partir de estas observaciones continúo indagando ¿Qué saberes de salud tienen los miembros de esta comunidad? ¿Qué prácticas sanitarias son relevantes para ellos? ¿Cómo consideran a la Salud Pública? Al relevar sus formas de atención de la salud encontré, por un lado, que existe un uso de recursos y servicios de salud pública, y a su vez, realizan también prácticas de medicina tradicional, sin embargo todas ellas se vinculan con el proceso de conformación comunitaria y con sus estrategias etnopolíticas en torno al reconocimiento territorial.

En el capítulo IV, considero las prácticas de salud de las familias de la comunidad como estrategias políticas en torno a la identificación étnica, es decir, las analizo en términos de “estrategias etnopolíticas”. A partir de ellas es que en las luchas político-territoriales el término interculturalidad es utilizado para justificar sus reclamos. En las disputas se ponen en juego los significados que cada actor social quiere imponer, entre ellos los que la comunidad le asigna a la interculturalidad. En este campo intervienen no solamente el Estado, sus representantes y las comunidades mapuche, sino también las agencias multilaterales, sus representantes locales, y cientistas sociales que producen conocimientos y construyen sentidos sobre la interculturalidad, que se reproducen y disputan en distintos contextos. Al reconocer que la problemática de salud percibida por la comunidad constituye un reclamo indisociable de sus reivindicaciones sobre la autonomía y reconocimiento territorial, señalo que la disputa nodal de la comunidad Payla Menuko por el reconocimiento del territorio, enmarca la problemática de la salud como inherente a su reivindicación territorial. De allí, me pregunto ¿Qué estrategias etnopolíticas son formuladas por la comunidad Payla Menuko al Estado para lograr dicho reconocimiento? ¿En qué consisten las mismas y cómo se incorpora la salud en ellas? Mediante el trabajo de campo identifiqué diversas áreas del Estado nacional y provincial (Salud, Educación y

²¹ El paraje Payla Menuko está conformado por 56 familias y 354 personas, algunas de las cuales pertenecen a la comunidad Curruhuinca y otras a la comunidad Payla Menuko.

Territorios Protegidos) en las que la comunidad Payla Menuko desarrolla estrategias etnopolíticas. Estas estrategias tienen como finalidad obtener reconocimiento y disputar espacios sociales y territoriales. Las mismas han sido acompañadas y respaldadas por un conjunto de instrumentos legales (leyes, convenciones y declaraciones nacionales e internacionales sobre los derechos de los pueblos indígenas) que favorecieron su efectividad en cuanto a los resultados obtenidos. Los logros obtenidos por la comunidad Payla Menuko junto a otras comunidades aledañas me llevan a plantear: ¿Cómo repercutió la visibilidad y el fortalecimiento de las comunidades mapuche como movimiento etnopolítico durante los últimos diez años en el sistema de salud público neuquino? ¿Cómo impactaron dichas acciones colectivas en la comunidad mapuche de Payla Menuko? El análisis de las políticas sanitarias desarrolladas durante la última década en la provincia de Neuquén me permite observar que no se produjo un cambio significativo en las mismas orientado a la población mapuche. El cambio que ha impactado en la Salud Pública está relacionado con el ajuste económico y las políticas neoliberales implementadas. Sin embargo, en esta última década, la comunidad Payla Menuko se conformó y consolidó a través de la participación de sus jóvenes integrantes en diversas situaciones de conflicto y reclamos por el reconocimiento de sus derechos como pueblo originario mapuche. De esta forma la comunidad Payla Menuko ha mejorado su posicionamiento en el campo político durante la última década, lo que les permitió generar más canales de comunicación y demanda con y para el Estado; y aunque las negociaciones más fluidas se dan en torno a aquellos temas que les resultan prioritarios: las demandas territoriales, este posicionamiento también les ha permitido asumir una postura activa y defensiva de otros derechos, entre ellos reclamar atención sanitaria que responda a sus necesidades y denunciar cuando esto no ocurre. Siendo el territorio el principal objetivo de las estrategias etnopolíticas de Payla Menuko, y entendiendo el mismo como fuente de vida, de lawen²², de los recursos materiales de existencia comunitaria, es posible señalar que la lucha por el territorio constituye una acción de promoción de la salud, en tanto desde la perspectiva nativa el territorio es fuente y parte constituyente del bienestar mapuche. Desde la Salud Pública se comparte la idea de que existen determinantes socio-económicos de la salud²³ más allá de los biológicos, como la vivienda, la educación, la alimentación, los hábitos, el empleo, entre otros.

²² Plantas medicinales/ remedios.

²³ Estos planteamientos adquieren visibilidad a partir del Informe Lalonde del Ministerio de Salud de Canadá en 1974, sin embargo recién en el año 2005 la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) crean la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud. Cabe aclarar que desde mediados del siglo XIX, Rudolph Virchow había enunciado que los factores sociales y económicos, es decir, las condiciones de vida eran los principales determinantes de la salud, y por ello es considerado el "padre de la medicina social".

Desde la perspectiva de la comunidad todos estos aspectos están contenidos en el concepto de territorio, por lo que en este sentido podría existir un punto de encuentro entre ambas perspectivas.

Sin embargo, en el campo de la Salud Pública, la correlación de fuerzas está a favor de actores globales²⁴, nacionales²⁵ y regionales²⁶ que plantean las políticas neoliberales e interculturales como soluciones de problemáticas estructurales, cuando en realidad constituyen paliativos y atenuantes de los conflictos de pobreza y condiciones de desigualdad social.

A pesar de estos condicionamientos, la organización de la comunidad persiste y se consolida en las luchas que mantiene en diferentes frentes. En las relaciones interculturales con los diferentes representantes del Estado han desarrollado diversas estrategias etnopolíticas a través de las cuales le dieron forma a una manera de hacer política que denominan “política mapuche”. Política mapuche no exenta de tensiones y contradicciones pero a través de la cual demandan el reconocimiento y cumplimiento de derechos en tanto pueblo mapuche.

²⁴ El Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, agencias multilaterales, multinacionales farmacéuticas, entre otros.

²⁵ Corporaciones médicas y no médicas, gremiales, farmacéuticas, entre otros.

²⁶ Funcionarios de gobierno, representantes de intereses económicos extranjeros, entre otros.

CAPÍTULO I

DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LOS INDICIOS DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD

En este capítulo describo los indicios de la perspectiva intercultural contenidos en los enunciados de la Promoción de la Salud. Realizo una revisión sistemática de los desarrollos teórico-prácticos enmarcados dentro de la Promoción de la Salud y su relación con una incipiente perspectiva intercultural. Retomando una amplia variedad de trabajos socio-antropológicos sobre interculturalidad, doy cuenta de la diversidad de enfoques y estrategias que produjo la incorporación de la interculturalidad y sus sentidos en las políticas públicas, particularmente en el ámbito de la salud. Articulo estas estrategias interculturales en el ámbito de la salud con el contexto jurídico-político nacional e internacional de reconocimiento de derechos de los pueblos originarios y de la diversidad socio-cultural. Por último, describo la introducción de las políticas interculturales en la provincia de Neuquén.

1.1- LOS RECORRIDOS DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD

La promoción de la salud conforma uno de los principios que sustentan las intervenciones del sistema público de salud neuquino. Mediante el programa de salud rural, se establecieron las visitas domiciliarias realizadas por los agentes sanitarios, principales encargados de operativizar en sus prácticas la perspectiva de promoción de la salud.

Los significados que fue adquiriendo el concepto de promoción de la salud a lo largo de la historia sanitaria fueron definiendo y especificando los tipos de intervenciones planificadas desde el Estado. Para entender el carácter polisémico que adquirió la promoción de la salud es preciso realizar una breve reconstrucción histórica. Las primeras conceptualizaciones sobre promoción de la salud fueron realizadas por Wislow en 1920, quien la definió como “el esfuerzo de una comunidad organizada para alcanzar políticas que mejoren las condiciones de salud de la población y de los programas educativos con el fin de que el individuo mejore la salud personal” (Buss, 2006: 22). Es decir, que contemplaba los factores socio-ambientales como condicionantes de la salud y como objetivo de las políticas de promoción. Posteriormente, Henry E. Sigerist (1945) propuso el término “promoción de la salud” para caracterizar la primera de las “cuatro tareas esenciales de la medicina”. A saber: 1) la promoción de la salud, 2) la prevención de la enfermedad, 3) el restablecimiento de los enfermos y 4) la rehabilitación. Este autor afirmó que “la salud se promueve proporcionando condiciones de vida decentes, buenas condiciones de trabajo, educación, cultura física y formas de esparcimiento y descanso” (Terris, 1992: 38). En

1965, Leavell y Clark, siguiendo el modelo de historia natural de la enfermedad, definieron la promoción de la salud como el primer nivel de prevención (Buss, *op.cit.*); estos autores describieron tres niveles de prevención: primaria (promoción de la salud), secundaria (diagnóstico y tratamiento) y terciaria (rehabilitación). De acuerdo a esta concepción la promoción era sinónimo de prevención primaria, es decir, no comprendía una intervención dirigida a evitar una enfermedad particular, sino que su objetivo consistía en aumentar el bienestar general y se basaba en la educación como medio para alcanzarlo, a través de la transformación de comportamientos individuales, entendidos desde la perspectiva médica como “no saludables”. Según Buss (2006), este enfoque centrado en el individuo resultó inapropiado para el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles. Debido a la mayor prevalencia de las mismas, “la promoción empezó a asociarse a medidas preventivas, sobre el entorno físico y sobre estilos de vida y ya no orientadas exclusivamente para individuos y familias” (Buss, *op.cit.*: 23). Sin embargo, la promoción de la salud ocupaba un lugar periférico en el ámbito de la salud, donde se daba mayor importancia a los avances científicos y tecnológicos de la industria médica-farmacológica. Es a partir de los años 70 que la promoción de la salud como nuevo paradigma cobró protagonismo dentro de la salud pública. El mismo prescribía que el rol del agente sanitario era vincular la comunidad con la institución sanitaria incorporando a los destinatarios de las políticas como parte estratégica en la planificación y gestión de la atención en salud (Feltri et al. 2006). La promoción de la salud a través de sus pilares de participación social, intersectorialidad y articulación y respeto de los saberes de los “otros” lograría dichos objetivos. Este último enunciado introduce en el ámbito de la salud²⁸ una perspectiva intercultural “ideal”, basada en el “respeto” y la participación de los “otros” en los procesos de salud- enfermedad- atención propios. Dichos planteos resultaban contradictorios con respecto a la historia de conquista y avasallamiento de los pueblos originarios y a la colonialidad²⁹ que continúa vigente. Sin embargo, la promoción de la salud como discurso inclusivo fue funcional en un contexto de crisis de la biomedicina provocada por el alto costo y la baja eficacia del modelo de atención médica, basado en la alta tecnología (Testa, 1996).

²⁸ La perspectiva intercultural se incorporó a diversos ámbitos, como el educativo, el jurídico, entre otros.

²⁹ Este concepto explica que las diferencias étnico-culturales no son naturales ni parten de la etnicidad en sí, sino que son fenómenos construidos y reproducidos como parte de una subjetividad definida por la experiencia de colonización y subalternización social, política y cultural, tanto del pasado como del presente. Este concepto fue utilizado por el grupo de estudios de modernidad/colonialidad conformado por intelectuales de diversas disciplinas (sociólogos, semiólogos, antropólogos, pedagogos, críticos literarios, entre otros) como: A. Quijano (1999), W. Mignolo (2000), C. Walsh (2002), A. Escobar (2007), J Sanjinés (2005), entre otros. Postularon la colonialidad como “lógica cultural” del colonialismo, como un tipo de herencias coloniales que persisten y se multiplican.

El modelo biologicista, también denominado Modelo Médico Hegemónico (MMH), excluía los factores históricos, sociales, culturales y psicológicos del proceso de salud/enfermedad (Menéndez, 2004). En contraposición a este modelo, la promoción de la salud se proponía como una estrategia para informar, influenciar y asistir a individuos y organizaciones para que asumieran mayores responsabilidades y fueran más activos en materia de salud (OPS/OMS, 1996). El impulso que se dio a esta nueva perspectiva de salud estuvo relacionado con una motivación “política, técnica y económica pues apuntaba a enfrentar los costes crecientes de la asistencia médica al mismo tiempo que se apoyaba en cuestionar el abordaje exclusivamente médico” (Buss, *op.cit.*: 27); también permitió legitimar la lógica economicista en el ámbito de la salud y avalar el retroceso del rol activo del Estado en tanto garante del derecho a la salud. La tendencia en salud de minimizar los costos y maximizar la eficacia, a la par de lograr un mayor control de la población, comenzó a partir de la Segunda Guerra Mundial (1945). Es durante este momento histórico de reconstrucción (Plan Marshall)³⁰ que se comenzó a programar la reorganización de los sistemas de salud. Uno de los planes fue el de Beveridge (1942) que sirvió de modelo a Inglaterra y otros países.

Según Foucault (1996), es en este momento que se consolida el derecho a la salud. Si bien Foucault dice que esto no fue novedoso pues, desde el siglo XVIII, una de las funciones del Estado era garantizar la salud física de los ciudadanos -en tanto representaban fuerza física nacional- para garantizar su capacidad de trabajo y de producción como de defensa y ataques militares; lo que sí aparece como nuevo es que con el plan Beveridge, la salud se transforma en objeto de preocupación de los Estados, no básicamente para ellos mismos, sino para los individuos, es decir, el derecho del hombre a mantener su cuerpo en buena salud se convierte en objeto de la propia acción del Estado (Foucault, 1996).

La intervención estatal en el campo de la salud es un proceso de larga data, sin embargo se constituye en un mecanismo perfeccionado a partir de los Estados de Bienestar europeos, que se expandió en otros países. Se planteó la “intervención” del Tercer Mundo, con la excusa de erradicar enfermedades y promover el desarrollo (Escobar, 2007). En este momento aparecía nuevamente la otredad cultural en el campo de la salud como obstaculizadora del desarrollo sanitario. Se partía del supuesto de que las poblaciones indígenas, es decir, los “otros” pertenecientes a diversas culturas, eran atrasados, con costumbres precarias que atentaban contra su propia salud. En el Tercer Mundo, el modelo para el desarrollo de la salud, en la

³⁰ Denominado oficialmente European Recovery Program, fue el principal plan de los Estados Unidos para la reconstrucción de los países europeos después de la Segunda Guerra Mundial.

década del 50 tiene como base de la intervención la “educación para la salud”. La educación era asumida como la estrategia con la que se lograba que los sujetos actuaran con una lógica económica, tendiente a maximizar sus ganancias y minimizar sus pérdidas, maximizar su salud y minimizar su enfermedad. Toda persona que fuera puesta en conocimiento, “convenciéndola” de que sus creencias eran erróneas, iba a producir una “iluminación” que la llevaría a maximizar su salud. En este caso, el objeto/ sujeto de las intervenciones del sector salud sería el pobre, el desnutrido, el analfabeto, el campesino (Escobar, 2007) así como el indio o mestizo. Según este autor, mediante programas planificados desde nuevos organismos se respondería a los problemas que conllevaban estos sujetos. Todos ellos se convierten en portadores de tecnologías (crédito, educación nutricional, asistencia técnica, planificación familiar, atención primaria). En ellos mismos el desarrollo está inscrito. De esta manera, el desarrollo se transforma en un mecanismo de control articulado en los propios cuerpos y existencias de individuos y poblaciones (Escobar, 2007). A ellos había que educar para que aprendieran comportamientos de salud “correctos” y tomaran conciencia para prevenir las enfermedades. Cabe destacar que esta concepción sigue vigente en los organismos de salud, tanto internacionales como nacionales. Esta creencia en la educación como motor de cambio de conductas significó, a su vez, el traspaso de la responsabilidad de la salud del Estado a los propios individuos.

Este cambio en la mirada sobre la responsabilidad sanitaria fue importante porque ya desde mitad del siglo XIX Virchow había establecido que la salud de la población era deber/ responsabilidad del Estado. A través de su estudio de la epidemia de fiebre tifoidea en la región de la Alta Silesia (Alemania), llegó a la conclusión de que los factores socioeconómicos eran determinantes, por lo que la salud no era un problema médico, sino la otra cara de un problema de naturaleza política. Virchow, considerado un referente de la medicina social, estableció una asociación directa entre condiciones de vida y enfermedad, señalando los factores económico y social como determinantes de la salud, en contraste con la concepción que predominaba hasta ese entonces centrada en la determinación biológica. No obstante, la relación causal entre dichos factores y las problemáticas de salud se vuelve a perder de vista en la segunda mitad del siglo XIX, con los descubrimientos de Pasteur en 1862 y la publicación del informe Flexner³¹ en el año 1910 cuando se termina de constituir la medicina científica.

³¹ En 1910, la Fundación Carnegie de EE.UU., preocupada por la situación de educación del país y por la educación médica en particular, solicitó a Abraham Flexner que preparara un informe sobre las facultades de medicina. Éste propuso cerrar 124 facultades de medicina de los EE.UU. y dejar sólo 31. Enfatizaba en la formación de una elite profesional y el aprendizaje intrahospitalario, donde cada facultad tuviera su propio hospital. Los aspectos de promoción y prevención no se tratan. Su preocupación se centra en la excelencia técnica de especialidades clínicas orientadas al individuo. El cuerpo humano era concebido como una máquina que podía recibir un tratamiento instrumental cuando se enfermaban determinadas partes, sin preocuparse por el resto. El flexnerismo fue sustentado en los EE.UU. con amplios recursos

Estos conocimientos permitieron el desarrollo de la teoría monocausal de la enfermedad al identificar a los microbios como agentes causales de las enfermedades para los cuales se debía encontrar una vacuna que los neutralizara. Según Berliner (1976), es en este momento que la medicina se consolida como una ciencia de los individuos (Spinelli, 2005). Esto tuvo como consecuencia que los problemas sociales fueran desterrados del campo médico (*Ibid.*). Sin embargo, en 1920 se elaboró una propuesta diferente, el informe “Dawson”³², que también repercutió en los modelos de organización de los servicios de Salud Pública. El mismo establecía que la medicina preventiva no podía estar separada de la curativa y que las funciones que se incluirían dentro de la esfera del médico general serían tanto la medicina destinada al individuo como a la comunidad. Estos dos criterios –representados por Flexner y Dawson- si bien eran diferentes compartían un mismo denominador: el Estado como garante de la salud. El viraje en cuanto a la responsabilidad estatal de la salud de la población a la responsabilidad individual coincide con la crisis de los Estados de Bienestar.

En las últimas décadas del siglo XX, la repercusión de la ideología neoliberal sobre los servicios públicos -particularmente sobre la sanidad- se expresó en recortes en el gasto, eliminación de programas estructurales y su substitución por otros focalizados hacia grupos concretos o por períodos de tiempo determinados, limitación del acceso a las prestaciones y privatización de los servicios (Barona Vilar, 2000). Esta tendencia a minimizar la responsabilidad estatal en materia sanitaria quedó expuesta incluso en los documentos elaborados por países que habían presentado un Estado de Bienestar sólido como Canadá. En estos escritos se manifiesta explícitamente un cambio desde la preocupación casi exclusiva por los recursos de salud hacia el valor fundamental de los resultados para la salud. “La cuestión principal radicaba en que no sólo era posible planificar los servicios de atención a la enfermedad, sino también reducir los factores de riesgo individuales” (Kickbusch, 1996: 19). Según Barona Vilar (2000), coincidiendo con los orígenes de la crisis de los Estados de Bienestar, la Conferencia del Alma Ata apostó en 1978 por la focalización de las actuaciones en los problemas de salud comunitaria, en las estructuras de atención primaria y en los agentes de salud, frente a la tendencia tradicional basada en un sistema asistencial centrado en el hospital y de orientación curativa. Este autor plantea que, en un sentido contrario a esta tendencia, desde entonces han ido ganando terreno también las

económicos de fundaciones privadas y tuvo impacto en Australia, Nueva Zelandia y América Latina, y sigue teniéndolo hasta hoy. (Moraes Novaes H. OPS/OMS, Cuaderno Técnico N°31).

³² A comienzos del siglo XX, Inglaterra buscó otras posibilidades de reorganización de sus servicios de salud. El concepto de regionalización de los servicios, como forma de coordinar los aspectos preventivos y terapéuticos en una zona específica, fue recomendado por Bertrand Dawson en 1920.

políticas neoliberales que pretenden organizar la atención sanitaria con criterios de eficiencia y rentabilidad económica.

En la práctica esto ha implicado la reducción del gasto público en sanidad, un mayor énfasis en las dimensiones individuales de la salud, una mayor responsabilización del individuo en el proceso de enfermar y una propensión a la privatización de la provisión de los servicios sanitarios (Barona Vilar, 2000). En 1984 se redacta un "Documento de discusión sobre el concepto y los principios de la promoción de la salud" que marca el comienzo del programa de promoción de la salud de la Oficina para Europa. Durante esos años los expertos sanitarios se preguntaron si era posible aplicar este enfoque a los países en desarrollo o era sólo adecuado para los industrializados (Kickbusch, 1996). Es debido a este interrogante que se organiza, con el apoyo de organismos como la OMS/OPS entre otros, una reunión para aunar las experiencias sobre promoción de la salud, obtenidas por los países industrializados en lo que se refiere a programas y políticas. Esta reunión tuvo lugar en Ottawa, Canadá, en Noviembre de 1986 (*Ibid.*). Este evento fue reconocido como la primera conferencia de promoción de la salud y tuvo gran repercusión mundial, luego de la lograda por la conferencia de Alma Ata.

Cabe aclarar que las intervenciones sanitarias (con componentes preventivo-promocionales) realizadas en el tercer mundo o países en vías de desarrollo, datan de la mitad de siglo XX, como referí anteriormente, a partir de fines de la segunda guerra mundial, junto a la creación de organismos con jurisdicción y poder de intervención global³³. Las funciones básicas de la OMS según su Constitución, redactada en 1946, incluían la colaboración con los Estados Miembros y los organismos especializados apropiados "para promover el mejoramiento de la nutrición, la habitación, el saneamiento, la recreación, las condiciones económicas y de trabajo y otros aspectos de la higiene del medio"³⁴. Ello implicaba un modelo social de la salud vinculado a vastos compromisos con los derechos humanos³⁵. En este sentido, el abordaje y resolución de los problemas de salud estaba relacionado intrínsecamente con el cumplimiento de derechos como la educación, la alimentación, el trabajo, el acceso a la vivienda digna, la justicia social, entre otros. Sin embargo, según un documento de la OMS sobre los factores sociales determinantes de la salud, el contexto político de la Guerra Fría que siguió a la segunda guerra mundial y la descolonización obstaculizaron la aplicación de esta visión y favorecieron un enfoque más apoyado en

³³ ONU (1945), OMS (1948), Banco Mundial (1944), etc.

³⁴ Constitución de la Organización Mundial de la Salud. 1948. En: http://policy.who.int/cgibin/om_isapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basicdoc&record={9D5}&softpage=Document42

³⁵ Algunos Derechos Humanos promulgados por las Naciones Unidas (ONU) en 1946 fueron: el derecho a la vida, a la libertad, a la igualdad ante la ley, al trabajo, a un nivel de vida que asegure salud y bienestar, entre otros derechos.

las tecnologías sanitarias despachadas a través de campañas revestidas de una impronta "militarista" (OMS, 2005). Diversos factores históricos impulsaron esta modalidad. Uno de ellos fue la sucesión de grandes adelantos en la investigación de medicamentos que dio lugar en este período a una serie de antibióticos nuevos, vacunas y otros medicamentos, lo que infundió en los profesionales sanitarios y el público en general la idea de que la tecnología encerraba la respuesta a los problemas mundiales de salud. Este auge también impulsó la industria farmacéutica moderna, destinada a convertirse no sólo en una fuente de beneficios científicos, sino también en una fuerza política cuyo poder de presión influiría cada vez más en las políticas sanitarias nacionales e internacionales. Después de la retirada temporal de la Unión Soviética y otros países comunistas de las Naciones Unidas y sus organismos respectivos, en 1949, la OMS quedó más firmemente bajo la influencia de los Estados Unidos. A pesar de la función clave de los EE.UU. en la redacción de la Constitución de la OMS, los funcionarios estadounidenses se mostraron reacios en ese momento a hacer hincapié en un modelo social de salud cuyas alusiones ideológicas fueran mal recibidas en el escenario de la Guerra Fría.

En Argentina, sin embargo, durante 1940-1950, se concibió la salud pública desde una perspectiva más cercana a la corriente de medicina social, a la vez que también se realizaron campañas sanitarias (de vacunación antivariólica, antidiftérica, entre otras) con improntas militaristas, a partir de la colaboración y participación del ejército y otras organizaciones de la fuerzas armadas.

El primer ministro de salud del país³⁶, Ramón Carrillo, planteó dar relevancia a la promoción y mantenimiento de la salud (y no sólo a la cura y tratamiento de las enfermedades). Para ello, proponía enfocarse en los determinantes sociales de la salud, por medio de políticas sociales. De acuerdo a sus palabras: *la medicina moderna se ocupa de la salud y de los sanos y el objetivo principal ya no es curar al enfermo sino evitar estar enfermo (...) la medicina no sólo debe curar enfermos sino enseñar al pueblo a vivir, a vivir en salud (...) los problemas de la Medicina como rama del Estado, no pueden resolverse si la política sanitaria no está respaldada por una política social (...) frente a las enfermedades que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causas de enfermedad, son unas pobres causas* (Carrillo, 1947).

Carrillo elaboró el Plan Analítico de Salud (1946) donde describió la situación de la salud en Argentina y propuso las acciones a desarrollar. Los principales problemas estaban relacionados con la desorganización sanitaria y la escasez de

³⁶ En 1946 se crea la Secretaría de Salud Pública con rango de ministerio, y el presidente electo Juan Domingo Perón designa al Dr. Ramón Carrillo como secretario

instituciones y recursos humanos y materiales. Carrillo dividió el país en zonas sanitarias y planificó para cada una de ellas la atención específica de sus problemas, a través de la operativización de dos conceptos: la *centralización normativa* y la *descentralización ejecutiva*, es decir que todos los efectores del país estarían en la órbita de la Secretaría de Salud y se regirían con las mismas normas y criterios, pero las decisiones y la atención directa quedaría bajo la decisión de cada uno de los centros de salud. Su Política Sanitaria Argentina (1949) estuvo fundamentada en tres principios:

1. Todos los hombres tienen igual derecho a la vida y a la sanidad
2. No puede haber política sanitaria sin política social
3. De nada sirven las conquistas de la técnica médica si ésta no puede llegar al pueblo por medio de dispositivos adecuados

Al elaborarse el Primer Plan Quinquenal³⁷, Carrillo consideró a partir de su concepción de las políticas sociales como garantes de la salud, la necesidad de planificar la construcción de hospitales, institutos, sanatorios para enfermedades crónicas, centros de salud, hogares para niños y ancianos, hogares escuela, entre otras obras. Los trabajos se llevaron a cabo por intermedio del Ministerio de Obras Públicas, por la Subsecretaría de Construcciones del Ministerio de Salud (que creó con ese fin) y por la Fundación Eva Perón. Se construyeron 4.229 establecimientos sanitarios con 130.180 camas. Estas realizaciones se financiaron con el superávit acumulado durante los años de la segunda guerra mundial (1939-1945)³⁸. Además, Carrillo mostró un especial interés en áreas en las que el Estado no había profundizado hasta entonces: la medicina preventiva, la medicina social y la atención materno-infantil. Durante su gestión se planificaron y construyeron los primeros centros de salud del país. Éstos fueron ideados como espacios institucionales de primer nivel de atención y de implementación de programas de promoción y prevención. Cabe destacar que en este período la relación con los organismos internacionales de salud era distante. En relación a políticas sanitarias preventivas, un hecho significativo durante la gestión de Carrillo fue la estrategia utilizada para erradicar el paludismo. Este suceso es reconocido en la historia sanitaria no sólo por

³⁷ El denominado Plan Quinquenal constituyó un Plan de Gobierno del Primer mandato del Presidente Juan Domingo Perón (1946-1952), para el período comprendido entre los años 1947 y 1951. Éste y el presupuesto para 1947, se formularon con un aumento significativo respecto de los anteriores, con los objetivos de: a) transformar la economía reforzando la industria y nacionalizando las empresas de servicios; b) ampliar los programas de bienestar social y de salud pública y c) fortalecer la defensa nacional (Veronelli y Correch, 2004)

³⁸ Terminada la guerra, la Argentina era acreedora de Inglaterra por unos 150 millones de libras, correspondientes a las exportaciones de carne y granos durante la guerra; por otro lado, era deudora, por una cantidad menor, de los Estados Unidos. Las reservas monetarias eran elevadas y las perspectivas para el futuro promisorias, pues se suponía que Europa requeriría alimentos y el Plan Marshall la haría solvente hasta que sus economías se recuperasen (Veronelli y Correch, 2004).

haber sido una campaña sanitaria exitosa, sino también, porque rompió con las recomendaciones de la OMS para combatir la enfermedad. Carrillo encargó al Dr. Alvarado la resolución de esta problemática de salud. Él tuvo que reunirse con el presidente Juan Domingo Perón para explicarle el Plan, pues contradecía a la OMS y podía tener un costo político alto. La OMS fundamentaba su postura en la experiencia de Italia, que consistía en eliminar zonas pantanosas donde se desarrollaba y reproducía el mosquito. Según los estudios del Dr. Alvarado, los vectores que transmitían la enfermedad en la Argentina no se desarrollaban en las zonas pantanosas, sino en aguas en movimiento. A raíz de estas y otras consideraciones tenidas en cuenta en la reunión, se llevó a cabo la campaña contra el paludismo. La misma consistió en recorridas (casa por casa) y distribución gratuita del insecticida DDT³⁹, con criterio geoepidemiológico. Las recorridas no sólo consistían en llevar y distribuir el insecticida, sino en charlar con los habitantes de las viviendas, dándoles información y recomendaciones de medidas sanitarias para prevenir el paludismo. La importancia y dedicación que se les otorgó a estas tareas preventivas (no sólo asistenciales/curativas) dio un buen resultado que se reflejó en las cifras: mientras en 1946 se habían registrado 300.000 casos nuevos de paludismo, en 1949 se declararon sólo 137 (Pérgola, 2012). Este logro sanitario a partir de la estrategia preventiva-promocional desarrollada constituyó una experiencia histórica que sería resignificada y retomada posteriormente en varias provincias, entre ellas Neuquén.

Durante la década de 1940-1950, Argentina se mantuvo alejada de los lineamientos de los organismos internacionales, incluso contradiciendo sus protocolos sobre paludismo. Dichos organismos como la OMS venían planteando que la solución de los problemas de salud debía centrarse en las tecnologías sanitarias y recién a mediados de los años 60 plantearon en muchas partes del mundo, que los modelos médicos dominantes y de Salud Pública no satisfacían las necesidades más urgentes de las poblaciones pobres y desfavorecidas (la mayoría de la población de los países en desarrollo). Sin embargo, la política que propusieron no se enfocó en mejorar los determinantes sociales de la salud como la pobreza, el trabajo, la falta de alimentación, vivienda, educación y agua potable (entre otros) a través políticas sociales sino que consistió en identificar los factores “culturales” causantes de padecimientos, enfermedades o de tendencias patologizantes en un grupo social determinado. En ese momento se ocuparon de planificar cómo modificar culturalmente los saberes populares que, de acuerdo a sus análisis, obstaculizaban el desarrollo, también definido desde su perspectiva.

³⁹ Dicloro Difenil Tricloroetano.

En este sentido, desde la antropología ya se habían llevado a cabo estudios que desde fines de los años 20 habían abarcado las creencias y prácticas médicas, que posteriormente sirvieron para planificar programas e intervenciones dirigidos a la modificación de las prácticas culturales consideradas “atrasadas”. De esta forma, se fue conformando el campo de la antropología médica.

1.2- LA ANTROPOLOGÍA Y LOS SABERES DE SALUD DE LOS “OTROS”

Los primeros trabajos de campo de los antropólogos que recogen datos sobre creencias médicas de las poblaciones estudiadas, fueron del mismo modo y con el mismo propósito que recogían datos sobre todos los demás aspectos de la cultura, esto es, para tener un registro etnográfico lo más completo posible (Crivos, 2003).

Rivers (1924) plantea que las prácticas médicas primitivas derivan de ideas definidas respecto a las causas de la enfermedad, es decir que, son parte de la cultura y constituyen una institución social, pudiendo ser estudiadas en esos términos (Crivos, 2003). Según Foster (1978a), de Rivers se ha tomado la errónea idea de que la religión, la magia y la medicina están siempre íntimamente ligadas, de modo que cada una sólo puede ser estudiada en función de las otras.

En la década del 30, dentro de la escuela boasiana, Clements (1932) clasifica los conceptos sobre las causas de la enfermedad e intenta dar cuenta de la distribución mundial de los rasgos aislados. En la década del 40, prevalece una concepción "culturalista" en campo de la antropología médica que continúa en los años 50, que explica las conductas y creencias médicas a través de las configuraciones culturales. Según Foster (1978), esta corriente denominada etnomedicina, es el resultado del interés de los etnógrafos en la medicina primitiva. A excepción de los estudios etnomédicos realizados como parte de los estudios etnográficos, la mayor parte de las publicaciones relacionadas con la salud producidas por los antropólogos antes de 1950, se ocupan de fenómenos psicológicos y psiquiátricos (Crivos, 2003). Posteriormente, en la década del 60, los estudios en el campo de la Antropología Cognitiva toman como objeto las taxonomías nativas, las clasificaciones de la enfermedad y otros componentes del dominio de las medicinas vernáculas.

Entre 1940 y 1950 se constituyen las bases temáticas, metodológicas y teóricas de la Antropología Médica. A su vez, los primeros intentos de colaboración entre Antropólogos y administradores de programas de Salud y desarrollo Social se producen por requerimiento de estos últimos – agentes gubernamentales o del sector privado – ante el fracaso o el impacto limitado de tales programas en las poblaciones

destinatarias. A comienzos de la década del 50 empiezan a utilizarse los datos recogidos de estudios realizados por los antropólogos culturales en otras sociedades en la elaboración y puesta en marcha de los planes internacionales de Salud Pública, como Erasmus (1952), Foster (1952), entre otros (Crivos, 2003). En este sentido, retomaron conocimientos producidos en experiencias que desde los años 30 se habían llevado a cabo enmarcados en la denominada antropología aplicada norteamericana que halló en el individuo, en los líderes comunitarios, en los “cultural brokers”, la posibilidad de desarrollo comunitario, y se expresó constantemente en los programas de participación social aplicados en América Latina especialmente en el medio rural (Erasmus 1961, 1969 en: Menéndez, 2006). Según Spadafora (2002), en el campo de la antropología, los estudios del desarrollo han estado vinculados a lo que equívocamente se dio en llamar “antropología aplicada”. Este terreno ha estado atravesado por el estigma de una disciplina cuya complicidad con la colonización de Asia y África, dificultó los intercambios entre antropología y desarrollo. Dificultad que ha procedido de alimentar una dicotomización maniquea entre “investigación básica” y “aplicada”, entre “teoría” y “práctica”. La histórica contraposición entre antropología y desarrollo –que bien podría tematizarse como antropología académica y antropología aplicada, entre academia y gestión, entre investigación básica e investigación aplicada- derivó en la consolidación de dos campos: antropología para el desarrollo y antropología del desarrollo. La antropología para el desarrollo (antropología aplicada) estaría focalizada en el compromiso activo con las instituciones que fomentaban el desarrollo en “comunidades locales/vulnerables tradicionales”, no mostrando preocupación por el replanteo crítico acerca de las nociones y conceptos involucrados en los proyectos de desarrollo. Estaría condensada en una serie de planes y políticas implementadas para el “tercer mundo”. De esta manera, la participación social -como estrategia para solucionar los problemas de salud comunitaria e individual-, propuesta en estos programas, fue reducida al individuo o al microgrupo, colocando en ellos tanto los logros como los fracasos. Es decir que la antropología aplicada o “para el desarrollo” estuvo comprometida con la política del desarrollismo, cuyo objetivo era lograr que los pueblos con características culturales que los “atrasaban” (mayormente indígenas) pudieran superar esos obstáculos y “progresar”.

La asociación entre la disciplina antropológica y el pensamiento desarrollista que comenzó luego de la segunda guerra mundial y se acrecentó en la década de los 70, alejó a la antropología de la posibilidad de dar a conocer e integrar las experiencias subjetivas de salud de los individuos. La antropología quedó presa de la mirada occidental de la medicina, en su intento por legitimarse como ciencia al servicio del desarrollo. Esta mirada establecía que el cuerpo humano y la biología eran

universales y, por ende, el conocimiento biológico también. Es decir que la medicina podía explicar el funcionamiento de todos los cuerpos sin tener en cuenta el contexto histórico, económico, social y cultural-étnico en el que se encontraban. La biomedicina le daba carácter científico a la intervención médica. Sin embargo, desde la antropología médica norteamericana se realizaron aportes en tanto se incorporaron las diversas perspectivas de los actores con respecto a la salud y a la enfermedad. Sus referentes Byron Good (1995) y Arthur Kleinman (1988) realizaron estudios socio-antropológicos sobre medicina, enfermedades y enfermos observando la relación médico/paciente como una relación en la que confluyen y entran en tensión dos concepciones y conocimientos diferentes, por un lado el conocimiento biomédico de la enfermedad y por otro, el conocimiento del sujeto que percibe y experimenta su enfermedad. Utilizan el concepto de narrativas, que según Kleinman (1988), permitía captar la experiencia subjetiva del paciente y comprender su padecimiento, destacando la importancia crucial de los factores sociales y culturales en la interpretación de los síntomas (Margulies, 2008). A su vez, para Good (2003) las narrativas son centrales para comprender la experiencia de sentirse enfermo, no obstante, ésta siempre excede y desborda las posibilidades de su descripción o narrativización. Estos referentes de la antropología médica norteamericana fueron consolidando un campo que abrió diversas líneas de investigación.

1.3- CUANDO LA PARTICIPACIÓN DE LOS “OTROS” EN LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BAJA LOS COSTOS

Por otro lado, en los países en vías de desarrollo, durante los años 60 y principios de los 70, se realizaron, con el aporte de los estudios de antropología aplicada mencionados anteriormente, programas pioneros de salud comunitaria (caracterizados por postular como objetivos principales la participación local y el empoderamiento de la comunidad en la toma de decisiones sobre salud). Desde los organismos internacionales, se planteó que personas de la comunidad contratadas localmente podrían, con una formación limitada, ayudar a sus vecinos a afrontar la mayoría de los problemas comunes de salud. La educación sanitaria y la prevención de las enfermedades constituían el meollo de estas estrategias. En China, en el área rural, se desarrolló un proyecto denominado “médicos descalzos” que daba mayor importancia a la atención sanitaria rural que a la urbana, a los servicios preventivos que a los curativos y combinaba la medicina occidental con la tradicional a partir del trabajo de diversos agentes sanitarios que vivían en las comunidades rurales en las que servían (Cueto, 2004). Las iniciativas comunitarias también prosperaron en

Bangladesh, Costa Rica, Guatemala, India, México, Nicaragua, Filipinas, Sudáfrica y otros países. Lo que había empezado como experimentos sueltos y programas locales o nacionales de salud comunitaria adquirió una dimensión internacional creciente y una mayor autoridad a comienzos de los años 70. Algunas organizaciones no gubernamentales (ONGs) y organizaciones misioneras internacionales, en particular la Comisión Médica Cristiana, desempeñaron un papel importante al promover sobre el terreno los modelos basados en la comunidad y al difundir la información sobre su éxito (Litsios, 2002). A principios de la década del 70 se tenía cada vez más conciencia de que los enfoques tecnológicos de atención de salud no habían logrado mejorar significativamente la salud de la población en muchos países en desarrollo, mientras que se obtenían resultados positivos en entornos muy pobres mediante programas comunitarios.

En 1975, la OMS y el Fondo de la Naciones Unidas para la Infancia (United Nation Children's Fund /UNICEF) publicaron un informe⁴⁰ conjunto que examinaba métodos alternativos para satisfacer las necesidades de salud básicas en los países en desarrollo. El informe pone en relieve las deficiencias de los programas verticales contra las enfermedades que confiaban en el apoyo tecnológico y pasaban por alto a la propia comunidad. También recalca que factores sociales como la pobreza, la vivienda inadecuada y la falta de educación son las raíces reales subyacentes de las causas inmediatas de morbilidad de los países en desarrollo (Djukanovic y Mach, 1975). Esta tendencia tiene su punto cúlmine en la ya mencionada Conferencia de Alma Ata de 1978. Sin embargo, los años que siguieron a la conferencia de Alma Ata no fueron en general favorables para el progreso de la salud en las comunidades pobres y marginadas.

⁴⁰ Disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>. En el informe conjunto del Director general de la Organización Mundial de la Salud y del Director Ejecutivo del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia que se anexó a la Declaración, en el tercer apartado se refiere a los aspectos operativos de la atención primaria de la salud: "En el primer nivel de contacto entre el individuo y el sistema de asistencia sanitaria, la prestación de atención primaria de la salud está a cargo del personal sanitario de la comunidad, que trabaja en grupo (...) en diferentes sociedades, puede haber en ese personal individuos muy poco instruidos que han recibido una preparación elemental en asistencia sanitaria, "médicos descalzos", ayudantes de medicina, enfermeras prácticas, enfermeras con estudios profesionales, feldshers, y médicos generales, así como curanderos tradicionales" (Inciso 79, Personal sanitario de la comunidad, pág. 71). "Para muchos países en desarrollo, la manera más práctica de alcanzar una cobertura total de la población con servicios de asistencia sanitaria fundamental es utilizar trabajadores o agentes sanitarios de la comunidad, que se pueden preparar, en breve plazo, para el desempeño de tareas concretas. Se les puede encomendar diversas actividades o se pueden limitar sus funciones a un determinado aspecto de la asistencia sanitaria (...) en muchas sociedades es ventajoso que el personal de atención primaria pertenezca a la propia comunidad en que haya de vivir y sea elegido por ésta, ya que así cuenta con su apoyo. Cuando el personal procede de otras comunidades, es importante que se adapte socialmente a la forma de vida de la comunidad que ha de atender. Recibe una formación breve y sencilla para ponerlo en condiciones de realizar los tipos de actividades que respondan a la necesidades explícitas de la comunidad; esa preparación se puede ampliar gradualmente (...) como las funciones de ese personal son en gran medida de carácter educativo, es necesario que reciba la formación adecuada en esa esfera" (Inciso 80, Personal sanitario de la comunidad, pág. 71).

En 1985, en Bellagio, Italia, convocado por la Fundación Rockefeller, se realizó un congreso denominado Buena Salud a Bajo Costo (BSBC), en el que se analizaron los casos exitosos de países en desarrollo (Costa Rica, Sri Lanka y China) que habían obtenido resultados positivos de salud totalmente inusuales -medidos utilizando los indicadores esperanza de vida y mortalidad infantil-, a pesar de las condiciones económicas locales como el bajo producto bruto interno y los limitados gastos sanitarios *per capita*, en relación con países de ingresos altos (OMS, 2005). Evaluaron que el éxito se garantizaba cuando existía un compromiso histórico con la salud como meta social y una tradición de participación comunitaria democrática, además de equidad en la cobertura de servicios de salud y trabajo intersectorial, y plantearon que la acción intersectorial para la salud no logró "despegar" en muchos países en desarrollo por el precario sistema de medición y comprobación de los datos; concluyendo que eran pocos los países que poseían políticas de desarrollo orientadas hacia una asistencia social ampliamente compartida.

En 1992 se realiza por primera vez en la región de América Latina una conferencia internacional de promoción de la salud, en Santa Fe de Bogotá, Colombia. Allí se define que el desafío de la promoción de la salud en esta región consiste en transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como en trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo. En la conferencia se plantea que el papel que le corresponde a la Promoción de la Salud consiste no sólo en identificar los factores que favorecen la inequidad y proponer acciones para aliviar sus efectos, sino en actuar además como un agente de cambio que induzca transformaciones radicales en las actitudes y conductas de la población y sus dirigentes. Propone como estrategia impulsar la "cultura de la salud" modificando valores, creencias, actitudes y relaciones que permitan acceder tanto a la producción como al usufructo de bienes y oportunidades para facilitar opciones saludables. Es interesante observar que no se problematiza que este tipo de objetivos va a contramano de las propuestas de promoción de la salud en las cuales se plantea el respeto hacia los diversos saberes y prácticas de salud, reconociendo que hay otras formas de atención y creencias de salud que es importante escuchar, respetar y articular. Establece, a su vez, que de esta manera será posible la creación de ambientes sanos y la prolongación de una vida plena con el máximo desarrollo de las capacidades personales y sociales (Declaración de Santa Fe de Bogotá, 1992) sin

enfatar en los obstáculos político- económico y sociales que no permiten obtener los resultados planteados.⁴¹

En 1997, a once años de la Conferencia de Ottawa, se desarrolla la IV Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, y la Declaración de Jakarta, en Indonesia. Una de sus pretensiones fue reforzar la prioridad de la acción comunitaria definida en la Carta de Ottawa. A su vez, plantea que la promoción de la salud se trata de un proceso de capacitación de la gente para ejercer mayor control sobre su salud y mejorarla. Por medio de inversiones y de acción, la promoción de la salud obra sobre los factores determinantes para derivar el máximo beneficio posible para la población, hacer un aporte de importancia a la reducción de la inequidad en salud, garantizar el respeto de los derechos humanos y acumular capital social. La meta final es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias en ese sentido entre países y grupos (Declaración de Jakarta, 1997).

Estas discusiones sobre la promoción de la salud representaron y aún representan alternativas frente a lo que se denominó en el campo de la salud, modelo médico hegemónico (Menéndez 2004, 2006).

Sin embargo, sigue existiendo una ambigüedad en la manera de comprender la salud y en las propuestas para mejorar, conservar, prevenir y curar las enfermedades. Tanto en la declaración de de Santa Fe de Bogotá como en la de Jakarta, se hace referencia explícita a la necesidad de modificación de valores, actitudes, creencias, y la capacitación de la gente para controlar su salud. En este sentido, no hay una reflexión más profunda acerca de los valores y creencias culturales de los diversos grupos humanos, sino que sigue presente una lógica homogeneizadora/universalista negadora de la diversidad. A su vez, el énfasis en la promoción de la salud como política o maniobra reductora de las inequidades en salud, evita exponer las verdaderas causas de las desigualdades en salud (como la pobreza, el rol del mercado en el ámbito de la salud, los negocios económicos asociados a la prevalencia de enfermedades, etc.) y la decisión deliberada aunque solapada, de no acabar con ellas.

De esta manera, las estrategias sanitarias mencionadas forman parte programática de la política neoliberal. Situación similar ocurrió con los discursos sobre interculturalidad, que fueron y son planteados por organismos internacionales y que tienen como eje de intervención las diversas culturas. Las medidas interculturales son

⁴¹ Aquí nuevamente se pone el foco en las capacidades individuales y sociales, como actos voluntarios de cambio de comportamientos y hábitos que permitirían una vida saludable, perdiendo de vista o minimizando otros aspectos determinantes de la salud como la desigualdad social, la pobreza, y todas las inequidades en salud. Esta perspectiva podría incluso enmarcarse en el contexto de la new age, que propone que los individuos son los que pueden cambiar su situación a partir de un cambio en el flujo energético y a través de "la búsqueda de la transformación personal" (Carozzi, 1993:5).

presentadas como “soluciones” ante problemáticas que tienen raíces socio-históricas y económico-políticas. Ambas perspectivas eran presentadas como abordajes innovadores para resolver dichas problemáticas. Sin embargo, como pudo observarse, ninguna de las dos posee la capacidad para modificar los determinantes estructurales de los procesos de salud- enfermedad- atención de las poblaciones.

No es azaroso que la difusión mundial de la promoción de la salud a partir de los organismos internacionales haya sido en paralelo a la de los discursos sobre la interculturalidad y la revalorización de la diversidad cultural en el ámbito de la salud. Ambos comienzan en la década del 70 en un contexto de neoliberalismo incipiente y se consolidan en los años 1990 y 2000 en pleno auge de las políticas neoliberales.

El impulso que se le dio a la interculturalidad como respeto a diferencias antes invisibilizadas, junto a la conversión de los Pueblos Indígenas (PI) en sujetos de derecho internacional (Barsh 1994, Dandler 1994, Messer 1993), forma parte de procesos más amplios que, desde los 70, vienen instalando consenso hegemónico en torno de la legitimidad de las llamadas políticas de identidad, de la diferencia y/o de reconocimiento (Aronowitz 1992, Mercer 1992, West 1992, Wright 1998, en: Briones, 2002: 4-5).

Esto sólo ha servido, en palabras de Ramirez Hita (2010), para disfrazar las condiciones de desigualdad, como forma de dominación social desde el Estado, a través de un discurso apaciguador y reconocedor de las diferencias. Surge como estrategia para neutralizar el conflicto étnico entre sujetos y grupos diferentes: los homogeniza en un imaginario en el que no existe el conflicto social. Viaña (2008) plantea la interculturalidad como una concesión al orden dominante, en el que el concepto solo formula su discurso en un nivel de convivencia y respeto mutuo, equivalente a mantener y reforzar las desigualdades reales en las que se encuentran los grupos subalternos. El autor enfatiza que la visión actual de la interculturalidad es una posición ingenua y romántica y que lo que realmente hace falta cambiar es el propio sistema que concede y permite las desigualdades. El hecho de definir la interculturalidad desde el respeto, el diálogo y la tolerancia impide el avance de los procesos reales de igualación y transformación profunda. La llamada “interculturalidad no es más que una manera de reorganizar y profundizar en el mecanismo de inclusión subordinada que profundizan y refuerzan los múltiples mecanismos de dominación, pero poniendo en escena una simulación moderna que cumple la función política de apaciguar, desorientar, desorganizar y silenciar a los sujetos colectivos (movimientos sociales y movimiento indígena) que en más de una década en Latinoamérica no han parado de avanzar hacia una transformación profunda” (2008:331).

Por otra parte, la multiplicidad de discursos sobre promoción de la salud –que contemplan diferentes perspectivas y prácticas- se caracterizan por tener en cuenta los múltiples determinantes que inciden en las condiciones de salud -alimentación, trabajo, vivienda, educación, ambiente, cultura, etc. (Starfield, 2001). Según sanitaristas como Buss (2006), la intersectorialidad -entendida como el trabajo conjunto de diferentes sectores para la resolución de problemáticas sociales complejas-, la participación social y la valoración de los conocimientos populares constituyen sus pilares (Czeresnia y Machado de Freitas 2006). Estos pilares significan un cambio en la forma de entender la salud, que se traslada desde la ausencia de enfermedad y responsabilidad individual al terreno de los derechos, la responsabilización intersectorial y el respeto de la diversidad de conocimientos; el reconocimiento de la existencia de perspectivas y racionalidades particulares, que deben ser escuchadas, tenidas en cuenta, para la gestación y desarrollo de políticas de salud. Sin embargo, hay que diferenciar entre las definiciones teóricas propuestas y los programas e intervenciones que se realizan en nombre de ellas. Como referí anteriormente, en la actualidad hay una coexistencia de diversas definiciones de promoción de la salud y en paralelo también circulan diversos sentidos de interculturalidad, que son incorporados en los programas de promoción de la salud, muchas veces de manera tácita y poco clara.

La interculturalidad fue ocupando espacios, sobre todo durante los años 1990 y 2000, cuando adquiere relevancia en la agenda nacional e internacional el reconocimiento de derechos de los pueblos originarios y de la diversidad socio-cultural. Allí se produce un punto de inflexión en tanto el propio término y sus significados comienzan a ser objeto de disputa por parte de los pueblos originarios. Estos procesos se ven potenciados por el conocimiento producido y acumulado desde la antropología como disciplina, que hizo de la interculturalidad uno de sus ejes de reflexión realizando aportes teórico- prácticos en diversos ámbitos.

1.4- DEBATES SOBRE INTERCULTURALIDAD DESDE LA ANTROPOLOGÍA

Los primeros antropólogos de fines del siglo XIX y principios del siglo XX, delimitaron al otro cultural a partir de la observación de diferencias con respecto al nivel de progreso tecnológico alcanzado por poblados humanos. El parámetro occidental de sociedad determinaba el exotismo de los pueblos incipientemente descubiertos. La relación intercultural se planteaba en estos términos (condicionados por el pensamiento evolucionista dominante), entre la sociedad “civilizada”, portadora de una cultura superior y científicamente desarrollada, y los “otros exóticos”, pueblos

diferentes, atrasados/incivilizados, portadores de una cultura poco desarrollada. Desde esta perspectiva, antropólogos como Malinowski (1985), Evans-Pritchard (1976), Rivers (1924), entre otros, se preguntaban si aquellos pueblos lejanos y “arcaicos” desarrollaban algún tipo de conocimiento científico o si sólo elaboraron sistemas de creencias religiosas y mágicas para explicar los fenómenos de la vida cotidiana. A su vez, la salud quedaba contenida dentro de estas temáticas clasificadas como mágico-religiosas. Desde este paradigma y desde la perspectiva evolucionista, se pensó en el proceso de contacto entre “indios” (atrasados) y “blancos” (civilizados) como en un proceso de aculturación.

Hacia fines del siglo XIX, los antropólogos norteamericanos comenzaron a utilizar el término aculturación, para referirse a procesos de contacto de una vía de asimilación o sustitución cultural. El estudio de este proceso fue retomado por Redfield (1936) y otros antropólogos en la década del 30 (Barabas, 2006). Ellos definieron la aculturación como fenómenos que resultan cuando dos grupos que tienen culturas diferentes entran en contacto directo y continuo, con los subsiguientes cambios en la cultura de uno o ambos grupos. Esta definición estaba teñida de una visión evolucionista y unilineal de la historia, por lo que las relaciones entre diferentes culturas eran concebidas en términos de superioridad- inferioridad.

Recién a fines de la década de los 50, cuando se dejó de pensar en sistemas sociales en permanente equilibrio, se estudiaron además de los procesos de aculturación, procesos de rechazo cultural, de reculturación o nativismo, y de sincretismo o fusión cultural, que dieron cuenta de los conflictos y las recombinaciones o yuxtaposiciones de elementos culturales propios y ajenos apropiados, que llevaban a la creación de nuevas formas culturales. Si bien, se problematizó la perspectiva evolucionista y se incluyó en los análisis las situaciones de contacto conflictivo, todos estos conceptos compartían la idea de culturas como sistemas cerrados, homogéneos y sincrónicos.

Tamagno (2006) refiere que si bien el concepto de interculturalidad surge para repensar la visibilidad de diversidad cultural en contextos contemporáneos, el fenómeno de la diversidad ha sido objeto de reflexión desde los propios orígenes de la antropología estando presente en su desarrollo. Así el concepto de relativismo se opuso al evolucionismo al destacar el valor particular de cada propuesta cultural alterna. Sin embargo, el concepto de relativismo cultural mostró sus limitaciones y se hizo imprescindible analizar la relación entre diversidad y desigualdad a fin de superar el análisis culturalista. Barth (1969) en la década del 60 puso énfasis en los aspectos relacionales y organizacionales de la etnicidad; y trabajos posteriores profundizarían en el análisis de la configuración de la diversidad en el contexto de los estados

nacionales, en el marco de la estratificación en clases sociales y considerándola como expresión política de la diversidad. Desde la antropología, como he mencionado, se ha estudiado la diversidad cultural desde sus inicios, adquiriendo la definición de interculturalidad diversos sentidos, condicionados por la perspectiva teórico- política dominante.

Según Barabas (2006) estas dinámicas de contacto entre culturas es lo que hoy llamamos interculturalidad, que durante gran parte del siglo XX se definió como sincretismo, como yuxtaposición de elementos culturales provenientes de diferentes culturas, o como apropiación cultural y la construcción de nuevas unidades culturales.

En los años 60, como plantea Briones (2008), la diversidad planteada por la aparición de movimientos sociales (indianistas, feministas, Black Power, etc), empieza a verse como un problema a ser encarado para garantizar la gobernabilidad. Al interior de los países centrales surge una perspectiva teórica denominada multiculturalismo, como respuesta hegemónica a esos movimientos, operativizado mediante políticas específicas. Pero este modelo planteó que para que unos ganaran algo otros debían perder o resignar algo, por lo que instala conflictividad, y no sólo se etniciza como minorías a mayorías sino que eso podía llevar a evolucionar hacia un racismo cultural. Por ello, se proponen y realizan “medidas culturales” que no resuelven injusticias económicas y políticas (Briones, 2008). García Canclini (2004) considera que bajo concepciones multiculturales se admite la diversidad de culturas, subrayando su diferencia y proponiendo políticas relativistas de respeto, que a menudo refuerzan la segregación. En cambio, la interculturalidad remite a la confrontación y el entrelazamiento, a lo que sucede cuando los grupos entran en relaciones e intercambios. Ambos términos implican dos modos de producción de lo social: multiculturalidad, supone aceptación de lo heterogéneo; interculturalidad implica que los diferentes son lo que son en relaciones de negociación, conflicto y préstamos recíprocos. El autor retoma a Seyla Benhabib (2002) quien plantea que el énfasis teorista en la inconmensurabilidad cultural nos distrae de las muy sutiles negociaciones epistémicas y morales que ocurren entre culturas, dentro de las culturas, entre individuos y aún dentro de los individuos mismos al tratar con la discrepancia, la ambigüedad, la discordancia y el conflicto. El autor refiere que para entender a cada grupo hay que describir cómo se apropia de los productos materiales y simbólicos ajenos, y cómo los reinterpreta. García Canclini (2004), en tanto, afirma que tampoco se trata de pasar de la diferencia a las fusiones, como si las diferencias dejaran de importar. Se trata de complejizar el espectro. Comprender que al relacionarnos unos con otros aprendemos a ser interculturales implica una concepción procesual y cambiante de la cultura, que se vuelve evidente cuando estudiamos

sociedades diversas, en las que se observa circulación de bienes y mensajes, que comunican significados, que son *recibidos*, reprocesados o recodificados. Es necesario relacionar el análisis intercultural con las relaciones de poder para identificar quiénes disponen de mayor fuerza para modificar la significación de los objetos, por lo que decir que la cultura es una instancia simbólica, donde cada grupo organiza su identidad, es decir muy poco en las actuales condiciones de comunicación globalizada. Hay que estudiar la complejidad que asumen las formas de interacción y de rechazo, de aprecio, discriminación u hostilidad hacia otros, en situaciones de confrontación. El autor sostiene que para analizar las relaciones interculturales es importante ver la cultura o lo cultural no como esencia o algo que porta en sí un grupo, sino como el subconjunto de diferencias que fueron seleccionadas y movilizadas con el objetivo de articular las fronteras de la diferencia.

Todo este corpus en torno a la interculturalidad que, a su vez, expresa una amplia diversidad de encuadres y líneas teóricas, ha tenido cierta incidencia en diversos campos interrelacionados como el educativo, sanitario, político y económico. La intersección entre las perspectivas intercultural-antropológica y las políticas de salud dieron como resultado la antropología aplicada, que fue funcional al modelo desarrollista y promovió proyectos de salud comunitaria en comunidades indígenas mencionados anteriormente. La interculturalidad tenía por finalidad no la asimilación forzada, sino lograr ciertos cambios en sus costumbres y hábitos para mejorar su calidad de vida y salud, proponía “modernizarse” e “integrarse”.

En los años 70, con los procesos de descolonización, se planteó que la relación entre diversos grupos socio-culturales era siempre conflictiva, pues estaba inmersa en un contexto de relaciones de poder desiguales. En este caso la interculturalidad fue entendida como una relación desigual, cuyas consecuencias habían sido la asimilación cultural, la aculturación y la resistencia cultural.

A partir de 1980, la cultura comienza a verse como un valor, un recurso para el desarrollo, un derecho inalienable. La diferencia cultural se piensa como un capital social permanente. Es posible observar, como señala Briones (2008), que la diversidad cultural pasó por un proceso de ser considerada como problema a ser considerada un valor, un recurso, un capital y un derecho a ser reclamado.

Briones (2008) remarca que prevalece la idea de que la diversidad cultural tiene una entidad objetiva y la interculturalidad consistiría en dar cabida selectiva en espacios públicos a las diferencias culturales. La interculturalidad sería una concesión que sólo algunos merecerían. Propone, retomando a Canclini (2004), entender la cultura/lo cultural como dimensión constructiva, constitutiva y creadora de todos los aspectos de la vida, contingente, comunicable y porosa, un campo de disputa

hegemónica al interior y entre los grupos que organizan su identidad en torno a diferencias culturales. Briones plantea asumir que estamos interculturalmente constituidos y que las adscripciones culturales no son un factor externo que colisiona con nuestra ciudadanía, sino que es una dimensión inherente a ella como la civil, la política y la social. Hablar de dimensiones inherentes a la ciudadanía, más que de tipos de ciudadanía, desmitificaría la idea de que sólo algunos, los diferentes, tienen cultura. Las fronteras de la diferencia cultural son efecto de procesos de interacción, confrontación y negociación que administran lo que consideran universalmente compartido, así como lo innegociable e inadmisibles. Por ello, propone la interculturalidad como un horizonte de significación. Debido a que la interculturalidad supone diversidad cultural que es producto de construcciones sociales e históricas que realizan las sociedades (que determinan los límites y alcances de sus culturas), es una idea política que opera como utopía, que nos mueve a actuar, que pone en relación los horizontes de significación de cada sociedad, donde las condiciones siempre pueden ser mejores. En el mismo sentido, Benhabib (2006) refiere que las culturas humanas deben considerarse como constantes creaciones, recreaciones y negociaciones de fronteras imaginarias entre “nosotros” y el/los “otro/s”.

La interculturalidad que conceptualiza Briones (2008) tiene en cuenta que los valores pueden cambiar con el tiempo, por lo que este ejercicio deviene en emancipador, no porque anule el conflicto sino porque permite intercambiar diferentes maneras de ver las cosas y generar nuevos lenguajes y símbolos para hablar de lo que nos acerca y de lo que nos aleja. Por eso propone que sería mejor hablar de discrepancias culturales (en vez de diferencias) como posibilidad de transformar lo que pensamos. Sin embargo, desde los organismos internacionales y los diferentes niveles de estatalidad se incorporaron perspectivas teóricas con las que se fundamentaron medidas, acciones, recomendaciones y proyectos contrapuestos a esta concepción de interculturalidad.

En este sentido, el multiculturalismo se convirtió en un paraguas ideológico en un contexto geopolítico paradójico, en tanto planteó el reconocimiento de derechos culturales que corrió parejo a la diseminación de políticas neoliberales que retraían los derechos sociales y económicos de amplios contingentes de población mundial (Briones, 2008.). Según la autora, los organismos internacionales y agencias multilaterales (Banco Mundial- BM, Banco Interamericano de Desarrollo- BID, entre otros), que controlaban a países deudores, les exigían que redujeran sus gastos pero simultáneamente los presionaban a contraer créditos para “ayudar” y “promover” a sus poblaciones vulnerables. Muchos de sus destinatarios no casualmente serían pueblos indígenas; y sus resultados, diversos y en algunos casos contrarios a sus objetivos

participativos. Un documento elaborado por una ONG inglesa sobre la relación entre los pueblos indígenas y el Banco Mundial planteó los problemas existentes en la aplicación de las normas de participación del Banco Mundial en sus proyectos y programas. Según el informe, los Pueblos Indígenas todavía experimentan la mayoría de ellos como intervenciones verticales dirigidas por gobiernos y extraños. A menudo las comunidades afectadas o “enfocadas” no han solicitado estos proyectos, y no se reconoce su derecho a rechazarlos o modificar significativamente su diseño, objetivos y presupuesto, es decir que no se brinda la opción no-proyecto (Griffiths, 2005). Sin embargo, los pueblos indígenas han llevado adelante diversas experiencias y formas de agencia, que fueron potenciando su capacidad de negociación. Si bien en cada país y región, como refiere Briones (2008), se han ido procesando agendas multilateralmente fijadas para la gestión de la diversidad, es a partir de las trayectorias propias de inserción en el sistema mundo que fueron posibles diferentes márgenes de maniobra para oponerse a presiones globales.

1.5- MULTICULTURALISMO, PLURALISMO CULTURAL, INTERCULTURALIDAD ¿NO TAN DISTINTOS?

Según Restrepo (2008), el multiculturalismo se refiere al conjunto de medidas o debates articulados explícitamente sobre la diferencia cultural en un marco jurídico-político determinado. Parekh Bhikhu (2004) considera que el movimiento multicultural apareció en los años 70 en Canadá y Australia, y más tarde en EE.UU., Inglaterra, Alemania y Francia. Por su lado, Azurmendi (2002) dice que el término lo acuñó el gobierno anglófono canadiense para referirse a una nueva política, a fines de los años 60, que tuviera en cuenta las tres entidades sociales de la Federación: la anglófona, la francófona y la aborígen, siendo los anglófonos la mayoría étnica y las otras minorías. Aunque este tratamiento no satisfizo ni a los francófonos ni a los aborígenes, más tarde la política multicultural se amplió hasta abarcar a los inmigrantes, también considerados minorías étnicas, y el concepto hizo referencia a las variadas ciudadanía segmentadas por cultura, lengua e historia, que se hallan dentro de un estado democrático.

Desde otro marco teórico- ideológico, Kymlicka (1996) también referente en el estudio de esta temática, definió el multiculturalismo como diferentes formas de pluralismo cultural, que sería el resultado/producto de la colonización de un Estado sobre pueblos originarios o de la migración de grupos culturalmente distintos al ámbito que los recibe. Este autor, que proponía conciliar el liberalismo mediante la compatibilidad de la igualdad a ultranza con el derecho a la diferencia, fue criticado por

Parekh (2000), quien planteaba que ninguna doctrina o ideología política, sea o no occidental, puede representar la totalidad completa de la existencia humana, por lo que no era posible plantear la universalización de los valores liberales. Bartolomé (2009) propone que un nivel de diferencia entre los conceptos de pluralismo y de multiculturalismo radica en que con frecuencia el segundo es utilizado para nombrar las configuraciones multiculturales considerándolas un problema a enfrentar o resolver, en tanto que el pluralismo las entiende como un punto de partida necesario para pensar esa misma realidad.

Barabas (2006) considera que el uso actual de multiculturalismo como espacio de convivencia entre distintos grupos culturales no difiere de lo que en antropología llamamos pluralismo cultural desde hace décadas. El concepto de multiculturalismo encontró sus raíces y soportes teóricos en la antropología, a partir del concepto de cultura y relativismo cultural. Sin embargo, el concepto de cultura que manejó el multiculturalismo era estático, ya que la concebía como invariable, y esta concepción aunada a la del relativismo dio origen a una noción dominante de multiculturalismo que desvalorizaba los denominadores interculturales dinámicos (Barabas, *ibid.*).

Según la autora a diferencia del multiculturalismo, el pluralismo cultural tiene menos carga histórica e ideológica. Por eso prefiere el uso del concepto pluralismo cultural, para referirse al mero contacto entre culturas diversas como a la ideología social y política de reconocimiento y respeto a la diversidad cultural, vinculadas con las políticas de derechos humanos de los pueblos autóctonos y las minorías. A su vez, expresa que la interculturalidad designa la dinámica de las relaciones en el contexto de la diversidad cultural. Los términos intercultural e interculturalidad presentan diferentes significados. Poseen una acepción como contacto entre culturas diferentes, y otras como: contacto de hecho, un nuevo espacio cultural, una ideología, un método, como dinámica de las relaciones entre diferentes culturas en un contexto pluricultural, etc. Para la autora, el tema no es nuevo, sino que representa sólo el cambio de terminologías, ideologías y situaciones contextuales. La interculturalidad es la dinámica y característica del contacto en esta época, que no es asimilacionista sino pluralista, en la que las culturas diferentes “no se ven forzadas a adoptar los patrones y pautas de la cultura mayoritaria” (*ibid.*). Supone respeto por las culturas diferentes, tolerancia, convivencia y comunicación intercultural sobre la base de la igualdad, para propiciar el diálogo entre culturas. Según la autora, la interculturalidad y el pluralismo en el presente resultan utopías, realidades sin o con escasa concreción actual pero pueden pensarse como dimensiones de lo posible, como retos a la transformación de ideologías y prácticas en el futuro.

Segato (1997) recuerda que el pluralismo cultural surgió como crítica al modelo de “melting pot” acuñado por Israel Zangwill (1908) que enfatizaba la disolución de la diversidad en un producto único. Horace Kallen en 1915 propone la concepción de “pluralismo cultural” usando el modelo de la orquesta sinfónica como analogía, donde cada instrumento era un grupo distintivo trasplantado del viejo mundo, haciendo música en armonía con los otros grupos (*ibid.*). Este movimiento de resistencia a la asimilación obtuvo apoyo de los intelectuales liberales de la época y acabó por constituirse en el mapa dominante de la composición social norteamericana. Actualmente no es ni una guía de las líneas a lo largo de las cuales se da la interacción y convergencia genealógica, sino que es una prescripción implícita para los principios de acuerdo con los cuales los norteamericanos deben mantener comunidades.

Tamagno (2006) propone pensar el término interculturalidad alejándose de toda mirada culturalista y esencialista con el fin de apreciar la diversidad que atraviesa y constituye a los sujetos. Es imprescindible cuando se analizan los sentidos del término interculturalidad no olvidar las críticas que merecieron tanto el culturalismo, por interpretar las culturas como cerradas en sus particularidades, como el multiculturalismo, término que aparece acompañando al de globalización con el objetivo de interpretar las presencias de las minorías étnicas en los contextos nacionales, sin superar la idea de sumatoria de diversidades o mosaico cultural. La autora llama la atención sobre el peligro de interpretar la presencia de los pueblos indígenas como emergencias, como algo novedoso, como fenómenos nuevos enmarcados en otro fenómeno supuestamente nuevo que es la globalización porque ello implica deshistorizarlos y negarles así el estatus de sujetos sociales, cuyas actuales presencias son el producto de transformaciones en la continuidad, dado que los pueblos estuvieron siempre presentes aunque sus presencias a lo largo de la historia hayan sido ocultadas sistemáticamente por la historia oficial.

Restrepo (2008) distingue una serie de categorías que tienden a superponerse: multiculturalidad, multiculturalismo e interculturalidad. El autor refiere que la multiculturalidad hace referencia a un hecho histórico y social, mientras que multiculturalismo se refiere a uno jurídico y político. Él entiende multiculturalidad como la confluencia en un lugar y tiempo determinados de conglomerados sociales con expresiones culturales diversas. Y por ‘expresiones culturales diversas’ no entiende aquí una noción de cultura como una entidad discreta, auto-contenida y homogénea que necesariamente compartirían todos y cada uno de los miembros de tal cultura y que se opondría a otras entidades como mundos de significación y existencia inconmensurables. ‘Expresiones culturales diversas’ se refiere a las modalidades de

hacer y de imaginar que aparecen como heterogéneas en el seno de un conglomerado social dado, pero que no suponen fronteras reificadas e insalvables. Desde la definición propuesta, multiculturales han sido y son el grueso de las sociedades en el mundo. El multiculturalismo es un hecho jurídico-político en nombre de la diferencia cultural. Una de las expresiones del multiculturalismo son las políticas de Estado. Pero también se pueden encontrar políticas multiculturales en entidades supraestatales (como la ONU o el Banco Mundial) o infraestatales (como las agenciadas por las ONGs). Pueden distinguirse diferentes multiculturalismos como indica Stuart Hall (2000), desde multiculturalismos liberales o neoliberales hasta multiculturalismos corporativistas o radicales. En los multiculturalismos liberales y neoliberales se da por sentado el mercado como regulador social, el individuo-ciudadano como el átomo constituyente del cuerpo político y la distinción fundante de lo político entre lo público y lo privado. Los multiculturalismos corporativistas o radicales, por su parte, suponen entidades colectivas definidas culturalmente como fuentes de derechos en un marco compartido con otras entidades de la misma naturaleza, o como el punto de fragmentación y disputa de ese marco que es denunciado como reglas de juego impuestas desde un particularismo cultural, que no se imagina como tal sino como encarnación de lo universal. El autor refiere que no hay una necesaria correspondencia entre multiculturalismo y un régimen político determinado, más aún, que es necesario examinar los multiculturalismos etnográficamente en sus materializaciones concretas, ya que a menudo son una amalgama (a veces contradictoria) de las más disímiles posiciones y medidas que impactan diferencialmente a los conglomerados sociales y las subjetividades. Finalmente, el autor argumenta que interculturalidad es una categoría que ha ido tomando fuerza en un sentido de contraponerse al multiculturalismo y que aunque existen muchos autores que la trabajan como sinónimo de multiculturalismo, otros, como Catherine Walsh y Walter Dignolo, desde una perspectiva decolonial, hablan de interculturalidad como un proyecto que no supondría incorporar o subsumir la diferencia cultural en un marco normativo y de conocimiento que se supone universal, sino como un proyecto donde la diferencia colonial —como ellos la denominan— cuestionaría como eurocéntrico el orden establecido (Restrepo, 2008).

En este punto se pone en evidencia que la discusión subyacente de los diversos multiculturalismos o de la interculturalidad es cómo se entiende en términos políticos la relación entre lo particular y lo universal. Restrepo afirma que en el océano de literatura que ha circulado en las dos últimas décadas, se encuentran dos conjuntos de posiciones contrapuestas: uno que privilegia el polo de lo universal como condición de posibilidad de cualquier orden político (incluso de la propia existencia y

reproducción de los particularismos); otro que enfatiza los particularismos rechazando cualquier apelación a lo universal como un particularismo disfrazado. Más cerca del primer polo hay posiciones derivadas del modelo habermasiano de la acción comunicativa, en la segunda posición se encuentran planteamientos como los de Walter Mignolo, de pluri-versalidad como alternativa a la universalidad (*Ibid.*).

1.6- LAS POLÍTICAS INTERCULTURALES/ MULTICULTURALES: ACOMPAÑANDO EL CAPITAL

Segato (1997) llama la atención sobre la canalización de la formación de identidades globales, así como los aspectos perversos de una política de identidades que responde a una agenda global más fiel a cuestiones nacionales internas de los países centrales que a problemáticas e idiomas políticos locales. Por ello propone distinguir entre nuevas identidades políticas por un lado y, por el otro, las formas tradicionales de alteridad con sus culturas asociadas que surgieron de su convivencia histórica en una determinada escena nacional. Son alteridades históricas las que se fueron formando a lo largo de las historias nacionales, son “otros” resultantes de formas de subjetivación a partir de interacciones a través de fronteras históricas interiores, inicialmente en el mundo colonial y luego en el contexto demarcado por los estados nacionales. La autora retoma el análisis que hace Bhabha de Fanon, donde la alteridad histórica es, más que un conjunto de contenidos estables, una forma de relación, una modalidad peculiar de ser-para-otro en el espacio delimitado de la nación donde estas relaciones se dieron, bajo la interpelación de un Estado. Bhabha dice que no hay que confundir la diferencia emergente de la interlocución (hibridez que se dio entre nativos y administradores imperiales en África o la que se dio dentro del ámbito nacional en el caso de las Américas) con la “diversidad cultural”, concepto mecánico y objetivador que da origen a nociones liberales y anodinas de multiculturalismo, intercambio cultural o cultura de la humanidad. La diversidad cultural es también la representación de una retórica radical de la separación de culturas totalizadas que viven incontaminadas por la intertextualidad de sus localizaciones históricas (Bhabha, 1994 en: Segato, 1997). Las identidades políticas transnacionales son producto de la globalización por dos caminos: 1) pueblos que estuvieron siempre constituidos y bastante aislados y que inscriben su presencia con el perfil definido, como solicitantes de derechos y legislaciones específicas, en un proceso de adquisición de visibilidad en términos étnicos o de minorías que puede ser llamado etnogénesis (como los quilombos o comunidades de negros cimarrones en Brasil). Ellos han sido empujados a visibilizarse, etnicizarse y racializarse en términos que les son novedosos; 2) segmentos de población con características raciales o tradiciones diferenciadas que

han existido históricamente pero cuya etnicidad pasa ahora a obedecer las pautas de un guión fijo introducido por el proceso de globalización (es el caso de descendientes de africanos en Brasil y diversas formas de construcción de la etnicidad indígena en el Nuevo Mundo). No es la adquisición de conciencia sino de la substitución de una forma de ser otro, de constituir alteridad por un estatuto de identidad con referencia a patrones fijos donde se rechaza o niega la hibridez constitutiva de subjetivarse como otro en relación. Ocurre una reducción, un achatamiento de las formas de ser diverso, o, lo que es más grave, una homogenización mundial de las maneras de constituirse en diferencia, en identidad. En los términos de Benhabib (2006), podrían entenderse como el tratamiento de las culturas como insignias de identidad grupal, postura que tiende a fetichizarlas. Se introduce una artificialidad y superficialidad de lo étnico, “un multiculturalismo anodino y liberal” que se transforma en puramente emblemático, “etnicidad emblemática” constituida por signos diacríticos de una supuesta diferencia.

Segato (1997) plantea la importancia de observar estos procesos como parte de la substitución de economías locales por globales, bajo el régimen de la equivalencia general, donde las identidades son programadas, producidas en escala mundial y difundidas mediáticamente tomando el lugar de las formas históricas de “ser otro”.

Por otro lado, autores como Ibáñez Caselli (2005), que trabajan con las concepciones de interculturalidad, sobre todo en el ámbito de la educación, refieren que existen como mínimo dos posturas antagónicas en torno a la interculturalidad: como dialogo respetuoso y equilibrado entre culturas, se opone a la posición integracionista y apuesta por la posibilidad de reforzar la autonomía cultural (Moya, 1995 en: Tamagno, 2006) y como “invitación al reconocimiento de la diversidad cultural y a tener una relación de respeto mutuo (...) una forma modernizada de continuar asimilando culturalmente a los Pueblos Originarios dentro de la llamada cultura nacional” (CMN, 1997 citado por Díaz, 1998 en: Ibáñez Caselli, 2005). Estas dos posturas conviven y están en tensión.

Ibáñez Caselli (2005) ubica como momento fundamental para la legitimación de la interculturalidad, la Reunión Gubernamental de los Países de América Latina y el Caribe de 1981. En ese evento el concepto se presenta como una propuesta ética y políticamente superadora frente al fracaso de las políticas integracionistas y asimilacionistas no exentas de subestimación y paternalismo, como de aquellas fundadas en el multiculturalismo entendido como un mosaico de culturas respetables en sus particularismos. En nuestro país el término se incluye en la Constitución Nacional a partir de su reforma en el año 1994.

Algunos aspectos resaltados por Tamagno (2006), imprescindibles al abordar la temática de la interculturalidad, se relacionan con superar los estereotipos existentes a partir de reconocer que se puede ser indígena de muchas maneras. Se trata de no pensar ni suponer a los pueblos originarios como aislados ya que nunca lo estuvieron y tampoco lo están y comprender que aquellos que se reconocen como indígenas sintetizan de un modo particular y desde una perspectiva muy particular la historia de la gestación, afianzamiento, desarrollo y crisis de la sociedad nacional de la que todos formamos parte. Se trata de reconocer que los indígenas comparten con nosotros un mismo tiempo, no son la expresión del pasado en el presente. Son el presente que nos remite necesariamente al pasado para revisarlo y son quienes decidirán junto a nosotros el futuro; las tensiones y los conflictos que puede generar la diversidad no deben ser pensados como obstáculos ni como el peligro que atenta contra la supuesta homogeneidad del Estado Nación; pensar la resolución del conflicto como el camino hacia la justicia y cuando la diversidad aparece asociada a la pobreza, dirigir la lucha a las causas de la misma y no contra los pobres o los que portan la distintividad. La autora afirma que no se debe olvidar que la experiencia de sometimiento de los pueblos indígenas a través de la conquista y la colonización se ha proyectado hasta nuestros días y está en su memoria. Se debe asumir que en la violenta historia de nuestra sociedad, la guerra contra los pueblos indígenas fue el primer etnocidio y la acción civilizatoria el primer gran etnocidio. Es importante tener presente que los grupos indígenas con los que trabajamos conllevan una historia reciente, y que quienes lucharon y fueron derrotados fueron sus bisabuelos. Las generaciones actuales son las que aún guardan en la memoria el relato, a veces mitificado por el dolor, de estos acontecimientos. La interculturalidad según la autora no es más que la idea de pluralidad cultural que se opone a la idea de crisol de razas, a la visión integracionista y la concepción homogénea de cultura y se funda en un diálogo entre tradiciones y configuraciones culturales.

En el contexto sudamericano, es importante a la hora de investigar la temática de la interculturalidad tener en cuenta, tal como refiere Briones (2002), que para el sentido común las adscripciones según “etnicidad” o “raza” dependen de cualidades grupales inherentes. La autora considera que el “mestizaje”, el “blanqueamiento”, el “acriollamiento” han operado como teorías sociales que —asignando porosidad selectiva a los factores “biológicos” y/o “culturales” atribuidos a cada colectivo— han procurado fundir los perfiles y cumplir con la utopía decimonónica de una ciudadanía homogénea, sea que esa utopía estuviera basada en el mito-motor de la “nación mestiza” que ha sido propio de muchos países latinoamericanos, que resaltara las inmaculadas bondades de una “nación de basamento ultramarino”, nación

supuestamente europea y mayoritariamente blanca como en Argentina. Es el no-reconocimiento de la contingencia de una “cultura particular” que devino “nacional” lo que la actual política de identidad indígena trata de cuestionar y modificar, aunque a veces a costa de esencializar ciertas diferencias culturales como parámetro de su aboriginalidad. En muchos países centrales nor-atlánticos, el multiculturalismo se ha convertido desde hace unas décadas en política de Estado para contener reclamos de respeto a la diferencia. Se tiende a discutir la interculturalidad como un arreglo que remitiría a una lógica universal de reconocimiento. En los hechos, ese arreglo viene prevalentemente pensado desde una idea de multiculturalismo gestada en países centrales que tiende además a globalizarse. Sin embargo, son más los riesgos que los beneficios al pensar la interculturalidad como dinámica de convivencia en abstracto. Se tiende por tanto a prescribir soluciones que buscan dar cabida a peculiaridades indígenas *per se*, pero que no toman en cuenta de qué manera tradiciones selectivas en el nivel de cada provincia generan representaciones y campos de negociación con tensiones propias. En este sentido, las provincias —o su equivalente político-administrativo en otros países— constituyen niveles de estatalidad y comunalización que disputan la inserción del colectivo “provincianos de X” en el de “nacionales”, a partir de estilos locales de construcción de hegemonía cultural que, para promover una identidad local con perfiles distintivos, se suman y distancian selectivamente de matrices de diversidad promovidas en el nivel federal.

Otro eje de la interculturalidad es la demanda en torno al respeto y reconocimiento de la diferencias antes invisibilizadas. Dicho respeto se ha materializado en letra jurídica. La Convención 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) aprobada en 1989 es un documento basado en la interpelación a los gobiernos, a quienes se indica las responsabilidades por asumir ante sus pueblos indígenas y tribales. En Argentina, el Congreso adoptó esta convención mediante la Ley Nacional 24.071 de 1992. Sin embargo, recién en julio de 2000 el Poder Ejecutivo depositó el instrumento de ratificación ante la OIT, por lo que el Convenio ha entrado en vigor en el país a partir del 3 de julio de 2001.

A principios de 1997, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) de la Organización de Estados Americanos (OEA) aprobó el “Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas” (DA). Sin embargo, para Briones (2002) estos escritos más que garantizar a los pueblos indígenas el acceso en igualdad de condiciones a todos los niveles de educación estatal disponibles, se pone el énfasis en que los sistemas indígenas garanticen la igualdad de oportunidades para la población en general.

En este sentido, es posible relacionar esta situación con las políticas de reconocimiento llevadas a cabo en países nor-atlánticos, en que las mismas responden a marcos teóricos diversos, que presentan dos problemas: por un lado tienen una tendencia común a uniformar —ergo, a des-historizar— las diferencias; por otro, se vincula con una cierta ingenuidad geopolítica. Prima una especie de establecimiento de cadenas de equivalencias que llevan a buscar soluciones generales para grupos cuyos procesos de formación remiten a trayectorias diferentes, y cuyas pertenencias consecuentemente plantean diversos desafíos en términos de reconocimiento. Al procurar definiciones abstractas universales de la etnicidad, se dejan de identificar procesos históricos y contextos productores de formas variables de etnicidad o, dicho de otro modo, prácticas variadas de etnicización y racialización de colectivos que aparejan formas *sui generis* de desigualdad (Briones 1998a, Lenton 1999, en: Briones, 2002). Según las autoras, es importante identificar que hay cuestiones de geopolítica que atraviesan discusiones que la academia plantea demasiado en abstracto o de manera poco encarnada; porque se tocan situaciones en las que los estados tienen responsabilidades e intereses económicos y políticos muy concretos, de puertas adentro y de puertas afuera, por lo que las políticas de reconocimiento no son meramente una cuestión de tensiones lógicas entre universalismo y particularismo sino, más bien, son una solución de compromiso entre retóricas democráticas figuradas.

La filósofa Seyla Benhabib (2006) plantea la importancia de las reflexiones elaboradas por Segato (1998) acerca de desconfiar de una importación de modelos académicos y análisis generados en los países centrales que, por un lado, fuerzan a las alteridades históricas locales a incorporarse a patrones de conflictividad que desconocen trayectorias locales y, por el otro, persuaden a académicos de círculos dependientes a adoptar recetas explicativas emanadas de y para otros contextos, generando intervenciones teóricas y prácticas que desconocen realidades particulares.

Zizek (1998) sostiene que en el capitalismo global opera una lógica multicultural que ha sido ampliamente difundida que incorpora la diferencia mientras que la neutraliza y la vacía de su significado efectivo. El reconocimiento y respeto a la diversidad cultural se convierten en un componente central en el capitalismo global o como lo denomina Quijano (1999) su “otra cara”, que ofusca y mantiene la diferencia colonial a través de la retórica discursiva del multiculturalismo y su herramienta conceptual de la interculturalidad entendida de manera integracionista, cuyo sentido no apunta a la creación de sociedades más igualitarias sino al control del conflicto social, con el fin de impulsar los imperativos económicos del modelo de acumulación capitalista.

Zizek (2001) intenta identificar las transformaciones en las formas de construcción de hegemonía y generación de consensos que han ido de la mano de hacer del multiculturalismo uno de los valores rectores y compartidos del capitalismo tardío. Opera como una negación de la negación que lleva a etnicizar lo nacional vis-à-vis un mercado globalizado y empresas globales des-nacionalizadas. Mediante mensajes que promueven la tolerancia explícita de “otros folclóricos”, pero ejercen tolerancia represiva sobre “otros reales” acusados de fundamentalistas desde una posición global ficcionalmente vacía. Habilitada para respetar culturas locales, esta posición “deferente” mantiene el lugar de privilegio que permite “apreciar” y “despremiar” culturas particulares, incluyendo en esto ciertas “culturas nacionales”. La construcción de la interculturalidad como relación que promueve la integración social en sociedades multiculturales está guiada por fines capitalistas. El universalismo multiculturalista sigue siendo eurocéntrico, donde las formas culturales particulares operan como pantalla que oculta el anonimato universal del capital (Zizek 2001: 175 en: Briones, 2002).

En el contexto Latinoamericano, Quijano (1999) señala que las diferencias étnico-culturales no son naturales ni parten de la etnicidad en sí, sino que son fenómenos contruidos y reproducidos como parte de una subjetividad y locus de enunciación definidos por la experiencia de colonización y subalterización social, política y cultural, tanto del pasado como del presente. A su vez, esta diferencia colonial según Mignolo (2000) rara vez es asumida en los debates sobre interculturalidad. El autor refiere que las discusiones y debates plantean la diversidad cultural, la relación y el conflicto étnico como algo que se puede superar con mejores procesos y prácticas de comunicación, como resultado de la voluntad personal y no como un problema enraizado en las relaciones de poder. El paradigma de la interculturalidad no puede ser pensado sin considerar las estrategias políticas contextualizadas, como tampoco sin asociarlo a las políticas culturales de identidad y subjetividad. Si bien la interculturalidad puede ser vista como un avance y logro del movimiento indígena también es parte de una estrategia neoliberal-multiculturalista que atraviesa diversos campos disciplinares, entre ellos la antropología.

1.7- INTERCULTURALIDAD Y SALUD

Los trabajos generados en las últimas décadas en diversos campos disciplinarios dedicados a la temática de la interculturalidad en el campo de la salud, coinciden en general en marcar el eje de la misma en la incomunicación y el desentendimiento entre dos formas diferentes de atención de la salud. Ramirez Hita

(2010) realiza una clasificación⁴² sobre los trabajos dedicados a la temática de salud e interculturalidad, que retomo y amplió a partir de la incorporación de otros estudios. La autora señala: un primer grupo de trabajos elaborados dentro del marco institucional y gubernamental, otro segundo grupo constituido por documentos elaborados por agencias de desarrollo y un tercer grupo conformado por trabajos socio-antropológicos. En el segundo grupo ubica una serie de trabajos que presentan una postura optimista con respecto a los proyectos de salud intercultural que se han materializado. Enfatizan la participación de los actores sociales pero los proyectos de desarrollo se gestan fuera de las comunidades. Ponen todo el énfasis de la salud intercultural en la “cultura”, a partir de identificar prácticas, hábitos y conductas “nativas” que puedan favorecer u obstaculizar la atención de la salud. Algunos de los proyectos presentan similitudes con experiencias desarrolladas en los años 1930 referidos anteriormente en este capítulo. Se enfocan en las características culturales de los grupos destinatarios de los proyectos con el fin de mejorar la salud, sin analizar ningún otro aspecto. La mayoría de estos trabajos están basados en las diferencias culturales y no en las desigualdades sociales y muchos son evaluados mediante los RAP (*Rapid Assessment Procedures*) basados en criterios de mercado: máxima producción al mínimo costo.

1.7.1- LA SALUD INTERCULTURAL COMO CUESTIÓN DE COMUNICACIÓN, DIALOGO Y CAPACITACIÓN

Si bien Ramírez Hita (2010) coloca los siguientes trabajos en el segundo grupo de su clasificación, considero que casi todos los trabajos citados a continuación constituyen estudios socio-antropológicos a pesar de las fuentes de su financiamiento y sus objetivos políticos. La mayoría hacen referencia a la interculturalidad como un tema no necesariamente conflictivo, relacionado con la comunicación, el diálogo, la capacitación o formación en interculturalidad y la complementariedad entre medicinas o sistemas biomédico y tradicional. En este grupo se ubican los siguientes autores: Dibbits y Boer (2002); Campos y Citarella, (2004); Campos (2004); Flores Martos (2004); Citarella, Benavide, Huisca y Millapán (2004), Baixeras (2006); Fuertes y Pérez (2007); Royder y Angeloni (2007)

Los estudios/investigaciones sobre salud intercultural financiados o apoyados por agencias internacionales en Argentina son escasos, entre ellos existe uno

⁴² Cabe aclarar que su trabajo está inscripto en el contexto de Bolivia. Esta clasificación según explicitación de la autora no intenta ser una revisión exhaustiva de las producciones acerca de la salud intercultural, sino que retoma aquellas que se referencian en Bolivia y otros trabajos externos que permiten ampliar el análisis de la problemática intercultural en el contexto boliviano, foco de políticas de salud intercultural.

realizado por Larguía y otros (2012) quienes escribieron un documento (manual) sobre Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con Enfoque Intercultural, financiado por UNICEF. El mismo coincide con la mayoría de los trabajos de este grupo que proponen la interculturalidad como “complementación entre culturas diferentes”. Otro trabajo es el realizado por Cuyul y otros (2011) sobre Pueblos Indígenas y Sistemas de Información en Salud, financiado por el FESP⁴³. Los autores observaron que no hay registros de la variable étnica, salvo en la provincia de Formosa pero tampoco se encuentran disponibles. Lo destacable del estudio es que demostró que la incorporación de la variable en los registros de estadística sanitaria es aceptada por la totalidad de los líderes indígenas, sin embargo no hubo consenso entre los funcionarios. El trabajo expresa una concepción de salud intercultural crítica resaltando la desigualdad en la situación de salud en cuanto a la mayor incidencia de morbi-mortalidad en zonas indígenas.

1.7.2 - LOS ESTUDIOS SOCIO-ANTROPOLÓGICOS SOBRE SALUD INTERCULTURAL

1.7.2.A- LA SALUD INTERCULTURAL COMO ETNOMEDICINA

Los estudios de etnomedicina analizan las diversas medicinas tradicionales indígenas y constituyen investigaciones etnográficas que consideran la cultura desde la dimensión simbólica. Colocan el eje en las diferencias culturales y en la necesidad de entender estas medicinas tradicionales en su contexto, intentando a veces establecer analogías con la biomedicina. Dentro de este grupo se encuentran: Absi (2006); Calavia (2004); Caprara (2004); Castellón (2006); Chaumeil (2004); Crivos y otros (1981, 1996, 2002); Fernández (2004b); Guimerá (2006); Nava (2006); Orbitg (2004); Platt (2006); Remorini (2005); Spadafora y otros (2004).

Todos los estudios citados anteriormente representan valiosos aportes al conocimiento de las medicinas nativas, sin embargo en algunos de ellos se presenta una mirada reduccionista, hermética y a-conflictiva de los desarrollos de los procesos de salud- enfermedad- atención. Una de las críticas que se han realizado hacia los estudios sobre medicina tradicional o etnomedicina ha sido planteada por Menéndez (2004), quien refiere que en la mayoría de ellos es difícil encontrar que describan a grupos indígenas que tengan que ver directa o indirectamente con el uso de medicina alopatía. En general se ha excluido intencionalmente la descripción del uso,

⁴³ El programa Funciones Esenciales y Programas Priorizados de Salud Pública -FESP- del Ministerio de Salud de la Nación es financiado por el Banco Mundial. Está orientado al fortalecimiento del rol de rectoría del Ministerio de Salud de la Nación y de los 24 Ministerios de Salud Provinciales a través de las funciones esenciales de salud pública en 10 programas de salud.

significado y función de la medicina alopática, aun la utilizada autónomamente por los grupos indígenas. La medicina tradicional es pensada como no modificable, poco modificable o no modificable en lo sustantivo. Remite, conscientemente o no, a una suerte de esencialismo que en sus versiones más radicales propone la reproducción cultural de sí misma o inclusive su desaparición por incompatibilidad con los procesos dominantes.

Estos trabajos no tienen en cuenta, según el autor, que constantemente se realizan transacciones, articulaciones, negociaciones entre diversas prácticas representativas de diversos saberes médicos y que las elecciones mayormente tienen que ver con la eficacia que han obtenido los sujetos en sus experiencias y según sus necesidades. Según Menéndez (2004), la articulación entre diversas formas de atención debe ser pensada primero en el nivel de las prácticas y representaciones de los grupos subalternos, ya que son los sujetos y grupos sociales los que, en función de sus necesidades y posibilidades, generan dichas articulaciones. En esta línea de análisis, se encontraría el trabajo de Guimerá (2006) citado anteriormente, quien refiere que la utilización de la medicina occidental por parte de los Evuzoc (de Camerún) se da de acuerdo a sus necesidades. A su vez, Calavia (2004), también plantea que los Yaminawa (de Amazonía) utilizan mayormente el hospital de medicina occidental más que la medicina tradicional.

1.7.2.B- LA SALUD INTERCULTURAL COMO CUESTIÓN DE RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

El concepto de interculturalidad es trabajado en el conjunto de estudios que revisaré a continuación desde la polaridad médica y por tanto realizan un énfasis en la necesidad de complementación de la medicina tradicional indígena con los servicios de salud biomédicos. Los autores plantean que uno de los principales problemas sería el desentendimiento cultural entre las dos únicas formas de atención que se reconocen (la tradicional y la biomédica) y promulgan una salud intercultural que parta de la unión de ambas en igualdad. En estos trabajos los aspectos socioeconómicos e histórico-políticos no son contemplados como parte importante del concepto de interculturalidad y tampoco se reconoce el pluralismo médico. Los conflictos se centran en el desentendimiento comunicacional entre los dos mundos (blanco-mestizo/indígena, occidental/indígena), pero no son analizados los elementos socioeconómicos y políticos, además de los ideológicos, como condicionantes del proceso de desentendimiento. Los trabajos que se encuentran dentro de este grupo pertenecen a Fernández (1999); Fernández (2006a); Fernández (2006b); Bradby y Murphy-Lawless

(2005); Albó (2004); Michaux (2004); Gil (2006); Abad (2004a); Abad (2004b); Uriburu (2006); González y Caravante (2006); Callahan (2006).

1.7.2.C- LO QUE SE OCULTA DETRÁS DE LA SALUD INTERCULTURAL

Los estudios que realizan un análisis reflexivo y crítico de la interculturalidad, incorporan los elementos socioeconómicos y políticos, además de los ideológicos, como condicionantes del proceso. Menéndez (2006) asume que la interculturalidad no se reduce a la relación entre grupos amerindios y servicios biomédicos, pues al hacerlo se dejan de lado diversas formas de atención de padecimientos, es decir, la existencia del pluralismo médico. El autor afirma que el respeto, la cooperación y la tolerancia como deseos son válidos pero es una visión reduccionista en tanto las relaciones interculturales ocurren en contextos de dominación, explotación, hegemonía/subalternidad y son etnocéntricas. Para el autor hay dos líneas de uso de la interculturalidad: una en términos de mala comunicación, a la que hay que mejorar, educando no sólo para transmitir información sino para establecer niveles de tolerancia y respeto hacia los saberes del otro; la otra línea reconoce la significación de la dimensión simbólica y de aspectos etnicistas de la interculturalidad pero articulados con la dimensión económica y política, en donde la situación de pobreza y de desigualdad social son parte central de las relaciones interculturales. La reducción de la interculturalidad a aspectos culturales expresa objetivos de asimilación e integración, opacan los procesos socio-económicos que impiden las relaciones interculturales realmente respetuosas y simétricas. Knipper (2006) señala que en la medicina indígena no existen categorías claramente delimitadas entre capacidades médicas y no-médicas. Por ello se pregunta ¿para qué promover y desarrollar e institucionalizar la “medicina tradicional” en las comunidades indígenas si ahí ha sobrevivido y se ha desarrollado por siglos sin ayuda y promoción ajena?

En esta línea de trabajos que ubican las relaciones interculturales en contextos socio- económicos de desigualdad que inciden en los procesos de salud- enfermedad- atención de las poblaciones, Allué, Mascarella, Bernal y Comelles (2006) señalan la inconveniencia de la utilización de métodos de las ciencias sociales (RAP)⁴⁴ en el campo de la investigación biomédica, así como tampoco recomiendan reducir la enfermedad y los tratamientos a exámenes técnicos y respuestas estereotipadas a partir de ordenanzas basadas en la alta tecnología. Cabellos y Quitral (2006) realizan un análisis crítico con respecto a la interculturalidad en Chile, remarcando que es un

⁴⁴ *Rapid Assessment Procedures* (RAP): paquete de técnicas (cuantitativas y cualitativas) articuladas de manera razonable para producir datos sobre una cuestión específica. Método basado en criterios de mercado: máxima producción al mínimo costo.

concepto propio de la cultura occidental, que se ha presentado como proyecto social que supone asumir una relación de respeto mutuo entre los grupos que interactúan, reconociendo al otro como un igual, no obstante diferente en tanto posee concepciones, ritos, costumbres, lengua y prácticas distintas. Critican esta “interculturalidad ideal”, entendida como forma de relación que se da de manera natural a partir de la interacción cotidiana y en todos los espacios de la vida cotidiana. Analizan y definen otros tipos de interculturalidad: la forzada (en donde se interactúa cotidianamente bajo la lógica del sistema sociocultural exógeno); la controlada (es el sistema dominante el que controla qué espacio o fragmento del sistema social se puede entregar para las experiencias de interculturalidad); selectiva (el sistema dominante delimita la interculturalidad controlada); e irreflexiva (cuando se desvincula la identidad, el territorio y la historia de aquello que se considera intercultural).

Ramírez Hita (2010) critica la interculturalidad en tanto mecanismo de inclusión subordinada que profundiza y refuerza los múltiples mecanismos de dominación, pero poniendo en escena una simulación moderna que cumple la función política de apaciguar, desorientar, desorganizar y silenciar a los sujetos colectivos (movimientos sociales y movimiento indígenas).

Boccaro (2007), a partir de sus estudios sobre los programas de salud intercultural en Chile financiados por organismos internacionales, señala que la salud intercultural representa un nuevo dispositivo de intervención del Estado que tiende a extender su dominio de lo político a través del desplazamiento de los límites del espacio privado-comunitario indígena, en la medida en que tiene como meta la legitimación (validación) del saber terapéutico tradicional, la medicalización y moralización de los terapeutas tradicionales, la profesionalización del conocimiento indígena así como la redefinición de la relación que el indígena tiene con su propio cuerpo. En la misma línea, Cuyul (2013) refiere que la política de salud intercultural tiende a burocratizar organizaciones mapuche que gestionan centros de salud en sus comunidades, siendo uno de los efectos de la política de salud destinada a pueblos indígenas, el condicionamiento de las posibilidades de autonomía indígena en salud. A su vez, Cetti (2008) plantea que el programa de salud intercultural “Orígenes” en Chile, financiado por el BID, ha definido una política de “salud intercultural” que no tiene en cuenta el concepto mapuche de salud, sino que presenta una perspectiva culturalizante de la salud y reificada de la cultura en tanto que restringe la participación indígena al ámbito de la autogestión invisibilizando de esta manera los derechos que los Pueblos indígenas reclaman. La autora critica este programa en tanto el mismo propone la interculturalidad en términos de un “diálogo” en un contexto en el que las relaciones entre indígenas, en este caso los mapuche, y Estado chileno está cruzada

por la desigualdad y las relaciones de poder, mostrando la ausencia de un interés real en la “interculturalidad”. Otra autora que estudió un proyecto de medicina mapuche pero en Argentina, es Sabatella (2011). Ella analiza cómo a partir de la construcción de la memoria, la cual va más allá de la recuperación de recuerdos, es decir, una memoria que incorpora los silencios, los secretos y los olvidos, se reconstruye conocimiento, relaciones, pertenencia, afecto, salud y formas mapuche de hacer política.

El presente trabajo sobre las intervenciones del sistema público de salud en territorio mapuche se alinea en la perspectiva de este grupo, que ubica los fenómenos estudiados en relación con sus múltiples condicionamientos desde su dimensión ideológica, socio-económica, simbólica-cultural, política e histórica.

1.8- LAS POLÍTICAS INTERCULTURALES EN ARGENTINA

La interculturalidad como política y como práctica social en Argentina, según Ibañez Caselli (2005), se ha introducido más como una moda a seguir que como práctica de estado, incorporándose en la legislación vigente sin un debate exhaustivo respecto de posibles definiciones e implicancias políticas. A diferencia de otros países de Latinoamérica, Argentina no ha desarrollado políticas indigenistas consistentes y continuas y ha dado, en cambio, una imagen de país blanco y sin indios (Ibañez Caselli, 1999, 2002 en: Ibañez Caselli, 2005).

Sin embargo, existieron algunas políticas desde el Estado que fueron tendiendo a reconocer la presencia indígena, en tanto constituía un problema que debía abordarse. Tanto en políticas de seguridad social como en los discursos oficiales posteriores a 1955, se incluyeron e hicieron referencia a poblaciones indígenas. Lenton (2005), a partir del análisis de documentos producidos en el período de vigencia de las instituciones que se abre a partir de 1958, evidenció una paulatina profesionalización de las políticas sociales, que se dio junto al paradigma del desarrollo como marco de las propuestas de acción indigenista de la década (cfr. Isla 2002, en Lenton, 2005). En los primeros tiempos después del golpe militar de 1955, el discurso oficial se construyó según la autora, en función de la oposición radicalizada entre derechos individuales y derechos sociales, que se superponían a una dicotomía cuyos polos eran libertad y justicia. A fines de los años 50, en un debate parlamentario acerca del rol del Estado y la seguridad social, el diputado Angel Francisco Beiró (U.C.R.P.) citó el Plan Beveridge⁴⁵ como ejemplo de un proyecto integral que daba

⁴⁵ Contempla tres previsiones para que el sistema de seguridad social sea satisfactorio: 1) Asignaciones familiares o bonificaciones a personas encargadas de cuidar a los infantes hasta la edad de quince años y si se amplía la edad escolar hasta la edad de dieciséis. 2) Servicios completos de

cobertura no sólo a las personas que tenían trabajo, sino a toda la población. Si bien ya he referido la importancia que tuvo este Plan⁴⁶ en relación a la responsabilidad estatal sobre la salud de la población, también cabe señalar que implicó la difusión de un modelo que permitiría potencialmente el desarrollo de los países. Sustentado en la perspectiva económica keynesiana, que proponía incentivar el consumo como motor de la economía, Beveridge planteó que si el Estado aseguraba al ciudadano frente a los riesgos de enfermedad, invalidez, desempleo y vejez, pero también otorgaba ayuda de defunción y frente a otros riesgos, se haría innecesario el ahorro individual, por lo que toda la capacidad económica de los ciudadanos se convertiría en consumo directo, que a su vez podría invertirse para reactivar la economía. El informe Beveridge es el primer documento que se conoce en el campo de la seguridad social (Ruiz Medina, 2011). De esta forma, en diversos países se debatieron las incumbencias y límites de la seguridad social como vehículo para el desarrollo. A su vez, siguiendo a Lenton (2005), el paradigma desarrollista conllevó la imposición del concepto de subdesarrollo, que enmarcó la construcción del sujeto indígena. Si bien la problemática indígena en el marco del paradigma de la seguridad social quedó referida en el texto de Ley de Ministerios bajo competencia del Ministerio de Relaciones Exteriores y Culto, según Lenton (2005), ello no significó que quedara reducida a él, sino que se repartió entre diferentes ministerios y secretarías, excediendo la incumbencia del Ministerio. De hecho, a partir de 1958 se pondrá a la Dirección Nacional de Asuntos Indígenas, organismo especializado en la política indigenista, bajo la dependencia del Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, y luego de 1961, bajo el Ministerio de Interior (Lenton, 2005).

Respecto de las construcciones de aboriginalidad, según Lenton (2005), se hace evidente el rol fundamental de conceptos como los de aculturación y participación como condiciones para el desarrollo, generados desde foros internacionales (C.N.A. 1965: 1-4; Garbulsky 1965; C.I.N. 1967 en Lenton, 2005). La consolidación de algunas de estas nociones en el discurso político nacional será precedida por la derivación de algunas de las tareas gubernamentales a la acción de profesionales y tecnócratas, tras una década de insistencia por parte de sectores estatales y profesionales (Lazzari, 2004), evitándose por estos años el debate de sus

salubridad y convalecencia para prevenir y curar las enfermedades restableciendo a los individuos en su capacidad de trabajo, disfrutarían de este beneficio todas las personas sin distinción. 3) Continuidad en el trabajo mediante: un subsidio mientras dura la incapacidad, elaborar reglas de protección en el trabajo, dar oportunidad de ocupación útil y provechosa a las personas que sufrieron accidentes, a las enfermas o a los que sufren impedimentos físicos; asegurar a todos, si no una absoluta continuidad en el trabajo, por lo menos una posibilidad razonable de empleo remunerado; y cubrir cuotas en la medida de las posibilidades pues los subsidios pueden disminuir los medios económicos para cubrir el Plan de Seguridad, por lo que recomienda una escala de cuotas en sentido anverso, es decir, aumentarlas en los años prósperos y reduciéndolas en los malos años (Ruiz Medina, 2011).

⁴⁶ Ver página 25 de este capítulo.

bases ideológicas en el ámbito estatal. Según la autora, es significativa la potencialidad de la agencia estatal para la construcción de colectivos y subjetividades, donde es posible observar también la permanencia de numerosas continuidades en el horizonte de significados impuestos en torno a la nación, el estado y los “otros internos”. La vigencia de la oposición civilización/barbarie refiere que quizás sea la más notable. Las continuidades tienen probablemente mayor peso que las novedades respecto de la relación entre la nación-como-estado y los aborígenes: la noción de estado tutelar, en relación al control del proceso civilizatorio y también a las formas de apropiación y control del espacio; el mandato de “asentar” y “arraigar” como condición previa a “civilizar”; la proletarización y destribalización como modelo de integración social; son algunas de estas manifestaciones de la continuidad, en el marco de un paradigma evolucionista que aún permea las evidentes innovaciones ideológicas. La “des-indianización” resultante de los procesos de asimilación y/o aculturación es todavía vista como ineludible en un futuro más o menos cercano (Briones 1998, en Lenton, 2005). A través del correr de los años de manera más o menos explícita la des-indianización estuvo implícita en diversas políticas y adquirió formatos que incluso en apariencia proponían lo contrario, como la interculturalidad y el caso de la EBI.

Según Ibáñez Caselli (1999), en las últimas décadas la noción de interculturalidad ha tomado protagonismo como eje transversal de los procesos educativos en contextos multiculturales. Argentina reconoció e incorporó la educación bilingüe e intercultural (EBI) como un derecho de los pueblos autóctonos tanto en el artículo 75, inciso 17 de la Constitución Nacional como en otras leyes nacionales y provinciales. Según Briones y otros (2006), la EBI se incluye en muchos discursos públicos casi como un eslogan, pareciendo a veces uniformar visiones y propuestas nacionales, provinciales e indígenas. La lengua y cultura indígenas son consideradas objetos a conservar, rescatar e incluso fortalecer, no tanto por su valor intrínseco o por lo que significan para la reproducción de los pueblos indígenas, sino como medios para otros fines: “la integración”. En el fondo prima la idea que los indígenas son “habitantes incompletos” a ser transformados para devenir ciudadanos plenos (GELIND, 2000 en: Briones y otros, 2006). Ibáñez Caselli⁴⁷ (2005) señala que la educación intercultural y su éxito dependerá del reconocimiento ya no sólo de la diversidad, sino también de las desigualdades sociales y de la situación de subordinación de los pueblos originarios, producto de un proceso de la conquista y colonización que aún continúa. La autora concuerda con Tamagno (1996, 1997) en que hay que analizar la categoría de integración que supone a los indígenas a los márgenes de la sociedad, cuando en realidad su situación es el producto de la relación

⁴⁷ Esta autora trabajó con comunidades Qom de La Plata, Rosario y Chaco.

de explotación y desigualdad establecida desde los gobiernos nacionales. Además refiere que la propuesta de lo intercultural no ha sido verdaderamente intercultural en el caso del EBI, es decir, surgida del diálogo directo e igualitario con los indígenas (sólo hubo participación de intelectuales indígenas formados en la academia). Esta reflexión se desprende de la enorme resistencia que observó en los padres en relación a que sus hijos reciban una educación especial, en lengua materna. En su trabajo plantea que hubo varias razones por las que la interculturalidad ha ingresado en el país como una moda y sólo en los papeles: refiere que los políticos consideraron la interculturalidad por presión, las ONGs por compromiso con indígenas, así como también por el interés de recibir beneficios de organismos internacionales que comenzaron a financiar o dar subsidios a países que incluían y reconocían en sus plataformas políticas proyectos destinados al desarrollo sustentable de los pueblos originarios. De esta forma la interculturalidad entró en la Argentina sin un debate profundo y sin un proyecto más amplio que la sustentara y que la llevara a la práctica.

Briones y otros (2006) plantean que el desafío es definir la interculturalidad para que dé lugar a una convivencia basada en el respeto mutuo, resolviendo simultáneamente los dos tipos de discriminación que hoy sufren los pueblos indígenas: exclusión económica y política y el irrespeto valorativo. Dicen que es necesario distanciarse de los dos usos polares de la interculturalidad, como mera yuxtaposición de mundos separados y como la promoción de falsos diálogos, ya que éstos caen presos de un multiculturalismo ingenuo y mistificante, que se basa en la idea de que “medidas culturales” pueden por sí mismas resolver injusticias económicas y políticas.

Todas estas reflexiones son producto de análisis efectuados en relación al ámbito de la educación, que ha sido desde 1994 uno de los principales objetivos de las políticas de interculturalidad desarrolladas en el país.

1.9- INTERCULTURALIDAD Y SALUD EN ARGENTINA

La incorporación de la interculturalidad en otros sectores como salud, es más reciente, se dio a través de programas del Ministerio de Salud, como el ANAHI (Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para poblaciones indígenas) en 2000 y el subprograma “Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios” (dentro del Programa Nacional Médicos Comunitarios) en 2005, que se enmarcan dentro del Plan Federal de Salud, política rectora del sector (Lorenzetti, 2007). El Programa FESP, financiado por el Banco Mundial, comienza a gestarse en el año 2006, teniendo como área de cobertura aquellas políticas en las que se activa la Política de Pueblos Indígenas del Banco Mundial. Las funciones y prioridades del FESP fueron

identificados en base a su “costo-efectividad e impacto en la carga de muerte y enfermedad de la población indígena” (FISA en: Lorenzetti, 2009). Las provincias del norte y nordeste del país que se priorizaron en los programas son las que presentan peores indicadores de salud asociados a las poblaciones indígenas.

La salud intercultural ha sido construida por la distintas iniciativas estatales como campo de intervención (Lorenzetti, 2009). Se conciben las diferencias culturales como algo evidente frente a lo cual, de manera programática, se erige la interculturalidad como paradigma de gestión (*ibid*). La autora analiza los programas de salud intercultural incentivados desde el Ministerio de Salud de la Nación, dirigidos al colectivo indígena localizado preferentemente en las provincias del norte y nordeste del país. Retoma a Foucault (2002) en tanto entiende los programas de salud intercultural como formación discursiva, como un conjunto de prácticas discursivas y no discursivas configuradoras de un campo de saber e intervención que implica una manera de individualizar y visibilizar lo indígena. Desde su enfoque, la letra de los programas no es una representación de una realidad existente por fuera, sino que es co-constitutiva de la materialidad de la existencia social (Lorenzetti, 2009).

En otro trabajo, Lorenzetti (2007) analiza la construcción de alteridad en los programas de salud para población indígena, en los cuales se atribuye un capital social al colectivo indígena, pero por otro lado los dispositivos de intervención elaborados desde los programas tienden a modificar lo mismo que suponen valorar: las prácticas culturales que se les reconoce/atribuye como propias. Los programas sociales inspirados en esta discursividad propia de la racionalidad política del liberalismo avanzad incluyen la gestión de los actores como principal motor de cambio en la creación y superación de las limitaciones de los recursos y el ejercicio de derechos (Mc Neish, 2005 en Lorenzetti, 2007). El concepto de capital social es la piedra angular de las intervenciones sociales que se suma al enfoque activo de autopromoción responsable. Dentro de este marco de intervención neoliberal los indígenas son interpelados como sujetos de derecho al mismo tiempo que sujetos vulnerables. La autora sostiene que la conjunción de las dos figuras dentro de las políticas sociales hace del indígena un “pobre especial” (Lorenzetti, 2007). La autora refiere que es pertinente pensar la apelación al capital social y la reactualización de la culturización de la pobreza, que realizan los programas de salud dirigidos al colectivo indígena, como dos modalidades complementarias de auto-responsabilización de los destinatarios. En las intervenciones de los agentes sanitarios y médicos de los programas dirigidos a los indígenas, se sobredimensiona el aporte de los recursos humanos por encima de las condiciones sociales de existencia, situación que representa un desplazamiento hacia una culturización renovada de la pobreza. Este

tipo de intervenciones construye alteridad de una manera compleja y ambivalente. Pues por un lado se basa en el reconocimiento de un capital social al cual hay que valorar, por otro lado la inferioridad se encarna en el cuerpo del pobre, en términos de la posesión de un tipo de cultura que se desarrolla y reproduce en un mundo de pobres, lo que justifica y promueve una diferenciación del resto de la sociedad (Álvarez Leguizamón, 2005 en Lorenzetti, 2007). El problema, según la autora, es que lo cultural como campo discursivo y como dispositivo aporta un marco que aborda la diferencia independientemente de sus implicancias socioeconómicas. El campo de lo cultural parece proporcionar una base racional para la regulación de los problemas de desigualdad en una sociedad que naturaliza las diferencias y las construye como inevitables.

En Argentina existe desde 2005 un Área de Salud Indígena⁴⁸ dentro del Programa de Médicos Comunitarios (PMC)/ Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, que reciben financiamiento de agencias y organismos internacionales y que están dirigidos a las provincias del norte y noreste del país⁴⁹ (Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Formosa, Chaco, Tucumán, Corrientes, Misiones, agregándose de a poco otras provincias).

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. Si bien sus principios neoliberales de individualización y autorresponsabilización de la salud están presentes en la lógica de la atención primaria y los programas de promoción y prevención que se desarrollan

⁴⁸ En el año 2005 se diseña e implementa una línea de acción tendiente a mejorar la salud y calidad de vida de los Pueblos Originarios a partir de intervenciones socio-sanitarias con equipos comunitarios interdisciplinarios. Con la conformación de los Equipos para Pueblos Originarios se promovió la implementación, a nivel local, de prácticas sanitarias integrales e intersectoriales con criterio de equidad. El Área se consolida en julio de 2009 a raíz de una decisión estratégica de la Coordinación Nacional del PMC en cuanto a fortalecer la perspectiva de interculturalidad en salud y ampliar el espacio de reflexión al respecto, entre todos los integrantes de los equipos de salud. Esta nueva Área de Salud Indígena incorpora la experiencia y los recursos humanos del ex Programa ANAHI, con el objetivo de fortalecer -a nivel nacional- un espacio de trabajo específico para la salud de los pueblos indígenas. El objetivo estratégico del Área es mejorar la cobertura de salud y las condiciones de accesibilidad al Sistema Público de Salud de las Comunidades Indígenas de todo el país, desde una perspectiva intercultural. (Extraído de: <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/area-de-salud-indigena>).

⁴⁹ Cuando el PMC se implementó, en 2004, los recursos humanos se incorporaban en los centros de salud ubicados en áreas con alta densidad poblacional, elevado porcentaje de población sin cobertura sanitaria y con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI). Con la decisión política de incrementar la disponibilidad de recursos humanos adecuados a las necesidades del Primer Nivel de Atención, se ampliaron los criterios sanitarios de selección de efectores, sumándose a los anteriores, a aquellos establecimientos ubicados en áreas de elevada tasa de morbi-mortalidad materna e infantil. En 2011 se hizo el 2º Encuentro Nacional de Interculturalidad en Salud, organizado por el Área de Salud Indígena. Participaron del mismo: Referentes de Salud Indígena del Programa en Misiones, Formosa, Córdoba, Jujuy y Santa Fe. También, Agentes Sanitarios/as Indígenas de las provincias antes mencionadas y de Catamarca, Mendoza y Chaco, todos/as pertenecientes a los pueblos Guaraní, Kolla, Ocloya, Huarpe, Mapuche, Comechingón, Mocoví, Toba, Wichí, Pilagá y Diaguita. Las provincias con representación del Área llegaron a 18 en 2013 (Extraído de: <http://www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/area-de-salud-indigena>).

desde 1970, la situación económica, educativa y sanitaria de la provincia no permitió que entrara dentro de los criterios utilizados para ser destino de los programas de salud intercultural. Los dispositivos de intervención basados en educación para la salud desarrollados por los agentes sanitarios en comunidades indígenas en Neuquén desde hace más de 30 años no han incorporado los discursos del capital social analizado por Lorenzetti (2007). Estos discursos de valorización de lo cultural como capital social no tuvieron arraigo en el ámbito de salud, sino que fueron incorporados mayormente en el ámbito educativo. A pesar de que el programa de salud rural y periurbana enuncia como uno de los roles de los agentes sanitarios observar las características, costumbres, mitos y creencias de la población asignada, su principal trabajo es ser un promotor de la salud, un ejecutor de tareas específicas de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, y articular los servicios de salud con la comunidad. No se enfatizó en ningún momento la relevancia o valor de la cultura o lo cultural ni que éste sea un factor a protegerse o resguardarse. El discurso de Salud Pública neuquino no incorporó la “moda” de la salud intercultural.

2- LA INTERCULTURALIDAD EN LA PROVINCIA DE NEUQUÉN

Siguiendo a Briones y otros (2006), considero a la provincia como un nivel de sub-estatalidad donde se re-centran imaginarios de construcción de la nación como estado para crear identidad provincial, como espacio de mediación donde se procesan geografías estatales de inclusión. Éstas especializan y efectivizan la economía política de la diversidad, identificando los tipos de lugares que pueden ocupar los sujetos de la diversidad, las formas en que lo hacen y los modos de moverse dentro y entre ellos. Las relaciones entre quienes demandan y se movilizan políticamente desde una adscripción indígena, como los discursos que los tienen por objeto, deben ser analizados desde el papel que juegan los diferentes estilos provinciales de construcción de hegemonía (*ibid*).

En el caso de Neuquén, el papel desarrollado por el MPN en la esfera gubernamental permitió la convivencia de diversos “otros” (comunidades mapuche, migrantes chilenos, sirio-libaneses, europeos, de otros países limítrofes, criollos, entre otros) dentro de los límites del estado provincial, a través de alianzas políticas estratégicas que incluyeron la distribución de fuentes de trabajo, privilegios, títulos de propiedad, concesiones y permisos estatales, entre otros múltiples recursos. A su vez, 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.

Según Briones y otros (2006), diversidad cultural e interculturalidad se han convertido en signos de uso social para disputar identidades y reconocimiento; renegociar principios de convivencia que den cuenta de la heterogeneidad de la sociedad; en definitiva, replantear medios novedosos de construcción de hegemonía. Paralelamente, han proliferado los usos académicos (relacionados con el replanteo de nociones de ciudadanía) y también ligados a la instrumentación de políticas de reconocimiento, por lo general acotadas al ámbito educativo. Estos autores resaltan la importancia de prestar atención al discurso que constituye el objeto cultural y ponerlo en perspectiva, como producto de una cierta historia de formas hegemónicas de construcción social. Por ello, entienden la diversidad cultural y la interculturalidad ante todo como construcciones históricas, sociales y académicas en permanente disputa y negociación, construcciones que deben ser analizadas como tales, en vez de ser tomadas como mero dato de la realidad. No son características de lo social, sino formas de pensar lo social, como arenas de lucha política donde se disputan sentidos sobre cómo entender ambos conceptos para prolongar o revertir relaciones de subordinación e irrespeto valorativo.

Los usos empleados bajo un aparente consenso sobre la importancia de la interculturalidad evidencian hasta qué punto opera una construcción de sentidos, que no sólo son diversos sino también contradictorios ya que refutan la supuesta transparencia de esta categoría.

La interculturalidad como conceptualización que surge dentro de una lógica de universalización del espacio/valor de los particularismos (Briones, 2002) se incorpora en la provincia por medio del sistema educativo a través del programa de Educación Intercultural Bilingüe (EBI) propuesto en la Reforma de la Constitución Nacional del año 1994 como se refirió anteriormente. Las propuestas interculturales, entre ellas la EBI, tienden a dar cabida a peculiaridades indígenas per se, pero no toman en cuenta de qué manera tradiciones selectivas en el nivel de cada provincia generan representaciones y campos de negociación con tensiones propias (Briones, 2002). En este sentido, la inserción provincial diferenciada muchas veces conlleva re-centrar en el nivel local las valencias asignadas a “indígenas”, “migrantes” y “criollos” respecto de las que estos conjuntos poseen en el mapa nacional de alteridades. Los recentramientos resultantes constituyen mediaciones de peso en la forma que tomen demandas y propuestas locales de interculturalidad.

En la provincia de Neuquén, en las discusiones y disputas en torno a la EBI, la interculturalidad es retomada y reformulada por diversos referentes mapuche⁵⁰ otorgándole un significado político por medio de su utilización como objeto de demanda legal, cuyo cumplimiento depende de la garantización de otros derechos. A partir del debate en torno a la interculturalidad propuesta por el Estado provincial en el ámbito educativo, la misma fue apropiada y resignificada como discurso reivindicativo por las comunidades mapuche locales. Los referentes de diversas comunidades mapuche utilizaron el término de interculturalidad recodificándolo, asignándole otro sentido distinto al de la propuesta o política de respeto por las diferencias socio-culturales enunciado por el Estado provincial. A partir de las reuniones, los representantes de las comunidades mapuche fueron adquiriendo nuevos conocimientos acerca del accionar estatal, los dispositivos educativos y elaboraron propuestas para la modificación de la currícula cuya aplicación fue desigual a nivel regional. En este proceso de negociación y confrontación entre el pueblo mapuche y el Estado provincial en el campo de la educación en Neuquén, más allá de los resultados obtenidos, es importante señalar que la interculturalidad y sus sentidos se anclaron al territorio constituyéndose en un concepto/objeto a disputar. Siguiendo a Walsh (2002)⁵¹, es posible analizar este proceso como un caso en el que la interculturalidad como paradigma y proyecto colectivo puede pretender atacar las relaciones de subalternidad y colonialidad.

2.1- INTERCULTURALIDAD Y POLÍTICA SANITARIA EN NEUQUÉN ¿POR QUÉ NO SE MENCIONA A LOS MAPUCHE?

En Neuquén como referí en el apartado anterior, la interculturalidad como política específica fue incorporada a través de la EBI. La interculturalidad no fue planteada como una propuesta política específica en el ámbito de la salud en un primer momento porque uno de los objetivos de las políticas de bienestar llevadas a cabo por el MPN estaba orientado a crear una población neuquina homogénea, minimizando las diferencias, desmarcándolas, o invisibilizándolas. Siguiendo a Mombello (2005), el lugar de lo indígena en la construcción de la neuquinidad ha sido

⁵⁰ Entre ellos se encuentran varias autoridades de Payla Menuko, que han debatido y reformulado los proyectos de EBI en la escuela de su comunidad, así como también han sido llamados por otras comunidades para que colaboraran en la planificación de la misma, como en Pampa del Malleo.

⁵¹ La autora analiza los movimientos indígenas en Ecuador que le han dado una connotación contra-hegemónica y de transformación a la interculturalidad. Refiere que para los movimientos indígenas y negros la significación de la interculturalidad no está limitada al campo político o a la estructura estatal, es decir que sus luchas no son simplemente luchas identitarias, sino también cognitivas, relacionadas con diversas formas de producir y aplicar el conocimiento, en el campo epistemológico. En este sentido, la disputa en Neuquén por introducir otras formas de educación desde la perspectiva mapuche va en esta línea.

y es controvertido. Desde el discurso oficial se apeló a una representación del indígena estereotipada como modo de legitimar la propia identidad neuquina. Hubo una fuerte operación de apropiación de elementos asociados al mundo mapuche y, al mismo tiempo, fue el mismo estado provincial el agente más reticente al reconocimiento de la diferencia, negándose sistemáticamente a establecer políticas públicas específicas para este sector de la población. La referencia al mundo indígena como marca de identidad tiene en la construcción de la provincianía un lugar de privilegio, sobre todo en el pasado, que por lo mismo implica negarle un sitio protagónico en el presente. En este sentido, el mapuche es una de las figuras emblemáticas de lo local. Las representaciones que refieren al mundo indígena son fuertemente estereotipadas (figura masculina, semidesnuda, con vincha y plumas, con lanza o boleadoras). Este tipo de representación utilizada como marca de identidad apeló a crear en el imaginario colectivo la idea de que el mundo indígena correspondía a una etapa pasada y superada, a la que se venera ya que hace a la especificidad del lugar. Lo mapuche constituye en la “mística neuquina” la referencia a la fijación del origen en un pasado remoto, en un tiempo mítico, hay una reapropiación estetizada y folclorizada de lo indígena (presente en material de difusión de turismo) que está allí para afirmar la legitimidad de las raíces de la neuquinidad (Mombello, 2005). Ese momento, se caracterizó a nivel nacional, como ya he referido, por presidencias denominadas desarrollistas, que según Lenton (2010), si bien no llevaron adelante una política específica para las poblaciones originarias, el carácter “tecnocrático” de las políticas sociales desenvueltas en las décadas de 1960 y 1970 implicaron cierta apertura a otros discursos más o menos autorizados, más allá de los provenientes del mundo de la política. La participación de nuevos “profesionales” y “expertos” posibilitó la generación de nuevos debates, y la canalización de expresiones y demandas que en algunos casos significaron desafíos al discurso hegemónico, y contribuyeron a dar difusión a ciertos aspectos de la cotidianeidad aborígena. En Neuquén, el gobierno provincial creó varios organismos ad-hoc, como el Comité Coordinador de Asuntos Indígenas en 1967, el Instituto de Promoción Social en 1968, y en 1969 el SPAI - Servicio Provincial de Asuntos Indígenas (Falaschi, Sánchez y Szulc, 2005), cuya dirección se encomendó al sacerdote salesiano Oscar Barreto, patrocinando la intervención de la iglesia local en el proceso. El paradigma desarrollista no podía dejar de impregnar el discurso sobre los “indios” en tanto la aboriginalidad (Briones 1998) tiene un componente de carencia (Slavsky 1993 [1987]:12-34; Vecchioli 2002:211). Complementando a la visión estatal hegemónica, el indigenismo de los años ‘60 apostó a la integración del indio a las sociedades nacionales a través de su desarrollo. En pocos años, las poblaciones subdesarrolladas entre las que las comunidades

indígenas encarnaban el máximo distanciamiento respecto del proyecto de desarrollo regional, pasaron de estar en el centro de la atención política por su carácter clave para el desarrollo, a estar en el centro de un objetivo definido en clave de vigilancia por la Doctrina de Seguridad Nacional (Lenton, 2010). Los golpes de Estado subsiguientes, y según la autora, la vorágine política de esos años, repercutió de manera disímil en las políticas indigenistas de diferentes provincias, acorde tanto a las historias locales particulares de relacionamiento estado-pueblos originarios, como a las diferentes construcciones locales de aboriginalidad (Briones 2005 en: Lenton, 2010). Por eso plantea enfocar el análisis en los procesos políticos provinciales que reconvirtieron el indigenismo desarrollista nacional en construcciones específicas y particulares. La joven provincia del Neuquén, gobernada por el Movimiento Popular Neuquino (MPN) fundado en 1961, combinaba exitosamente los principios desarrollistas con los de un neo-justicialismo aggiornado. En relación a la población por entonces denominada araucana, la justicia social y el desarrollo se revistieron de una conveniente folklorización que exorcizaba las prevenciones del pasado mientras concurría con elementos apreciables a una identidad provincial sedienta de marcas que la diferenciaban del resto del pueblo argentino (Lenton, 2010). En este sentido, siguiendo a Mombello (2005), es que el estado provincial se preocupó por homogeneizar una realidad multiétnica borrando, con una mezcla de coerción y persuasión, todas las culturas menos la que pretendía constituir como dominante (Mombello, 2005).

Toda referencia a la diversidad podría ser generadora de divisiones y fragmentación, situación opuesta a la búsqueda unificación de la población en el territorio. En este sentido, el Plan de Salud neuquino tuvo como objetivos la reducción de los altos índices de mortalidad general, mortalidad infantil y tuberculosis entre otras enfermedades, indistintamente de quien las padeciera, para lo que plantearon la aplicación de protocolos aplicados a todos por igual, que garantizarían el cumplimiento de estas metas. Estas acciones contempladas en el Plan de Salud tenían fines instrumentales y formaban parte de una operación ideológica más amplia que perseguía legitimidad política. Así, en el ámbito de salud, en pos de la construcción de una ciudadanía neuquina, el gobierno elaboró políticas de bienestar que tendieron a desmarcar las diferencias/diversidades socio-culturales, creando de esta forma una ciudadanía ampliada que incluyó a los diversos grupos que se encontraban dentro de los límites de la provincia. Criollos, indígenas, migrantes internos y externos fueron atendidos por un sistema de salud a través de procedimientos sanitarios homogéneos, que se hallaban enmarcados en el derecho a la salud de toda la población neuquina; derecho establecido en la Constitución provincial.

En este sentido, los resultados obtenidos en salud en 1980, a diez años del comienzo del plan fueron: el descenso de la mortalidad general a 5,9 por mil, de la infantil a 32, 6 por mil y de la tuberculosis a 5 por cien mil –menor a la media nacional-, entre otros logros del Plan, favorecieron la propuesta homogeneizadora de las políticas sanitarias provinciales que no contemplaba una atención diferenciada para los pueblos originarios.

El modelo de salud de Neuquén se ha caracterizado por ser pionero en priorizar las estrategias de prevención y promoción de la salud. Cuando a mediados de los años 70 la promoción de la salud era enunciada en Canadá (1974) como metodología exitosa y eficaz (en comparación con el modelo de atención biomédico, centrado en el hospital) con respecto a la reducción de los índices de mortalidad causados principalmente por accidentes y enfermedades crónicas, en la provincia de Neuquén se habían comenzado a priorizar estratégicamente acciones de prevención y promoción diez años antes.

La ausencia de una política pública de salud intercultural en Neuquén (que podría haber sido incorporada a la estrategia de promoción de la salud) se relaciona con el tipo de ciudadanía que históricamente se construyó como legítima en la provincia. La cooptación por parte del partido-gobierno neuquino (MPN) de grupos migrantes y nativos, de diversos estratos socio-económicos, que fueron los destinatarios de políticas de bienestar, posibilitaron la construcción de una ciudadanía política (Favaro, 2001). Las políticas públicas, entre ellas el Plan de Salud, funcionaron como dispositivos de unificación y cohesión de la diversidad poblacional localizada dentro de los límites del Estado provincial.

El caso de Neuquén y la pionera aplicación del modelo preventivo y promocional en Salud Pública pueden comprenderse como parte de un proceso nacional de construcción de etnicidad ficticia en términos de Segato (1997). En Argentina, siguiendo a esta autora, el Estado nacional, frente a la fractura originaria capital/interior y a los contingentes de inmigrantes europeos que se le agregaron, presionó para que la nación se comportase como una unidad étnica dotada de una cultura singular propia, homogénea y reconocible. El modelo de lo étnico esencial e indivisible representó la idea que orientó a instituciones estatales, particularmente la escuela y la Salud Pública (*ibid*). La nación se construyó instituyéndose como la gran antagonista de las minorías. Encontró su razón de ser en el conflicto con los grupos étnicos o nacionales formadores, así como hizo de este tema su discurso medular y la misión fundamental de sus instituciones. La fundación de la nación argentina moderna, en 1853 se vio asociada a este proyecto. Los arquitectos de la nación, una mezcla de políticos, estrategas, higienistas y educadores, formularon esta meta de forma explícita

y agresiva. Educar y sanear fueron los eufemismos del proyecto de limpieza cultural que resultó en la homogeneización profunda de sus habitantes en la extensión entera del territorio y especialmente en las fronteras (Rouquie, 1984 en: Segato, 1997). Las agencias estatales -la escuela, la Salud Pública- constituyeron una máquina de aplanar diferencias de extrema e insuperable eficacia. Al contrario de lo que sucedió en Estados Unidos, donde prevaleció el principio de igualdad en la diferencia, la autora refiere que aquí, todas las personas étnicamente marcadas, sea por su pertenencia a una etnia derrotada (los indios y africanos) o a un pueblo inmigrante (italianos, judíos, etc) fueron convocadas o presionadas para desplazarse de sus categorías de origen para poder ejercer la ciudadanía plena. La ecualización cultural, a través del proceso de neutralidad étnica, fue *percibida* como una condición para el acceso a la ciudadanía. La nación fue concebida como una gran etnia artificial, inventada en el laboratorio de la generación de 1880 y reproducida en la escuela (*ibid*) y en los discursos y prácticas de Salud Pública. En el caso particular de Neuquén, provincia fronteriza y con población mapuche originaria, la Salud Pública basada en las prácticas de prevención, promoción y educación para la salud favorecieron la construcción de esta etnicidad ficticia, a partir de la difusión de los “estilos de vida” occidentales.

Los programas y actividades de promoción han privilegiado las prácticas educativas que buscan alterar la exposición a los riesgos causados por el "comportamiento inadecuado" de los individuos (Carvalho, 2008:336-337). El eje del cuidado de la salud se ha ubicado en las personas y sus comportamientos. Según Carvalho (2008), algunos autores como Labonte y Penfold (1981), alertan que la perspectiva behaviorista de las estrategias implementadas de promoción de la salud, “al encubrir las enfermedades y las estructuras sociales causantes de la no-salud (...) podría servir de resguardo para la implementación de políticas neoliberales socialmente restrictivas culpabilizando en este proceso a las víctimas (*blaming the victims*) por la inequidad del sistema social” (*ibid*: 337). En el caso neuquino, las inequidades⁵² en Salud se produjeron tardíamente con respecto al resto del país, ya que la estructura de cobertura sanitaria provincial se solventó a través de las regalías hidrocarburíferas que posibilitaron durante los años 1970 y 1980 mantener un alto nivel de cobertura de la Salud Pública.

En jurisdicciones rurales se implementó el programa de Salud Rural, en comunidades mapuche alejadas de centros urbanos se contrataron agentes sanitarios

⁵² La Organización Panamericana de la Salud postula que el concepto de inequidad se ha considerado usualmente como sinónimo de desigualdad y que es preciso distinguirlos. Mientras que desigualdad implica diferencia entre individuos o grupos de población, inequidad representa la calificación de esta diferencia como injusta. (OPS, 1999).

indígenas, como en el departamento de Huiliches, vecino al departamento Lácar, en donde cuentan con 23 agentes sanitarios aproximadamente, muchos de ellos pertenecientes a las seis comunidades mapuche de esta zona (Chiquilihuín, Linares, Lafquenche, Raquitue, Painefilú, Atreico), todas ellas ubicadas a más de 40 km de Junín de los Andes. La incorporación de agentes sanitarios indígenas se relaciona no sólo con recomendaciones efectuadas por organismos internacionales (OMS/OPS) sino con el interés estatal en contar con agentes que pudieran promover el cambio cultural, el control social y la seguridad geopolítica (fueron incorporados no en términos de interculturalidad, sino en términos de asimilación). El objetivo de Salud Pública era que dichos agentes sanitarios indígenas introdujeran en sus comunidades pautas y patrones conductuales que garantizaran el mantenimiento de los estándares de salud logrados. En este sentido, retomando a Zent y Freire (2011), es posible observar que los procesos por los cuales desde el Estado se prestan servicios de atención biomédica en territorios indígenas se enmarcan en una agenda que aspira a subyugarlos y assimilarlos a su punto de vista. Es en parte debido a estos objetivos asimilativos, que no se mencionan o no se han creado políticas de salud específicas destinadas a las comunidades mapuche en particular. Sin embargo, como ya he mencionado, fue a través del plan de salud rural que se contempló la atención en zonas rurales en las cuales se encontraban las comunidades mapuche. En el siguiente capítulo analizo el surgimiento y desarrollo del sistema público de salud neuquino, destacando el plan de salud rural y su implementación, en tanto constituyó el marco normativo que reguló las prácticas de los agentes sanitarios en territorios mapuche.

CAPÍTULO II

LA SALUD PÚBLICA EN NEUQUÉN

En este capítulo analizo el desarrollo de la Salud Pública en la provincia de Neuquén que conllevó importantes logros sanitarios, como la reducción de la mortalidad materno-infantil y diversas enfermedades endémicas como la tuberculosis⁵⁵ y la hidatidosis⁵⁶. Dichos logros repercutieron en el campo político en tanto incidieron en la consolidación del Movimiento Popular Neuquino (MPN) como fuerza política hegemónica⁵⁷. A partir del análisis del trabajo de los agentes sanitarios en San Martín de los Andes, vinculo dichos logros en el campo de la salud pública con la eficacia de sus intervenciones sanitarias en el marco de una biopolítica (Foucault, 1991), y de la incorporación de otros dispositivos de control social como los “lugares de escucha” (Fassin, 1999) que favorecieron la invisibilización de la población mapuche en el territorio. Además, relaciono la invocación de los logros obtenidos y el sentido que le dan a las prácticas actuales los agentes sanitarios, con la búsqueda de reconocimiento (Ricoeur, 2005) en un espacio institucional que los desestima.

2.1- LA CONFORMACIÓN DE NEUQUÉN, DE TERRITORIO NACIONAL A PROVINCIA

Neuquén es una provincia ubicada en el sur de la República Argentina (Figura I), que ha sido gobernada desde los primeros años de la década del 60 hasta la actualidad por el mismo partido político, el Movimiento Popular Neuquino (MPN). Durante la provincialización, a mediados de los años 50, se fue delineando un perfil energético ligado a la explotación creciente de hidrocarburos. Con respecto a su conformación demográfica, esta provincia cuenta con la presencia de comunidades mapuche pre-existentes al Estado-Nación argentino. No obstante, la presencia en el territorio neuquino de las comunidades, ha sido minimizada históricamente por parte de las instituciones estatales, incluida la salud pública.

⁵⁵ La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por una bacteria que casi siempre afecta a los pulmones. La afección es curable y se puede prevenir. Se transmite de persona a persona a través del aire.

⁵⁶ La hidatidosis es una enfermedad parasitaria, transmitida por animales. Los humanos son huéspedes intermediarios donde se desarrolla el estado de larva o quiste hidatídico del gusano. Los quistes se alojan en los órganos vitales, crecen allí y si no son extraídos quirúrgicamente la persona puede morir.

⁵⁷ Esta fuerza política gobierna la provincia ininterrumpidamente desde hace más de cuatro (casi cinco) décadas.



Figura I. Provincia de Neuquén, Argentina (Fuente: Elaboración propia).

La pre-existencia del pueblo mapuche en el territorio que posteriormente fue delimitado y definido como provincia de Neuquén ha sido jurídicamente reconocida hace pocos años.⁵⁸

En 1878, la “conquista del desierto”, en la incipiente República Argentina, planteó a la Patagonia como un territorio a ser conquistado, ocupado y apropiado por el Estado argentino en contra de los enemigos de la nación. Se produce el exterminio y la desintegración del Pueblo Mapuche, y las comunidades sobrevivientes son expulsadas de sus territorios o relegadas a espacios reducidos (Radovich, 2013).

Tras la incorporación del espacio patagónico, el Estado Nacional perfecciona en 1884 una política de estructuración interna en los territorios y procede a su organización administrativa designando a los gobernadores, a los jueces letrados y de paz, a los policías y a los empleados públicos (Favaro y Morinelli, 1992). Según Luorno (2003), los primeros asentamientos de “blancos” en el territorio neuquino no surgen en función de las actividades económicas, sino por intereses estratégicos militares y/o políticos, con el fin de consolidar la posesión de tierras recientemente ganadas a las comunidades originarias. Así se fundan Chos Malal (1887), Junín de los Andes (1882), Las Lajas (1895) y San Martín de los Andes (1898).

⁵⁸ Primero a través de la reforma de la Constitución Nacional en el año 1994 y luego con la reforma de la Constitución Provincial Neuquina en el año 2006.

En el año 1884 se produce el ordenamiento jurídico de los territorios ganados al “indio” a partir de la ley 1.532. De esta manera grandes extensiones pasaron a manos de propietarios privados (Bandieri, 2006). Desde la época territorialiana (1884-1958)⁵⁹ las comunidades mapuche fueron obligadas a dejar sus tierras de origen y las que se quedaron perdieron el derecho a sus tierras. En total, durante el siglo XIX y XX, se sancionan 51 leyes especiales y 7 decretos con el fin de adjudicar tierras en los territorios nacionales, en general como donaciones. El acceso a la tierra reglamentada por leyes se da por medio de venta y donaciones particulares, en su mayoría entregadas a militares que participaron en la campaña del desierto (Ruffini, 2006). También gran parte se convirtió en Parques Nacionales o en territorio provincial/fiscal. Dentro de ellos, existen dos modalidades de tenencia de la tierra y varios tipos o grados de formalización jurídica de la propiedad: las propiedades comunales indígenas cuya propiedad se encuadra dentro de la legislación sobre Agrupaciones Indígenas⁶⁰ y que presentan diversos grados de formalización del título de dominio; y los conjuntos de ocupantes de tierras fiscales o fiscaleros cuyo reconocimiento por parte de los estados provinciales adopta dos formas fundamentales: la adjudicación en venta y los permisos de pastaje. Aquellos pobladores que estaban dentro de los Parques Nacionales obtuvieron permisos precarios de ocupación y pastaje (PPOP)⁶¹ que fueron renovados o no a lo largo del tiempo.

El tema del acceso a la tierra en el Territorio Nacional de Neuquén adquiere mayor relevancia a partir de que “se detectó petróleo el día 29 de octubre de 1918” (Giordano, 2002). La tierra adquiere un valor agregado incipientemente. A partir de este descubrimiento, surge la localidad que posteriormente se denominará Plaza Huincul y comienzan a llegar inmigrantes europeos (dedicados a la agro-ganadería) y sirio-libaneses, que se destacan en el área comercial y la actividad maderera posteriormente. Es decir que se empieza a desarrollar una heterogeneidad de actividades económicas muy marcada hasta fines de los años 50 (actividad ganadera, forestal-maderera, agricultura extensiva y enclaves mineros). Se van creando diversos municipios que implican la elección de autoridades y se estimulan las actividades

⁵⁹ Esta forma jurídica -Territorios Nacionales- posibilita al poder central tener el control sobre las decisiones políticas hasta 1955 cuando se convierten por ley en provincias, concreción postergada efectivamente hasta 1958 (luorno, 2003).

⁶⁰ En 1964 se establece el régimen de Agrupaciones mapuche, localizadas en reservas en áreas rurales. El gobierno provincial neuquino dicta el Decreto N° 0737 y sus complementarios, mediante los cuales se concedía a un cierto número de comunidades indígenas el usufructo de la tierra que ocupaban, mencionando que en un futuro y luego de efectuadas las mensuras de los predios se entregarían los títulos de propiedad. Luego de transcurrido casi medio siglo desde la promulgación de dichos instrumentos legales, son escasas las comunidades mapuches neuquinas que han obtenido la propiedad de la tierra que ocupan (Radovich, 2013).

⁶¹ Creados en 1936, eran intransferibles, aunque con la resolución 154/91 de APN se otorgan nuevas bases para el ordenamiento legal de los pobladores.

comerciales y sociales. A su vez, se organizan las comisiones de fomento en las que se gestionarán diversos servicios públicos.

En este proceso de organización socio- política y económica del territorio neuquino, según Luorno (2003), los libaneses desempeñaron un papel fundamental en la definición de actividades comerciales y en la creación de organizaciones intermedias presidiendo sus comisiones. Además manifestaban un marcado interés por las instituciones culturales y educativas. En 1946, Elías Sapag (hermano de Felipe Sapag, líder del futuro Movimiento Popular Neuquino - MPN) preside la Federación Peronista Neuquina y sugiere nombres de militantes locales 'capacitados' para ocupar distintos cargos, tales como comisiones municipales, juzgados de paz, etc. y para constituir la Junta Territorial Reorganizadora del Partido Único, coincidentemente con la expansión del peronismo en el territorio después de las elecciones de 1951. Asimismo, Juan Sapag (tío de Elías y de Felipe) participa de la delegación neuquina que tiene como objetivo peticionar en 1955, ante Perón, por la provincialización del Territorio Nacional, petición que se efectiviza recién en 1957 con la aprobación de la Constitución provincial.

2.2- LA PROVINCIALIZACIÓN Y EL DESARROLLISMO NEUQUINO

A partir de la provincialización de Neuquén se establecen instituciones de gobierno: legislativas, judiciales y el sistema de representación política mediante elecciones. En 1963 con el triunfo de Felipe Sapag, principal referente político del MPN, se implementan una serie de medidas políticas y económicas de corte desarrollista, que repercutieron en la población de la provincia en general y en la población mapuche en particular. La provincialización del territorio de Neuquén fue un laboratorio para probar el recetario desarrollista (Taranda y otros, 2008), que era impulsado desde la CEPAL (Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas). La provincia patagónica se incorporó a la órbita nacional desde una concepción del Estado como motor del desarrollo. La constitución provincial, según Arias Bucciarelli (1999), trasluce el propósito de construir un Estado que asumiera la defensa de las riquezas de la provincia, impulsara el desarrollo global y creara una infraestructura social básica (Favaro, 1999, en: Taranda y otros, 2008). En los años que siguieron a la provincialización se definió en Neuquén un Estado moderno con dos características significativas: la centralización institucional y una vocación planificadora (Taranda y otros, 2008). La política económica que en principio se basaba en la agricultura y la ganadería fue adquiriendo un perfil energético (explotación de gas y

petróleo) que permitió grandes inversiones en educación, salud y obra pública (planes de vivienda, trabajo administrativo en el Estado provincial), incentivando el crecimiento demográfico a través de las migraciones poblacionales.

La población fue en aumento desde 1960 (109.890 habitantes) a 1970 (154.570 habitantes) y 1980 (243.850)⁶². Los indicadores de educación evidencian que la asistencia de alumnos matriculados cada mil habitantes era de un 76,5% en 1960 y ascendió a un 90,7 % hacia 1980. En salud, la mortalidad general en 1970 pasó de 10,4 a 5,9 en 1980, la mortalidad infantil de 108,4 a 32,6 por cada mil niños nacidos vivos. La tuberculosis pasó de ser el doble de la media nacional, o sea de 24 % en 1970 a 5 % (adquirió un valor menor a la media nacional). La administración pública en 1970 alcanzaba un total de 3.726 empleados, y para el año 1989 fue de 25.994 empleados públicos (Favaro, 2001).

Estas políticas llevadas a cabo por el Estado provincial eran parte de una perspectiva que privilegió el conocimiento técnico para la resolución de problemáticas en las diversas áreas. En este sentido, la génesis del sistema público de salud en Neuquén se relacionó con un modelo desarrollista⁶³, con una lógica sanitaria que se basó en postulados tecnocráticos y modernizantes que permitieron la designación de profesionales que apoyaron la formación de recursos humanos en salud y la designación de técnicos en administración sanitaria, como ministros o secretarios (Perrone y Teixidó, 2011). Es por ello que este período se caracteriza por la presencia de técnicos expertos en puestos de gestión. Esta perspectiva desarrollista contribuyó a revertir la crítica situación sanitaria que presentaba la provincia en un corto plazo. Debido a la ausencia en todo el territorio provincial de efectores sanitarios, se destinó una importante inversión económica para el desarrollo de políticas sanitarias en atención primaria, proveniente de las regalías hidrocarburíferas.

⁶² Datos extraídos de Taranda y otros, 2008.

⁶³ Luego de la Segunda Guerra Mundial, y siguiendo la Teoría del desarrollo clásica, que sostenía que los países iban avanzando a través de fases cada vez más evolucionadas de desarrollo económico (desde la economía agraria a la economía industrial de consumo masivo), las Naciones Unidas impulsaron el desarrollo de los países no desarrollados mediante investigaciones de expertos y creación de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas). En América Latina existían circunstancias sociopolíticas que obstaculizaban el desarrollo y condicionaban la aplicación de los supuestos puramente económicos de las teorías clásicas. La CEPAL analizó las razones del sub-desarrollo en los países de América Latina que la llevaron a conclusiones autónomas sobre las causas del desarrollo y las medidas necesarias para impulsarlo (Extraído de: <http://www.cepal.org/publicaciones/xml/9/19229/valpy.htm>). Estas teorías tomaron el nombre de desarrollismo. En nuestro país, el programa nacional de desarrollo incluyó el autoabastecimiento de petróleo, carbón y acero y creó las industrias petroquímica y automotriz. Lenton (2005), señala que identificar al ciclo de gobiernos desarrollistas iniciado por Lonardi con los conservadores del régimen derrocado en 1943, oscurece la percepción de las continuidades existentes entre las medidas desarrollistas y las de los últimos años del gobierno de Perón, como de la sedimentación de elementos "populistas" que a pesar de su decisión, la Libertadora no podrá ya desestimar.

A su vez, el desarrollo del sistema de salud de Neuquén está relacionado, por un lado, con las estrategias políticas durante los primeros años de la provincialización⁶⁴ neuquina llevadas a cabo por el gobernador Felipe Sapag, y vinculada con el fortalecimiento del Movimiento Popular Neuquino (MPN); por otro lado, algunos autores como Taranda y otros (2009) enfatizan que el sistema de salud tuvo su origen en 1970, en el contexto de dictadura militar, con Juan Carlos Onganía en el poder, quien colocó a Felipe Sapag como interventor militar de Neuquén. Los autores refieren a la Doctrina de la Seguridad Nacional⁶⁵ como elemento fundamental en la elaboración de proyectos desarrollistas en la Patagonia, que buscaron garantizar la soberanía nacional a través de fomentar el poblamiento de la región, para lo que era necesario dotarla de servicios, sobre todo a raíz de la circulación de hipótesis de conflicto con Chile (*Ibid.*). Por otro lado, políticas de salud públicas que venían siendo aplicadas en las provincias de Jujuy (1966) y Salta (1968) del norte argentino⁶⁶, denominadas programas de Salud Rural a mediados de los años 60, habían demostrado ser eficaces logrando por ejemplo, en breves períodos de tiempo (seis meses), triplicar la institucionalización de los partos en la localidad de Tilcara, a través de la organización de la estructura sanitaria centrada en los agentes sanitarios y las visitas domiciliarias. En un contexto dominado por el modelo desarrollista, en Argentina, se llevaron a cabo políticas operativizadas a través de planes y programas que respondían a criterios técnicos y económicos de eficacia y eficiencia. “Se planificaban y se ponían en marcha, pero sólo en la medida que se cumplieran los objetivos se enviaban los fondos” (Perrone y Teixidó, 2011). La Salud Pública formó parte de un paquete de medidas políticas que tenía varios objetivos: asumir la organización socio-política y económica de la provincia recientemente reconocida y solucionar los principales problemas sociales como educación, salud y empleo para una población dispersa en un amplio territorio carente de todo tipo de servicios. A su vez, esta población era de orígenes muy diversos, lo cual implicó una estrategia estatal tendiente a crear una identidad provincial que superara la gran heterogeneidad.

⁶⁴ El proceso de provincialización del territorio neuquino culmina con la aprobación de la constitución provincial de Neuquén en el año 1957 y su puesta en vigencia en 1958. A partir de allí las autoridades ejecutivas locales serán elegidas por voto de los habitantes de la provincia y no serán dispuestas por el poder ejecutivo nacional.

⁶⁵ La doctrina de Seguridad Nacional es un concepto utilizado para definir ciertas acciones de política exterior de Estados Unidos tendientes a que las fuerzas armadas de los países latinoamericanos modificaran su misión para dedicarse con exclusividad a garantizar el orden interno, con el fin de combatir aquellas ideologías, organizaciones o movimientos que, dentro de cada país, pudieran favorecer o apoyar al comunismo en el contexto de la Guerra Fría. Estas doctrinas aplicaron en Uruguay, Argentina y Chile.

⁶⁶ Programa de salud rural en la provincia de Jujuy en 1966, ideado por el doctor Carlos Alvarado.

El denominado Plan de salud de Neuquén, cuya fecha de inicio se suele ubicar en 1970⁶⁷, es considerado pionero de la APS⁶⁸, así como ejemplo de su funcionamiento como estrategia sanitaria. El reconocimiento de los logros del Plan de Salud neuquino otorgado por los organismos internacionales de salud (OPS/OMS) se fundamentó en la transformación positiva de los indicadores sanitarios alcanzada en base a la regionalización de la provincia en zonas sanitarias, a la construcción y jerarquización de los efectores de salud según niveles de atención (descentralización ejecutiva), a la centralización normativa (todos los efectores se regían según una única normativa del ministerio de salud provincial) y a la estrategia de prevención⁶⁹ y promoción de la salud⁷⁰ domiciliaria casa por casa realizada por profesionales de salud y agentes sanitarios dependientes del Programa de Salud Rural. De esta manera, en un corto plazo se transformaron positivamente las condiciones de salud en la provincia. El modelo desarrollado en Neuquén no sólo fue precursor de las recomendaciones de los organismos internacionales de salud⁷¹ -como reorganizar el sistema de salud mediante regionalización y jerarquización de los efectores, priorizar la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, actuar sobre los determinantes sociales de la salud⁷², entre otros- sino que se diferenció de las políticas sanitarias implementadas en el resto del país. Para poder comprender mejor cómo se produjo el proceso que llevó a la construcción de la Salud Pública provincial como patrimonio local ejemplar, es necesario prestar atención a la situación política, económica y social particular acontecida en Neuquén, en la que se destaca una figura central que dirigirá políticamente la provincia durante más de 40 años

⁶⁷ En 2013 se difundió públicamente el festejo de los 50 años de la Salud Pública, tomando el año 1963 como referencia de inicio de la misma, pues fue el año en que asumió por primera vez Felipe Sapag como gobernador de la provincia. Este hecho puede enmarcarse en un proceso selectivo e inventivo de la memoria local, que tiene por finalidad la construcción de símbolos provinciales o soberanía provincial que abonan una identidad "neuquina".

⁶⁸ La APS es definida como estrategia sanitaria recién en 1978, casi diez años después del Plan de Salud neuquino.

⁶⁹ Leavell y Clark (1965) definieron tres niveles de prevención: primaria (promoción de la salud), secundaria (diagnóstico y tratamiento) y terciaria (rehabilitación). La estrategia de prevención de las enfermedades incluye dispositivos de intervención como protocolos de vacunación y educación para la salud.

⁷⁰ La promoción de la salud tiene como objetivo informar, influenciar y asistir a individuos y organizaciones para que asuman mayores responsabilidades y sean más activos en materia de salud (OPS/OMS, 1996). Aunque en la actualidad el discurso sobre promoción de la salud es diverso -contempla diferentes perspectivas y prácticas- según sanitaristas como Buss (2006), la intersectorialidad -entendida como el trabajo conjunto de diferentes sectores para la resolución de problemáticas sociales complejas-, la participación social y la valoración de los conocimientos populares constituyen sus pilares (Czeresnia y Machado de Freitas 2006).

⁷¹ Estas recomendaciones son expresadas en la Declaración de Alma Ata (1978).

⁷² Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (Extraído de: http://www.who.int/social_determinants/es/).

2.3- LA CONSOLIDACIÓN DEL LIDERAZGO DE LOS SAPAG EN NEUQUÉN

Felipe Sapag, quien fue electo como gobernador en 1962 y asumió su primer mandato en 1963, acompañó y avaló las políticas públicas de desarrollo social de la provincia. El liderazgo de Felipe Sapag no fue menguando por el golpe militar y es posible que debido a ello la junta militar (que lo había depuesto en 1966) le solicitó que asumiera nuevamente el cargo de gobernador de la provincia en 1970.

El Movimiento Popular Neuquino (MPN), fundado por los hermanos Felipe y Elías Sapag en 1961, adquirió pocos años después de concluido el proceso de provincialización, un lugar central en la política provincial. Este fenómeno es explicado por la historiadora de la región Orietta Favaro, a partir de la capacidad que tuvieron los Sapag para convocar a 'antiguos y nuevos pobladores' al nuevo espacio. En ese momento, refiere que los sectores populares eran mayormente peronistas y constituyeron las bases sociales - por lo menos con nitidez desde la década del 70 - del partido local (Favaro, 2001).

Por su parte, Bandieri (2005), relaciona el proceso de conformación de la economía de la región y los sectores directamente implicados, con la consolidación del liderazgo político de determinados grupos locales. La autora sostiene que la consolidación de los sectores dominantes locales sirio-libaneses no estuvo relacionada con la compra de tierras, ni tampoco se debió a matrimonios endogámicos (estrategias utilizadas en el caso de los sectores de origen europeo), aunque sí fueron importantes los lazos étnicos. Refiere que los sectores dominantes locales de origen mercantil gestaron su poder sobre el trueque, los adelantos a la producción y la monopolización del crédito, ejerciendo intermediación comercial entre los pequeños productores ganaderos y el consumo nacional y regional, este último vinculado durante años al mercado chileno. La reorientación definitiva del intercambio hacia el área atlántica (1930-1940) contribuyó a la consolidación de estos grupos mercantiles que constituyeron la base de los sectores dominantes de la región, vinculados al poder político del territorio y fortalecidos a partir de su provincialización. La definición de la organización económica neuquina habría favorecido la consolidación política de estos grupos que hicieron de la intermediación la base de su poder económico, y del discurso federalista, el núcleo de su éxito político, tal como lo demuestra la trayectoria del MPN" (Bandieri, 2005:70).

En 1970 la familia Sapag y otros grupos de origen libanés, que entre la década de 1940 y 1950 controlaban el excedente de lo producido en el territorio neuquino, decidieron diversificarse y se convirtieron en proveedores de la empresa estatal YPF,

del Ferrocarril del Sud (luego Ferrocarril Gral. Roca), adquirieron yacimientos mineros, especialmente de baritina, generando además de producción y empleo, una red de lealtades que constituyeron el 'capital social' del MPN (*Ibid.*).

La composición de la población de bajos recursos en el ámbito rural estaba conformada por pequeños propietarios, fiscaleros dedicados a la ganadería extensiva y agricultura de subsistencia, al trabajo familiar, chacareros, trabajadores mineros, asalariados de las estancias, pueblos originarios e inmigrantes chilenos. El espacio urbano se componía en su mayoría de trabajadores de sectores medios que se integraron como prestadores de servicios, empleados provinciales o nacionales, en el comercio, en el transporte o en la construcción. Sólo en las zonas del petróleo - mayoritariamente en el departamento Confluencia- se observaba la presencia de 'trabajadores industriales'. La prevalencia de actividades económicas primarias (de extracción) y terciarias (comercio, comunicaciones, servicios y turismo) y la casi ausencia del desarrollo de actividades económicas secundarias (industriales), según Favaro y Bucciarelli (2001), se debe a que el Estado nacional, que era la instancia que financiaría los proyectos, privilegió la realización de grandes obras en otras localidades; por otro lado, las inversiones privadas optaron por el área pampeana, u otras regiones de la Patagonia. A ello se agregó la ausencia de un empresariado local con vocación industrial y las prioridades políticas y de legitimación de los gobiernos emepenistas. En la década del 70, pero con efectos visibles en los años 80, es cuando se asiste a la definición de la matriz productiva en la provincia de Neuquén (Favaro y Bucciarelli, 2001). El perfil energético adquirido y las regalías obtenidas a partir del mismo, posibilitaron el desarrollo de políticas de bienestar.

2.4- LAS POLÍTICAS DE BIENESTAR Y EL MPN

El empleo público, la salud, la educación y la vivienda fueron provistos con el objeto de poner en marcha una política de 'bienestar' (Favaro, 2001), principal estrategia de inclusión de los sujetos sociales en Neuquén. El aparato burocrático del Estado provincial se encontraba en plena ampliación y, por consiguiente, incorporando personas. Así, se implementó una política de inclusión, que no discriminaba por el origen geográfico y la filiación política a la que pertenecían estos actores sociales; la preocupación era incorporarlos y lograr su adhesión política. En última instancia, según la autora, no importaba que su voto se dividiera en local (para gobernador y autoridades provinciales) y nacional (presidenciales), sino armar el tejido político-clientelar que aún sostiene a los emepenistas en la provincia (*ibid.*).

En los primeros años del MPN en el poder, se destinaron porcentajes del presupuesto provincial para el desarrollo de la economía (42.6%) y para sanidad, educación⁷³, cultura y bienestar social⁷⁴ (38%). Más de la mitad de la composición del presupuesto eran ingresos nacionales en concepto de coparticipación (52.3%) (*Ibid.*). Orietta Favaro y Mario Arias Bucciarelli (2001) plantean que la fracción dominante de la burguesía que controlaba y aún controla el Estado provincial adoptó una estrategia que amplió el consumo personal y la activa presencia del Estado en la regulación económica y social, bases esenciales para aumentar la acumulación y obtener el consenso necesario para asegurar su permanencia en la direccionalidad del sistema político, en este sentido es que hablan del desarrollo de políticas de bienestar en Neuquén. De acuerdo a su análisis, el Estado neuquino alcanzó una activa presencia en el mercado de trabajo, actuando de manera directa como empleador e indirectamente a través de la contratación de empresas que ejecutan la obra pública. Esto permitió a un sector importante de la heterogénea población asentada en la provincia acceder a un nivel y calidad de vida que posibilitaba una cierta movilidad social ascendente (Favaro y Bucciarelli, 2001). La ampliación en la cobertura de los programas sociales (salud, vivienda, educación, comunicaciones, esparcimiento), el crecimiento y diversificación en la demanda y el bajo nivel de presión tributaria interna favorecieron el crecimiento poblacional.

Las primeras medidas de salud, ya durante su primera experiencia en el gobierno a principios de 1960, habían contemplado algunas acciones para enfrentar la situación sanitaria, que estaba caracterizada por la ausencia casi total de instituciones y recursos humanos profesionales en la provincia. Estas medidas, guiadas por una política desarrollista, fueron básicamente la creación de infraestructura hospitalaria y la formación y capacitación de profesionales. Sin embargo, no alcanzaron a solucionar la grave problemática de salud. La situación sanitaria seguía siendo muy delicada, por lo que se propuso la creación de un Plan de Salud⁷⁵ para organizar de modo más eficiente el Sector. Según el historiador Enrique Mases, “la realidad sanitaria de

⁷³ En menos de tres años se construyeron 157 edificios escolares (Legislatura de Neuquén, 2003. Artículo N°147, Reglamento Interno, 17° Sesión Ordinaria, Neuquén).

⁷⁴ Durante el primer gobierno de Felipe Sapag se construyeron 13.000 viviendas que solucionaron el problema habitacional de 50.000 personas (Legislatura de Neuquén, 2003. Artículo N°147, Reglamento Interno, 17° Sesión Ordinaria, Neuquén).

⁷⁵ Según Taranda y otros (2008), los objetivos y estrategias planteados en el documento serían más conocidos popularmente con el nombre de “Plan de Salud”. En la bibliografía a la que tuve acceso no aparece citado de primera mano ningún documento o informe escrito sobre el Plan de Salud de Neuquén. Si bien en todos los estudios sobre el tema se hace referencia a él, se habla en nombre de él, se lo evalúa y se contemplan sus resultados. Lo que sí pude observar es que existen evaluaciones y reconstrucciones posteriores al proceso, realizadas por los actores que estuvieron en los comienzos del desarrollo del plan, como el Dr. Néstor Perrone y la Dra. Elsa Moreno, y que actualmente los profesionales de la salud hacen constantes referencias al “Plan de Neuquén”.

Neuquén previa a la implementación del Plan de Salud era muy deficitaria. La mayoría de las localidades del interior carecían de cualquier atención sanitaria, ya sea por la falta de profesionales como por la ausencia de salas de primeros auxilios. Esto se acentuaba en los departamentos recostados sobre los Andes, sobre todo los del norte, donde la ausencia del Estado en materia de Salud Pública era absoluta” (Mases en: Taranda y otros, 2008:31).

Según el Censo Nacional de 1960, la provincia contaba con cerca de 110.000 habitantes, la mayoría de los cuales vivía en las áreas rurales. La zona sanitaria I⁷⁶ era la única que poseía una mayoría urbana (69%), mientras que en las restantes el 81% de la población era rural (*ibid.*). Si bien existe una ausencia de datos estadísticos específicos desglosados según la variable étnica, la población del territorio neuquino durante este período se encontraba distribuida en asentamientos dispersos, mayormente en las zonas rurales de la provincia. Ello me conduce a sugerir que gran parte de esos índices críticos revertidos gracias al Plan de Salud corresponderían a comunidades mapuche. La población a la cual apuntó Salud Pública, es decir, la que el Plan mediante el Programa de Salud Rural construyó como población objetivo a la cual apuntarían sus intervenciones, se hallaba situada fundamentalmente en sectores rurales desprovistos de efectores de salud, los cuales no azarosamente estaban habitados en gran parte por el pueblo mapuche.

La asistencia sanitaria fue presentada como una obligación que debía cumplir el Estado provincial desde la sanción de su constitución en 1957. El capítulo II de la Constitución Provincial referido a asistencia social, establece en el Artículo N° 287 que es una “obligación ineludible de la provincia velar por la salud y la higiene públicas, especialmente en lo que se refiere a la prevención de enfermedades, poniendo a disposición de sus habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud, por lo que ésta significa como capital social” (Constitución Provincial, 1957). Si bien la inclusión en la Constitución neuquina de la Salud Pública como obligación del Estado provincial fue pionera a nivel nacional y puede entenderse como el reconocimiento del derecho universal a la salud, también es necesario entenderla en relación al contexto histórico-político local. Las políticas públicas llevadas a cabo por el MPN permitieron dar respuesta a problemáticas sociales en términos de derechos sociales. Estas políticas del Estado neuquino consolidadas a partir de 1980, se dan en un momento “de expansión de su aparato técnico burocrático, interpenetración del Estado con el partido hegemónico y enmarcado en la búsqueda ampliada de legitimación de la

⁷⁶ La zona sanitaria I estaba conformada por los departamentos de Confluencia, Añelo, Collon Curá y Picún Leufú, cercanos a la capital provincial.

instancia local” (Favaro y Vaccarisi, 2005: 123). En el caso de Neuquén, según estas autoras, la legitimación estuvo dada principalmente por la estabilidad y la confianza en el mercado para generar crecimiento económico.

Las políticas de bienestar desarrolladas en el área de acción social estuvieron sustentadas en la selectividad y la focalización, mientras que en el área de salud, las políticas presentan continuidad desde 1970 y se basan en el principio de universalidad y gratuidad de la atención médica. Fueron posibles debido al presupuesto provincial compuesto mayoritariamente por coparticipación federal y regalías hidrocarburíferas.

2.5- LA ORGANIZACIÓN DEL PLAN DE SALUD NEUQUINO

El ministro de Bienestar Social de Neuquén, De Vals, presentó en 1970 un informe que describía esta situación de salud y el programa de acción para el sector, que se desarrollaría a partir de ese año. En ese momento Neuquén se caracterizaba, como ya hemos referido anteriormente, por una población de 154.143 habitantes con alta mortalidad general (10,4‰) e infantil (108,4‰); alta incidencia de enfermedades inmunoprevenibles, respiratorias y diarreicas; existencia de endemias con elevada incidencia y prevalencia, como hidatidosis y tuberculosis, cuya tasa de mortalidad era el doble que el promedio del país⁷⁷. Además había escasez de servicios y personal de salud (inexistente en muchas áreas del interior)⁷⁸.

El Plan de Salud fue organizado e implementado no sin contradicciones⁷⁹ y objetivos e intereses geopolíticos delineados estratégicamente. Aun así, el Plan de Salud de Neuquén se constituyó en un modelo sanitario a nivel mundial. Uno de sus ideólogos, el Dr. Perrone, refirió que “la efectividad de la estrategia de atención primaria ya había sido demostrada por la labor de Carlos Alvarado en la provincia de Jujuy” (Veronelli y Testa, 2002: 110). Sin embargo, Neuquén no replicó exactamente dicha experiencia, sino que “se orientó hacia la atención primaria y a la extensión de la cobertura, pero en lugar de apoyarse sólo en agentes sanitarios, fueron los médicos y otros profesionales de la salud los que llevaron adelante un plan de carácter integrado y horizontal (...)” (*Ibid.*: 110). Hubo una fuerte inversión en el área de salud. En relación a la organización del plan provincial, Néstor Perrone sostuvo que ellos no hicieron otra cosa que aplicar “el proceso de planificación sanitaria que proponía la

⁷⁷ La media nacional era de 12,1 x 100000 hab. En: www.paho.org/spanish/dd/ais/BE_v2n5.pdf

⁷⁸ “Sistema de salud de la provincia de Neuquén”. Miércoles, 06 de enero de 2010. En: www.saludNeuquen.gov.ar

⁷⁹ Las contradicciones se relacionan con el crecimiento del sistema privado en paralelo y como consecuencia del desarrollo del sistema público. Más adelante se aborda este tema.

OPS en los 70. Neuquén adaptó a su realidad aquella organización del trabajo que se transmitía a los países de América Latina” (*Ibid.*: 109).

2.5.1- LA DESCENTRALIZACIÓN EJECUTIVA Y LA CENTRALIZACIÓN NORMATIVA

El Plan se propuso reorganizar la asistencia médica. El sistema se estructuró en tres niveles: central, zonal y local, basándose en el principio de regionalización de las prestaciones. Esto implicó la delimitación de cuatro zonas sanitarias⁸⁰ para cubrir el territorio provincial (Figura II). Estas zonas estaban en la órbita de la Dirección General de Salud, cuyas políticas fueron diseñadas a partir de cuatro áreas diferentes: atención médica, saneamiento ambiental, servicios técnicos generales y administración. Se clasificaron las instituciones sanitarias (efectores) según niveles de complejidad de atención crecientes, con la asignación de “áreas programáticas” (que dependían de una Zona Sanitaria) a cada una de ellas. Además se ampliaron y crearon hospitales y se establecieron “Consultorios Periféricos” periurbanos y “Puestos Sanitarios” en zonas rurales⁸¹. En 1971 la Dirección General de Salud se transformó en Subsecretaría de Salud, con el Dr. Néstor Perrone como mayor autoridad jerárquica y se priorizaron las actividades de promoción de la salud, atención básica y saneamiento ambiental. Es en este proceso que se crea la figura de los Agentes Sanitarios encargados de cubrir con atención domiciliaria amplios territorios de la provincia exentos de servicios y recursos sanitarios.

⁸⁰ Posteriormente, debido al crecimiento en centros urbanos, la zona I se dividió en I “a”, I “b” y el Área Metropolitana y actualmente, la zona I “b” es la zona V. . El Sistema está integrado por seis zonas sanitarias. El Hospital Provincial Neuquén, depende de la Subsecretaría de Salud (Zona Metropolitana). En cada zona sanitaria hay un Hospital Cabecera Zonal. La zona sanitaria IV atiende el sector sur con cuatro establecimientos: uno cabecera zonal en San Martín de los Andes y tres cabeceras de departamento en Junín de los Andes, Villa la Angostura y Las Coloradas.

⁸¹ “Sistema de salud de la provincia de Neuquén”. Miércoles, 06 de Enero de 2010. En: www.salud.Neuquén.gov.ar

normativa a través de la nueva subsecretaría (Taranda y otros, *op.cit.*). La regionalización del territorio provincial, que permitía el contacto permanente entre los efectores y el nivel central, fue uno de los ejes sobre los cuales se desarrolló la coordinación del trabajo (Veronelli y Testa, 2002).

2.5.2- LOS INDICADORES DE SALUD

En relación a la alta mortalidad infantil, se planteó priorizar la atención materno-infantil, para lo que se solicitaron médicos pediatras al Hospital Gutiérrez de la ciudad de Buenos Aires. A su vez, se priorizó la institucionalización de la atención del parto, la detección y control de embarazadas y la asistencia alimentaria con leche en polvo a los grupos bajo control: embarazadas y niños menores de dos años. En relación a las enfermedades inmunoprevenibles, se efectuaron, siguiendo normas nacionales, campañas de inmunización con las vacunas Triple, Doble Adultos, Doble Niños, Antisarampionosa y Sabin, por medio de un programa regular permanente en toda la provincia. Esta medida se llevó adelante a través del trabajo del personal de enfermería así como también de los agentes sanitarios, que estuvieron involucrados desde el comienzo.

En relación a la escasez de hospitales y centros de atención, se anunció la realización de fuertes inversiones económicas en infraestructura sanitaria. Luego de cuatro años de iniciado el Plan, Sapag enfatizaba en un discurso: “Desde 1970 la provincia lleva construidos cuarenta establecimientos asistenciales, con lo cual ha quedado parcialmente completada la infraestructura de distinta complejidad. La misma abarca centros periféricos, salas de primeros auxilios, postas y hospitales” (Taranda y otros, *op.cit.*: 64). Para controlar la tuberculosis se planificó un dispositivo que consistía en la búsqueda de casos, el tratamiento según las normas, el control de contactos y la aplicación de la vacuna BCG. En el caso de la hidatidosis, se planificó un control basado en la búsqueda de casos, análisis, entrega de desparasitarios y controles posteriores de los canes, principal vector de transmisión de la enfermedad. Los agentes sanitarios participaron de estos procedimientos desde los inicios del Programa Piloto de Estudio y Lucha contra la Hidatidosis, desarrollado en la provincia del Neuquén entre 1970 y 1985⁸².

El Plan de salud estipuló que, debido a la escasa cantidad de médicos capacitados para trabajar en zonas rurales -caracterizadas por la ausencia de

⁸² El programa “constituyó uno de los modelos mundiales de control, alcanzando una reducción del 50% en la prevalencia de la hidatidosis humana antes de su paralización” (OPS, 2006).

infraestructura sanitaria-, se creara la residencia de medicina general, para formar médicos capaces de atender población de todas las edades y realizar prácticas de promoción, prevención, medicina pediátrica, gineco-obstetricia y clínica médica. La residencia comenzó a desarrollarse en 1974, con sede en el Hospital de Neuquén. En relación al personal auxiliar de salud, a fines de la década del 70 se comenzaron a realizar capacitaciones para formar agentes sanitarios, aunque su existencia en el sistema era anterior. Los primeros agentes sanitarios fueron maestros rurales y enfermeros empíricos⁸³, muchos de los cuales una vez culminada la capacitación, siguieron como agentes y otros siguieron desempeñando sus anteriores profesiones.

Los agentes sanitarios representaron una de las claves del sistema por su trabajo con poblaciones periurbanas y rurales dispersas, en donde las dificultades de acceso y comunicación, de pobreza y desocupación, demandaron su intervención⁸⁴. Este rol central estaba relacionado con la estructura definida por el Plan de Salud Rural⁸⁵.

El Plan de Salud iniciado en 1970 no presentó grandes modificaciones durante el gobierno militar instaurado el 24 de marzo de 1976.⁸⁶ Si bien a nivel nacional la junta militar presidida por el general Jorge Rafael Videla impulsó una serie de medidas destinadas a la liberalización del sistema -como el desarrollo de la medicina prepaga y la transferencia de hospitales a las provincias-, en Neuquén la situación sanitaria permaneció sin mayores cambios, ya que “tanto en gobiernos constitucionales como en los no constitucionales (“revolución argentina”, “proceso de reorganización nacional”) los principales dirigentes emepenistas ocupan cargos en la estructura técnico burocrática conocida como Consejo de Planificación y Desarrollo (COPADE). Este es un organismo de planificación creado durante la primera gobernación de Felipe Sapag (1963-1966) que plantea, programa y estructura las políticas públicas en Neuquén” (Favaro y Vaccarisi, *op.cit.* 124).

En 1978 el gobernador Domingo Trimarco nombra a Alberto Manuel Fernández, afiliado al MPN, ministro de Bienestar Social, y a Antonio García, médico ligado a la elaboración del Plan, Subsecretario de Salud. A su vez, la provincia recibió recursos provenientes de la Nación. Ante la posible guerra con Chile, el gobierno impulsó la creación de nuevos hospitales en el interior, como el de Chos Malal y el de Cutral Có, y de un centenar de centros sanitarios a lo largo de la línea de frontera

⁸³ Denominados así en el ámbito de salud local. Se refiere a aquellas personas que no estudiaron formalmente pero fueron capacitados en los efectores para realizar tareas de enfermería.

⁸⁴ Programa de Salud Rural y Peri-urbana. Secretaría de Salud. Neuquén. www.saludNeuquen.gov.ar

⁸⁵ “El COPADE y la Planificación Provincial”. Gobierno de la provincia de Neuquén. En: http://www.cofeplan.gov.ar/html/doc_institucionales/doc/copade_Neuquen.pdf

⁸⁶ En 1976 asume la gobernación de la provincia el coronel José Martínez Waldner hasta 1978, cuando ocupa este cargo el general Manuel Domingo Trimarco, quien desempeñaría sus funciones hasta 1983.

(Taranda y otros, *op.cit.*). El Plan de Salud fue un recurso utilizado por el gobierno militar para obtener legitimación política, y es por ello que se pudo continuar durante este período.

Es importante señalar que la Patagonia en general y Neuquén en particular, fueron receptores de los ‘exiliados internos’, por su lejanía de los centros urbanos y la baja densidad poblacional. La Patagonia fue el lugar elegido por los militantes perseguidos en las grandes ciudades, como Córdoba, La Plata, Buenos Aires, Rosario, etc. Muchos se instalaron en el área rural y otros se quedaron en la ciudad de Neuquén, al amparo del obispo De Nevares y de la APDH (Favaro, *op.cit.*)⁸⁷. Fueron numerosos los profesionales de salud jóvenes que migraron a la región escapando de la persecución en las capitales de provincias del país. Esta movilización de recursos humanos capacitados potencializó el desarrollo y continuidad del Plan Sanitario.

En el transcurso de los años 80, el sistema público de salud se había afianzado gracias a los resultados obtenidos a través del conjunto de medidas definidas en el Plan de Salud. Los indicadores más críticos de la situación de salud provincial como las tasas de mortalidad general, infantil, neonatal, post neonatal y la tasa de mortalidad materna se habían modificado positivamente en un corto período de tiempo como se muestra en la tabla I:

TASAS DE NATALIDAD Y MORTALIDAD - 1° SEMESTRE 1988/1989			
<i>Indicadores</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1988</i>
Población	154.570	243.850	359.221
Nacidos vivos	5.360	8.521	10.647
Tasa natalidad	34,7	34,9	29,6
Tasa mortalidad general	10,4	5,9	4,6
Tasa mortalidad infantil	108,4	32,6	21,9
Tasa mortalidad neonatal	43,3	18,5	14,2
Tasa mortalidad postneonatal	65,1	14,9	7,7
Tasa mortalidad materna	0,9	0,8	0,2
Tasa mortalidad 1 a 4 años	5,2	1,8	1,1

Fuente: O. Pellín, ob cit.; Gustavo Tosello, Información Estadística Año 1988 y Primer semestre 1988/1989, Dirección General de Información y Control, Ministerio de Salud Pública.

Tabla I: Logros del Plan de Salud según algunos indicadores sanitarios.

Es importante señalar que si bien los primeros pasos de la Salud Pública tanto en la provincia de Neuquén como en la ciudad de San Martín de los Andes se asocian

⁸⁷ Varias personalidades de la política neuquina colaboran en la protección de víctimas y familiares, durante la dictadura. Sin embargo la actividad más significativa fue la de Monseñor De Nevares que constituyó la Asamblea Permanente de los Derechos Humanos (APDH) delegación Neuquén a mediados del año 1976 (Favaro, 2001).

a la aplicación de una serie de políticas de bienestar llevadas a cabo por el MPN desde mediados de los años 60 estudiadas por numerosos historiadores, en el área específica de la Salud se carece de análisis que profundicen y sistematicen lo efectuado en dicho campo. Además de la escasez de trabajos abocados a esta temática, los pocos que existen privilegian los conocidos “logros” de la Salud Pública o son “evaluaciones” de gestión realizados muchos años después de la implementación del “Plan de Salud”. Estos escritos mencionados se han abocado a resaltar las cifras de mortalidad que disminuyeron como consecuencia del Plan pero no dicen nada acerca de quiénes eran los que morían, dónde, no mencionan qué porcentaje de las muertes pertenecían a niños de las comunidades mapuche, ni chilena. La ausencia de este dato resulta significativa debido a que en las décadas del 60 y 70 la población mapuche se hallaba dispersa dentro de los límites del estado provincial ocupando lo que se denominó área rural (casi toda la provincia, salvo la capital). Otro aspecto a resaltar es que tampoco se nombran las causas de dicha mortalidad ni cómo se obtuvieron esos indicadores a través de los cuales realizaron el diagnóstico de la situación de salud de la provincia. Existe por lo tanto, una ausencia de las dimensiones socio-ideológica y cultural en dichas investigaciones (Menéndez, 1989). Como refiere Eduardo Menéndez, sabemos muy poco sobre lo que la gente sabe, vive, percibe, actúa respecto de la mortalidad: tenemos tablas de mortalidad cada vez más precisas en sus datos, pero no sabemos casi nada sobre la historicidad de la muerte en los conjuntos subalternos (ibid.).⁸⁸ Sin embargo, ha sido demostrado por numerosos estudios sobre estratificación social que el estrato más bajo de la sociedad es el que presenta condiciones notoriamente inferiores que se traducen en una mayor mortalidad general y específica y en una menor esperanza de vida (Menéndez, 1986). Hasta mediados del siglo XX la población de San Martín de los Andes se concentraba en áreas rurales, habitada mayormente por población mapuche, estrato social subalterno que había sido confinado a esos espacios marginales, luego de haber ocupado durante siglos y hasta la campaña del desierto unas 30.000 a 35.000 hectáreas⁸⁹, incluidos los terrenos donde actualmente se encuentra el casco histórico de la ciudad de San Martín de los Andes. Recién a partir de los años 60 se comienza a evidenciar un crecimiento demográfico en el área urbana debido a las migraciones de “amenidad” (Nakayama y otros, 2009) que repercuten en el proceso de

⁸⁸ Uno de los escasos trabajos que van en la línea de lo que plantea Menéndez es el de Martínez (2013), en el noroeste argentino. La autora examina cómo los rituales transforman a un viviente en un difunto, y cómo esta construcción es social además de biológica. Procura superar la homología entre muerte y deceso biológico, sugiriendo una noción que incluye la dimensión orgánica, pero también la social: el proceso de la muerte (Martínez, 2013).

⁸⁹ Extraído de: <http://www.mapuexpress.net/?act=publications&id=135.20/5/0213>.

urbanización local. A fines de 1970 con la apertura de las pistas de esquí en el cerro Chapelco y la eclosión de la industria turística que implicó, se produjo una fuerte inmigración hacia la ciudad. La evolución histórica de la ocupación del territorio municipal se aceleró durante los años 80, en contraposición a lo ocurrido en el área rural, en el que la actividad económica principal es la ganadería extensiva (vacunos, ovinos y yeguarizos) y la actividad forestal (pinos, madera, caña).

Por otro lado, no sólo se han omitido datos con respecto a la composición étnica de los índices de mortalidad. Otro aspecto que no aparece expuesto o explicitado en estudios sanitarios es el trabajo de los agentes en los primeros tiempos del Plan de Salud. Estos actores acompañaron a los médicos casa por casa y también recorrieron en solitario vastas áreas desoladas y de difícil acceso para “conseguir” los logros. Existen muy pocas referencias escritas sobre el rol desempeñado por los agentes sanitarios, así como casi no se menciona la existencia de comunidades mapuche en los registros de salud. Este sería un aspecto que comparten ambos actores que se han relacionado a lo largo del desenvolvimiento del Plan de Salud.

2.6- EL PROGRAMA DE SALUD RURAL

El Programa de Salud Rural, implementado desde 1971 actualmente es denominado “Programa de Salud Rural y Periurbana” (PSRyP) debido al crecimiento demográfico periurbano desde la década del 80. Desde sus inicios, se implementa a nivel provincial y funciona como marco de trabajo de los agentes sanitarios. Fue creado como parte del Plan de Salud de Neuquén que comenzó en 1970 para la atención en áreas rurales. El programa perseguía el objetivo de maximizar la accesibilidad geográfica y sociocultural de la población a la atención de la salud. El propósito del mismo es “brindar cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud, a través de una modalidad operativa representada por la visita periódica domiciliaria del agente sanitario, con apoyo médico y odontológico programado”.⁹⁰

En este contexto es que, desde su implementación en el año 1971, un equipo de médicos generalistas, odontólogos y a veces enfermeros junto a los agentes sanitarios desempeñan actividades en relación a la implementación de acciones preventivas, de educación y de promoción de la salud. Algunas de las tareas que les asignan son la

⁹⁰ Programa de Salud Rural y Peri-Urbana, Secretaria de Salud de Neuquén. (En: www.saludneuquen.gov.ar)

“realización de censos⁹¹ y cartografías”⁹² del Área cubierta por el agente sanitario. Durante las visitas domiciliarias los agentes completan un “censo” que consiste en llenar una planilla que con datos de la familia, y si ya la han censado, modifican sus datos. De esta manera “actualizan el conocimiento de las familias, de los individuos y del área geográfica asignada”.

El PSRyP tiene como objetivo la “cobertura con visita domiciliaria de todas las familias” de las áreas rurales, profundizando un mayor número de visitas a aquellas familias de mayor vulnerabilidad, determinada en función de otro criterio definido desde la biomedicina conocido como “factor de riesgo”⁹³. Una familia considerada vulnerable presentaba alguna situación de riesgo mencionada en el PSRyP⁹⁴.

2.6.1- EL ROL DE LOS AGENTES SANITARIOS

Según el PSRyP los agentes sanitarios tienen un rol principal como “promotores de salud”. Además, se encargan de la detección de alguno de estos indicadores de riesgo en la familia o en la vivienda (deficiente eliminación de excretas, almacenaje de agua, etc.), siendo el reconocimiento de al menos uno, suficiente para determinar un caso de riesgo que será considerado prioritario en cuanto a las visitas domiciliarias de seguimiento. Otra tarea señalada en el PSRyP es “la captación y orientación de niños menores de seis años y de niños con bajo peso para realizarles el control del equipo de salud, según las normas de atención materno-infantil”. En las visitas a las casas conversan con las mujeres que tienen niños menores de seis años,

⁹¹ Las hojas de censo se realizan en la primera visita a una familia, se anotan datos sobre cantidad y edad de miembros del grupo familiar, condición de ocupación laboral de jefe/a de hogar, enfermedades o tratamientos y estado de vacunación de menores residentes, entre otros datos; también se registra en ellas nuevos datos y una vez por año se hace el denominado “cierre de ronda” que consiste en sistematizar toda la información del “censo”.

⁹² Las cartografías son mapas realizados por los agentes sanitarios, donde cada uno releva las características de su área de trabajo, definida en relación a la cobertura y responsabilidad.

⁹³ Se considera desde la biomedicina como medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc.). El riesgo se correspondería con el concepto matemático de probabilidad (OPS 1986 en: Domínguez Mon, 2000). Según Domínguez Mon (2000) el supuesto que subyace en esta definición es que a medida que avance el conocimiento sobre factores de riesgo, que permita definir acciones preventivas, los daños a la salud ocurrirán con menor frecuencia (OPS, 1986). Según la autora, la detección del riesgo en población vulnerable más que reparar inequidades legitima las diferencias.

⁹⁴ Factores de riesgo: parto domiciliario, embarazo sin control, niños con bajo peso o desnutridos, violencia familiar, abusos, alcoholismo, otras adicciones, embarazo en menor de 17 años, más de tres hijos menores de 5 años, ausencia de planificación familiar, familia monoparental, vacunas incompletas, accidentes en el hogar, muerte de menores de 5 años, discapacitados, enfermedades crónicas sin tratamiento o control, analfabetismo, menores en edad escolar que no asisten a la escuela primaria, hacinamiento y promiscuidad, vivienda precaria sin servicios, falta de hábitos de higiene, deficiente eliminación de excretas, ausencia de tratamiento en el agua para consumo, inadecuado almacenaje de agua, vivienda con vinchucas sin fumigar, perros sin desparasitación, deficiente eliminación de basura, menores en situación de abandono, ausencia de ingresos económicos, ausencia de trabajo, entre otros (Programa de salud rural y periurbana de los agentes sanitarios, s/f).

les piden la libreta sanitaria para ver si tienen las vacunas y los controles médicos correspondientes a su edad. En caso que “no estén al día con las vacunas” les recomiendan asistir al centro de salud más cercano, o en algunos casos definen día y horario de la próxima visita para que el agente lleve y aplique la vacuna.

También están abocados, según el PSRyP, a “la captación oportuna de la embarazada y su derivación a control médico, odontológico, y la promoción del parto institucional⁹⁵ y de la lactancia materna según las normas”. Tanto en el Área rural como en el periurbano priorizan no sólo la detección de las mujeres embarazadas, sino también las actividades de promoción del parto en el hospital y de la lactancia materna, a través de conversaciones desarrolladas en visitas periódicas. Desde los años 70, esta tarea fue fundamentalmente ejercida por los agentes sanitarios, incluso, cuenta el agente sanitario RC⁹⁶, a los agentes que tenían un parto domiciliario en su área les descontaban un porcentaje del sueldo.

La “orientación de la población a la consulta odontológica” se lleva a cabo en las instituciones educativas, donde realizan talleres sobre el “correcto” cepillado de dientes, y durante las recorridas diarias charlan con hombres y mujeres adultos sobre la “salud bucal” difundiendo los horarios de atención del odontólogo en el centro de salud o en el puesto sanitario.

La captación y orientación de los pacientes tosedores crónicos para que se realicen un control médico y/o recolectar muestras de esputo, según las pautas del “Programa del Control de la Tuberculosis” ha sido definida como otra de las tareas de los agentes sanitarios desde los primeros años del Plan de Salud. En ese momento la tasa de mortalidad por tuberculosis en Neuquén era de 24,2 x 100.000 habitantes, el doble de la nacional.⁹⁷ Para revertir este diagnóstico, una estrategia desarrollada fue la detección de casos mediante la visita domiciliaria, durante la cual si el agente sanitario detectaba que alguna persona presentaba síntomas tales como tos fuerte, problemas respiratorios, fiebre, sudoración nocturna u otros, debía recolectar muestras de saliva. Dentro de esta estrategia también estaba la aplicación de la vacuna BCG a los que no la presentaban. De esta manera la tasa se redujo considerablemente.⁹⁸

Según el PSRyP, el agente sanitario “por medio de interrogatorio y observación directa detectará probable patología derivándola al establecimiento o citándola para la consulta médica con motivo de la visita periódica, siguiendo el mismo procedimiento

⁹⁵ El 100% de los partos institucionales se atendieron en el sub-sector público de salud según el Censo 2001 del INDEC.

⁹⁶ Jefe de agentes sanitarios.

⁹⁷ La media nacional era de 12,1 x 100000 hab. (www.paho.org/spanish/dd/ais/BE_v2n5.pdf).

⁹⁸ En 2009 la tasa de mortalidad por tuberculosis en la provincia es de 1,8 x 100.000 habitantes (Ministerio de Salud, 2010).

con los sanos presuntivos o sospechosos”.⁹⁹ Durante las visitas los agentes observan a las personas y les hacen preguntas sobre sus percepciones de salud. No existe un cuestionario pre-establecido, sin embargo pude observar que en las visitas, los agentes sanitarios dialogan con los vecinos y es parte de la rutina que ellos les comenten lo que les sucede, sus padecimientos, sus dolencias y les realicen pedidos de medicación y turnos, entre otros. Pero si la persona no explicita sus necesidades, en algún momento de la conversación (más o menos directamente) los agentes les preguntan por la situación de salud que atraviesan, cómo se sienten, si tienen algún dolor, qué les parece que les haría bien e intentan que expresen sus opiniones acerca de lo que les pasa.

La “detección y orientación de individuos o familias con problemas de salud mental, para abordaje por niveles”, “la captación y orientación de pacientes adictos – alcoholísticos” durante las visitas son una actividad señalada en el PSRyP.

La realización de “actividades de prevención y promoción relacionadas con el control canino y de vectores, según pautas del programa de Lucha Antihidatídica y Antichagásica” es también una actividad que caracterizó a los agentes sanitarios. Actualmente la enfermedad de Chagas no es significativa, sin embargo en el pasado la prevención y detección de Chagas constituyó una de las tareas de saneamiento que realizaron los agentes sanitarios en las zonas rurales. No sólo desinfectaban las viviendas, también tomaban muestras de vinchucas para su análisis. En cuanto a la hidatidosis, históricamente en la provincia de Neuquén y en general en la Patagonia¹⁰⁰, ha representado un problema de salud importante. Desde los comienzos del Plan de Salud provincial se impulsó la detección de dicha patología parasitaria, debiendo los agentes recolectar las muestras y distribuir desparasitarios para los perros.

De acuerdo al PSRyP las actividades que deben cumplimentar los agentes sanitarios pueden agruparse en las siguientes categorías:

-Promoción¹⁰¹: El PSRyP menciona las actividades de promoción de lactancia materna, promoción de huertas (entrega de semillas e información sobre el cultivo) y granjas y promoción de alimentación saludable.

-Prevención: en el PSRyP se establecen numerosas actividades denominadas de prevención que se pueden agrupar en las siguientes subcategorías:

⁹⁹ Programa de Salud Rural y Peri-Urbana, Secretaria de Salud de Neuquén. (En: www.saludNeuquén.gov.ar)

¹⁰⁰ La prevalencia en humanos en 1980 en Neuquén (Loncopué) era del 14,2% (OPS, 2005). En 2005 la tasa de mortalidad específica por Echinococosis quística era de 5.5 x 100.000 habitantes y en la región patagónica era de 78.7 x 100.000 habitantes. (Tasa de mortalidad específica por Echinococosis en población de riesgo por región geopolítica y provincia. República Argentina. Período 1987 – 2007. Parasitología, INEI, ANLIS, “Dr. Carlos G. Malbrán”).

¹⁰¹ La Promoción de la salud no es definida en el PSRyP, sólo se mencionan estas actividades.

--Prevención Primaria¹⁰²: el PSRyP establece que en todas las rondas el agente “interrogará acerca de vacunas”, entregará métodos anticonceptivos a mujeres en edad fértil y hombres que lo requieran y derivará a tratamiento odontológico a embarazadas y menores que lo requieran.

--Prevención Secundaria¹⁰³: el PSRyP refiere que “por medio de interrogatorios y observación directa el agente sanitario detectará enfermedades” que luego derivará al médico, y establece que “en los casos de emergencia realizará acciones de primeros auxilios”.

--Prevención Terciaria¹⁰⁴: el PSRyP define que el agente sanitario supervisará el cumplimiento de prescripciones médicas y realizará los controles en detalle según indicaciones médicas, supervisará tratamientos de enfermedades estacionales (Bronquiolitis y diarreas) y también le encomienda la recolección de muestras para diagnósticos.

-Educación para la Salud (EpS): el PSRyP nombra dentro de esta categoría las actividades de charlas sobre “prevención de traumas, y accidentes”. Los accidentes de tránsito y en el hogar son temas abordados en las visitas a viviendas e instituciones educativas. El PSRyP define como EpS las prácticas de “saneamiento ambiental, derechos del niño, violencia familiar”. Además menciona que los agentes sanitarios brindarán indicaciones sobre el “tratamiento para potabilización del agua”, para la “construcción de letrinas”, para el “mejoramiento de la vivienda”, para la “disposición correcta de la basura”, para la “eliminación de roedores y vectores de enfermedades”, “pautas de cuidado para prevención de enfermedades estacionales (bronquiolitis, diarrea)”.

-Controles de Salud: el PSRyP explicita que cuando durante una ronda el agente sanitario encuentre una puérpera reciente, tiene que realizarle el control hasta que se produzca la derivación a la consulta médica.

-Relevamiento sociodemográfico y epidemiológico mediante el censo socio sanitario y la elaboración de cartografías (mapas de áreas de trabajo).

-Actividades de apoyo a la atención sanitaria: en el PSRyP se mencionan varios tipos de acciones que contribuyen a la atención como la comunicación/notificación al hospital de puérperas recientes “captadas”/ encontradas durante las rondas, la citación inmediata del recién nacido a la consulta médica, la derivación de niños, mujeres embarazadas y puérperas recientes no controlados clínicamente a la

¹⁰² La prevención primaria incorpora aquellas acciones que están destinadas a evitar enfermedades.

¹⁰³ La prevención secundaria consiste en detectar y aplicar tratamiento a las patologías en estado temprano.

¹⁰⁴ La prevención terciaria denominada también rehabilitación. incluye las acciones que se realizan cuando ya se ha instaurado la enfermedad, con el objetivo de eliminarla o reducir sus efectos/daños.

consulta médica, la dación de leche a embarazadas y menores durante el control médico. También define que el agente sanitario deberá “arbitrar los medios a su alcance para concretar el traslado de la embarazada al establecimiento en tiempo y oportunidad de la proximidad del parto”.

El PSRyP establece para el Área Rural no menos de dos censos (“cierre de ronda”) al año y para la periurbana por lo menos dos. En referencia a la selección de familias a visitar, define que en ambas Áreas se aplicará el criterio de riesgo (niños/as “bajo peso”, personas con “adicciones”, personas con “tratamientos supervisados”, “embarazos de riesgo”¹⁰⁵, “pacientes con cuidados paliativos”).

Dentro de las seis categorías establecidas, las primeras tres (promoción, prevención y educación para la salud) se encuentran interconectadas de manera que una misma práctica puede expresar las tres dimensiones. En el PSRyP no se definen estas categorías específicamente sino que se nombran actividades dentro de las denominaciones “promoción”, “prevención” y “educación para la salud”.

El lenguaje utilizado en el PSRyP exhibe un lenguaje militarizado que, como todo lenguaje, posee una intencionalidad. En el empleo de palabras como “detección”, “captación”, “interrogatorio”, “supervisión” y “control” se evidencia la impronta militarista característica del discurso biomédico. Éste ha concebido el cuerpo como un campo de batalla en el que se libra un combate encarnizado del que con harta frecuencia se sale vencido. La metáfora militar se utiliza para tres aspectos de la enfermedad: la patología, el tratamiento, y la experiencia del paciente. Se habla de las “células invasoras” (o agentes enemigos que nos atacan), del “arsenal terapéutico” de la “valerosa batalla que libra el paciente” (Sontag, 2003). El carácter performativo del lenguaje utilizado en el PSRyP tuvo incidencia en las prácticas de los agentes sanitarios pues los ubicó en un rol relegado¹⁰⁶ de supervisión y control¹⁰⁷ de la población y a los sujetos usuarios del sistema en un lugar de transgresión de las normas, culpabilizándolos. Esto resulta llamativo en un sistema de salud basado en la APS, que se proponía como alternativo al modelo biomédico dominante hospitalocéntrico. El PSRyP reproduce en su lenguaje, contenido y metodología, una

¹⁰⁵ Son considerados embarazos de riesgo cuando la embarazada presenta alguna enfermedad como diabetes, cáncer, epilepsia, hipertensión, HIV, cardiopatía, entre otras; consume alcohol o u otras drogas, es adolescente, se ha detectado en el bebé una afección genética, ha tenido abortos u embarazos prematuros anteriormente, etc.

¹⁰⁶ Los agentes sanitarios en el PSRyP quedan adscriptos a las tareas de control de la población. Este rol, si bien ayudó a mejorar los indicadores de salud, los ubicó en un lugar secundario de inspección y supervisión, en que sus miradas y experiencias quedaron excluidas e invisibilizadas por el personal profesional.

¹⁰⁷ A pesar de las acciones y el lenguaje del PSRyP, los agentes sanitarios han desarrollado otras prácticas que no responden al rol netamente controlador expresado en el programa (como se describe más adelante en este capítulo).

lógica biomédica disciplinaria de control, contrapuesta a los planteos de la APS, en los que debería primar una lógica interdisciplinaria y de participación de la población tanto para la delimitación de problemáticas de salud como para su resolución. Si bien el PSRyP se creó en 1971, y constituyó una de las primeras experiencias del país en las que personas no profesionales fueron capacitadas para realizar prácticas de salud no puramente asistenciales (en lugares de difícil acceso y sin hospital o centro de salud cercano) con el objetivo de evitar las enfermedades y promover prácticas de cuidado de la salud mediante el vínculo con la población, continuó manteniendo la priorización del modelo biomédico de control y asistencia, con el que a su vez, se modificaron rápidamente los indicadores de salud. Mediante las transformaciones a nivel epidemiológico logradas en un corto plazo se reconoció el Plan de Salud neuquino como modelo ejemplar desde una perspectiva de eficacia y eficiencia ¹⁰⁸. Esta situación se sostuvo durante casi 20 años, en los que se continuaron mejorando dichos indicadores. Sin embargo, luego de tres décadas de progresivas mejoras sanitarias mediante una fuerte intervención estatal, comienza un proceso de decadencia como resultado del retroceso del Estado y el inicio de las medidas neoliberales que impactaron no sólo en las políticas sanitarias, sino en todo el conjunto de las políticas públicas.

2.7- LAS POLÍTICAS NEOLIBERALES Y SUS CONSECUENCIAS SANITARIAS LOCALES

Hacia finales de la década del 80, comienza una reducción de los ingresos públicos en concepto de regalías o rentas hidrocarburíferas y, a partir de 1991, se inicia un proceso masivo de privatizaciones en el país (Taranda y otros, 2008). Las consecuencias de estos procesos repercutirán en Neuquén tardíamente por varias razones. Según Favaro (2001), contrariamente a lo que ha planteado la historiografía, en los años 70 no es posible afirmar que el desarrollismo impactara fuertemente en Neuquén, transformando la provincia en energética (Favaro, *op.cit.*). Este fue un proceso lento que logró definirse en los años 80 con el descubrimiento y la explotación intensiva de yacimientos importantes, no sólo porque conformaron el perfil económico sino por sus volúmenes y la consecuente renta percibida por el estado. Hasta 1990 la economía regional se apoyó en la expansión del gasto público y las rentas provistas por las empresas del Estado nacional (YPF, Gas del Estado, Hidronor). Con lo

¹⁰⁸ La eficacia es la relación objetivos/resultados bajo condiciones ideales. Cuando se crean condiciones de máximo acondicionamiento para alcanzar un fin, y éste se logra, los recursos puestos en función de ese fin fueron eficaces. La eficacia es un punto de referencia para lograr algo que se ha demostrado que es posible. La eficiencia es la relación recursos/resultados bajo condiciones reales. El más eficiente es el que mejor relación recursos/resultados presenta (Bouza Suarez, 2000).

obtenido, el gobierno neuquino estableció una estrategia de desarrollo que le permitió consolidar un modelo de política de bienestar durante los años 80, que no sólo ocultó la crisis general sino que también le permitió postergar reformas y ajustes en la provincia (*Ibid.*).

Durante la primera gobernación de Sobisch (1991-1995) se siguieron los lineamientos nacionales propuestos por el ministro de economía Domingo Cavallo¹⁰⁹, quien respondía a los principios establecidos por el Consenso de Washington de 1989, representativo del pensamiento neoliberal: disciplina fiscal, reordenación de las prioridades del gasto público, reforma tributaria, liberalización de las tasas de interés, tipo de cambio competitivo, liberalización del comercio, liberalización de la inversión extranjera, privatización, desregulación, derechos de propiedad (Williamson en: Blanco, 2004).

Desde 1995 hasta 1999, Felipe Sapag volvió a gobernar la provincia. Hacia 1997 se profundizó la crisis debido a las consecuencias de la privatización de YPF donde la reducción de la planta pasó de 52.000 empleados a 6.000. Las condiciones de vida de la población neuquina empeoraron notablemente con el aumento de la desocupación y la pobreza.

Los despidos masivos generaron una situación social que desembocó en los conflictos sociales iniciados en los sucesos de 1996 y 1997. Así, las recesiones de la economía nacional acaecidas en los años 1994-1995 y 1999-2000 junto con la caída internacional del precio del crudo y la “racionalización” interna de la empresa YPF conformaron una situación social extremadamente grave que ocasionó numerosos conflictos. Esta se tornó particularmente crítica cuando las actividades terciarias surgidas a partir de las indemnizaciones languidecieron. Los hechos acaecidos en Cutral Có en marzo de 1996¹¹⁰ fueron el inicio de una escalada que incluyó diversos

¹⁰⁹ Las políticas propuestas por Cavallo a partir de 1990 respondieron a los diagnósticos y propuestas de reformas definidas por el Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional (FMI) y la Casa Blanca. John Williamson resumió en 1989 los lineamientos de todos estos organismos en un documento que sintetiza el pensamiento neoliberal de los años 90 conocido como Consenso de Washington. Este documento sostiene que las causas de las crisis en Latinoamérica fueron el excesivo crecimiento del Estado (políticas de corte proteccionista de las empresas públicas, definidas como numerosas e ineficientes junto con la incapacidad de los gobiernos para controlar tanto el déficit público como las demandas de aumentos salariales del sector público y del sector privado, a los que define como medidas económicas propias de gobiernos de corte populista. Las políticas de reforma o de ajuste estructural propuestas pretendían generar un modelo de desarrollo orientado hacia el mercado y se basaban en la reducción del Estado, la liberalización del comercio internacional y la promoción de las exportaciones (Williamson en: Capitán, 2000).

¹¹⁰ Cutral Có es una localidad petrolera de la provincia del Neuquén. Es la tercera ciudad con más población de la provincia, ubicada a la vera de la ruta nacional 22, a 109 kilómetros de la capital de Neuquén. Junto a la localidad de Plaza Huincul forma un único aglomerado urbano, que se denomina Cutral Có - Plaza Huincul. En 1996 comienzan a organizarse en esta localidad, movilizaciones sociales producto de la crisis económica generada por la privatización de YPF y de la aplicación de medidas neoliberales de ajuste presupuestario en el sector público. La metodología instaurada fue el corte de ruta con quemado de neumáticos, por lo que los activistas fueron denominados “fogoneros” y la modalidad de

tipos de demandas y diferentes modalidades de lucha. Este conflicto constituye un hito en la historia de Neuquén, ya que evidenció una realidad provincial. La pueblada que se alzó en contra de la desocupación y los ajustes económicos neoliberales puso en evidencia la disconformidad y las situación crítica que vivía la provincia. La resistencia a los sucesivos ajustes de la administración provincial (inducidos desde el Estado nacional por medio de la propuesta de entrar en el nuevo Pacto Federal¹¹¹, que incluía la refinanciación de deudas a cambio de drásticas reducciones al gasto público provincial) se canalizó a través de las movilizaciones y huelgas de los empleados provinciales.

A su vez, el tipo de protestas y reclamos que se llevaron a cabo como producto de la crisis está relacionado con la historia política local y el peso que tuvo en la provincia el MPN. Una de las razones que explican la fuerza del emepenismo según Orietta Favaro (2001) reposa en el éxito para interpelar a las familias nuevas radicadas en Neuquén a partir de los años 70, dándole cuerpo a sentimientos y necesidades a una población que salió de sus lugares de origen.

Según dicha autora, la estrategia política de unidad implementada por el MPN con el objeto de homogenizar la sociedad definió un enemigo externo al espacio provincial -el Estado nacional-, y la bandera que levantó fue el federalismo. El partido-Estado, definido así por Favaro (2001), o Estado provincial gobernado por el MPN, logró trasladar el conflicto a la instancia nacional, mostrar un grado de autonomía y expresar sus intereses en términos de interés general. La unidad sin diferencia a partir de la cual se erigió el MPN, le permitió al partido provincial ir construyendo una identidad neuquina, Según Orietta Favaro (2001) el populismo neuquino, internalizó en

protesta “piquetes”. Un año después, en la Semana Santa de 1997, la Gendarmería desalojó por medio de una fuerte represión a un grupo de docentes, políticos opositores y al obispo Agustín Radrizzani que protestaban sobre la Ruta 22 porque el gobernador Felipe Sapag había descontado del salario de los docentes una bonificación de un 20 % por zona desfavorable, además de otros beneficios. La respuesta ante la represión fue una “pueblada”. El 12 de abril de 1997 la gente salió a las calles y se enfrentó con la policía provincial y la gendarmería nacional. En esta oportunidad las balas de la represión policial mataron a Teresa Rodríguez. Este acontecimiento representó un hito en la historia de las luchas sociales a nivel provincial y nacional y marcó el comienzo de una modalidad de protesta que se reproduciría en diversos contextos.

¹¹¹ El Pacto Federal para el Empleo, la Producción y el Crecimiento (12 de agosto de 1993) dispuso la eliminación y exenciones de impuestos provinciales de carácter distorsivo, y como compensación el gobierno nacional se comprometía a suspender la retención de los recursos coparticipados excedentes determinados en el Acuerdo anterior. En 1999 se establece el Compromiso Federal (Ley N° 25.235 del 30 de diciembre de 1999) donde se acuerda una suma fija garantizada en concepto de transferencias de la Nación a las Provincias por coparticipación de impuestos más fondos afectados a provincias por leyes especiales. Este acuerdo fue suscripto por todas las provincias, comprometiéndose ambos niveles de gobierno a bajar el gasto público y a tomar medidas tales como las siguientes: a) sanción de una nueva Ley de Coparticipación Federal de Impuestos, b) transparencia de la información fiscal, c) creación de un Fondo Anticíclico, financiado con recursos de la coparticipación federal, c) coordinación de los sistemas de crédito público y del endeudamiento provincial, d) creación de un organismo fiscal federal. El pacto federal implicó la sanción de un nuevo régimen de coparticipación de impuestos, cumpliendo así con una norma de la Constitución Nacional del año 1994 (Martirene, 2006).

la sociedad provincial la certeza en torno a que era una función del Estado procesar y traducir los intereses y las reivindicaciones de las clases en políticas públicas, creando una idea de un estado por encima del bloque de fuerzas en el poder y de las contradicciones de la sociedad. Una modalidad esencial en el ejercicio del poder político del MPN según la autora lo constituyó el clientelismo.¹¹² Este tipo de relación estuvo institucionalizada por la estructura burocrática provincial (ministerios y secretarías) y las organizaciones barriales (sedes vecinales) propias del partido que mediatizaron la relación colectiva de los ciudadanos con las esferas del poder político. A su vez, considera que el liderazgo de Felipe Sapag y sus recorridas por el interior neuquino, en una dimensión simbólica, reforzaron compromisos, lealtades y sentimientos.

Entre 1970 y 1990 la centralidad del MPN fue acompañada por la labilidad del modelo de desarrollo provincial. La reestructuración del capitalismo argentino a partir de los años 90, desnudaron la vulnerabilidad de esta estrategia de desarrollo provincial. Las privatizaciones determinaron el estallido del modelo económico neuquino. Neuquén dejó de ser “una isla de bienestar para convertirse en un archipiélago de conflicto social” (Favaro, 2001:312).

Hasta mediados de la década del 90, los hospitales públicos de la provincia de Neuquén eran considerados como instituciones que proveían servicios sanitarios de calidad. Un dato significativo con respecto a la preferencia del sistema de salud estatal por parte de los pacientes se observa en la cantidad de partos realizados en 1990, en que sobre un total de 11.141 nacidos vivos, el 71,2% se realizaron en el sistema público provincial.

Unos pocos años más tarde, durante la gobernación de Sobisch (entre 1991 y 1995), esa imagen de la salud pública de calidad se invirtió en claro favor de las empresas privadas de la salud (Taranda y otros, *op.cit.*).¹¹³

Las políticas neoliberales se tradujeron en privatizaciones de ciertas áreas como la atención médica, presuntamente a fin de incrementar la eficiencia en la provisión de servicios y de ampliar las posibilidades de elección del paciente, bajo la

¹¹² Las discusiones sobre clientelismo son numerosas y sobrepasan los objetivos de este trabajo. Aquí se refieren a una modalidad de relaciones de poder.

¹¹³ Las políticas de desregulación económica y reforma del Estado a nivel nacional (impulsadas por el menemismo a partir de 1993) incidieron en el sistema de salud. Las obras sociales sindicales fueron duramente atacadas. Se proponía promover la competencia de las aseguradoras por la captación de la demanda de cobertura y, entre proveedores, por los contratos de provisión de servicios. De esta manera, luego de dos décadas de desmantelamiento, la red de atención a cargo del Estado nacional quedó reducida a 16 hospitales, 7 de los cuales no contaban con internación. A su vez, con la ley 578/93 se crearon los hospitales de autogestión, aunque tuvieron un efecto muy limitado. En líneas generales, los años 90 presenciaron el avance de los criterios de mercado en el sistema de salud en general y en cada uno de los subsistemas que los componen (sobre todo en el sector público y de obras sociales).

perspectiva del paciente entendido como consumidor. A su vez, se estableció la desregulación de obras sociales con la libre elección de obra social por parte de la población trabajadora y la libertad de contratación entre aseguradoras y proveedoras de servicios médicos. A su vez, se ejecutó la descentralización del sistema de salud mediante la transferencia de los últimos establecimientos hospitalarios, de la Nación a las provincias, casos de traspaso de las provincias a los municipios y el inicio de cierta descentralización microeconómica, promovida desde el gobierno nacional con respecto a los hospitales, bajo la figura de Hospitales Públicos de Autogestión (Bisang y Cetrángolo, 1997). Estas medidas fueron propiciadas en Neuquén por el gobierno de Jorge Sobisch, en el que se realizaron además inversiones públicas en el sector de salud privado en detrimento del sector público. Durante su gestión se terminó de asentar la política de mercantilización del sistema provincial de salud.

A partir de este momento, se inicia un período de conflictos caracterizado por la inflexibilidad del gobierno provincial ante las demandas y protestas desarrolladas por trabajadores del sector salud en contra de la privatización de la Salud Pública. Además fue la primera vez que el Ministerio de Salud estuvo ocupado por un técnico economista [Jorge Lara], lo que significó que la Subsecretaría de Salud se guiara por la racionalidad neoliberal, dejando de lado la idea de la salud como derecho (Cesar Dell'Alli en: Taranda y otros 2008).

Durante la década del 90, el Estado provincial financió al sector privado no sólo a través de préstamos, créditos y subsidios, sino que además tercerizó servicios (limpieza, alimentación, clínicas¹¹⁴, laboratorios, diagnóstico por imágenes, radiología, etc.). Operativamente, todo aquello que era redituable pasó al sector privado y lo no redituable, como los servicios de promoción y prevención de la salud, quedaron en el sector público. La cantidad de agentes sanitarios, principales actores abocados a la Promoción de la Salud, se fijó en 230 para una población provincial que estaba calculada aproximadamente en 500.000 habitantes.¹¹⁵ A diferencia del resto del país¹¹⁶, en Neuquén los agentes sanitarios fueron incorporados al Estado provincial como empleados públicos desde los inicios del Plan de Salud, lo que por un lado

¹¹⁴ En vez de promover la financiación del subsistema público, se subsidió la demanda para favorecer a las instituciones privadas con un flujo creciente de pacientes derivados desde los hospitales.

¹¹⁵ Dato obtenido de fuente primaria (jefe de agentes sanitarios del Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes -Zona Sanitaria IV- Pcia. Neuquén).

¹¹⁶ El Programa Médicos Comunitarios del Ministerio de Salud de la Nación financia el trabajo de 7000 agentes sanitarios en todas las provincias y financió la formación de 2018 agentes sanitarios hasta el año 2010. Además, la mayoría de los agentes sanitarios indígenas a nivel nacional se encuentran dentro del Programa de Apoyo de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI) del Ministerio de Salud de la Nación (RES 477/2000) creado en el año 2000.

garantizó sus fuentes de trabajo pero por otro significó que ellos también estuvieron expuestos a los embates de la economía neuquina.

Las condiciones de contratación de los agentes sanitarios en el resto de las provincias del país son diversas aún hoy en día: existen agentes sanitarios que dependen de las administraciones de salud provinciales, otros de planes sociales nacionales, otros dependen de programas de salud nacionales financiados con fondos de organismos internacionales (OPS/OMS, UNICEF o BIRF), por último, los que pertenecen a movimientos sociales y ONGs, pudiendo percibir o no alguna remuneración. La heterogeneidad de contratación y dependencia institucional existe incluso dentro de las mismas provincias.

En Neuquén, siguiendo el análisis de Taranda y otros (2008), el sistema público de salud comenzó su historia junto con quien sería después su contrincante, el Instituto de Seguridad Social de Neuquén (ISSN)¹¹⁷, integrado por la Caja de Previsión Social de la provincia y la obra social médico asistencial de la administración. Es decir que a la par que crecía el primero, el segundo también lo hacía. El personal sanitario estatal¹¹⁸, a partir de la implementación del Plan de salud de 1970 tenía la obra social del “Instituto” (ISSN), lo que favoreció el desarrollo de instituciones de salud privadas. A esto se sumó el aumento progresivo del número de profesionales en el sector privado alentado por el crecimiento de sanatorios y nuevas clínicas.¹¹⁹ En ese momento el ISSN cubría un pequeño conjunto de empleados públicos en relación a la población de la provincia. La administración pública en 1970 alcanzaba un total de 3.726 agentes para una población de 154.570 personas. Además de su modesta magnitud, el personal de la administración pública se encontraba concentrado en el este de la provincia, de manera que la cobertura de dicha obra social no alcanzaba a los pobladores de las áreas rurales y a todo el territorio neuquino. Por esta razón es que el subsistema público resultaba la única solución viable (Taranda y otros, 2008).

¹¹⁷ Fue creado por ley provincial número 611 del gobierno de la provincia del Neuquén, en el año 1970. Todos los empleados, jubilados, pensionados y retirados de la administración pública central, poder ejecutivo, poder judicial y municipios son afiliados directos obligatorios al Instituto de Seguridad Social del Neuquén. También pueden ser afiliados adherentes, aquellas personas que residan en la Provincia y trabajen en relación de dependencia, estos solamente tienen el beneficio de la Obra social.

¹¹⁸ En 1970 había un total de 678 recursos humanos en Salud (entre profesionales médicos, enfermeros, bioquímicos, farmacéuticos, odontólogos y personal no profesional auxiliar y administrativo). En 1980 la cifra ascendía a 1560 recursos humanos en Salud. En 1991 la cantidad solamente de profesionales médicos y enfermeros sumaba 1655 recursos humanos. En relación a la cantidad de recursos humanos profesionales según sectores del sistema de salud la distribución fue la siguiente: en 1970 en el sector público había un total de 369 profesionales y en el sector privado 162. En 1980 en el sector público había 766 profesionales y en el privado 720. Esta tendencia continuó en la década de 1990 (Taranda y otros, 2008).

¹¹⁹ A principios de los años 70 funcionaban el hospital ferroviario, la clínica Pasteur, el policlínico Neuquén, la clínica Mater Dei, la clínica de la Asociación Evangelista Médica Neuquina en la ciudad de Neuquén y en Plaza Huincul el hospital de YPF, el hospital Militar en Zapala y en el Chocón el hospital de Hidronor (Taranda y otros, 2008).

Los recursos oficiales sirvieron para levantar la nueva arquitectura de la Salud Pública pero a la vez financiaron también al sector conformado por las clínicas y sanatorios existentes a través de la obra social provincial. No obstante, las autoridades parecieron confiar en la coexistencia armónica entre la medicina privada, alimentada por las obras sociales, y la red hospitalaria a cargo del Estado provincial.

Entre 1970 y 1990 Neuquén logró desarrollar un sólido subsistema público, a contramano de lo que sucedía en el resto del país, donde las corporaciones médicas y los sindicatos impidieron que el Estado cobrase un mayor protagonismo en la prestación sanitaria. Entre 1988 y 1990 se fortaleció la dedicación exclusiva en las condiciones de contratación de los agentes, elevándose el porcentaje de personal con esa dedicación en todos los establecimientos hospitalarios. A partir de 1990, según Taranda y otros (2008), el Estado ocuparía un lugar residual, el que antes estaba ocupado por la medicina privada en Neuquén. El equilibrio que hasta ese momento habían mantenido el Estado, la seguridad social y las empresas sanatorias privadas se deterioró. Las obras sociales presentaban una profunda desigualdad entre aquellas aseguradoras de prestaciones mínimas, que muchas veces conducían a sus afiliados a atenderse en el hospital público, y otras que ofrecían mejores servicios a sus adherentes a partir de mayores recursos, constituyendo una importante fuente de financiación del sector privado. En 1993 el gobierno provincial de Sobisch inició un proceso de ajuste que involucró medidas de reducción presupuestaria, el despido de 1.500 trabajadores estatales mediante jubilación compulsiva y retiro voluntario. En el subsistema de Salud Pública se suspendieron los concursos de residencias médicas, se congelaron salarios y se impulsó la descentralización de los hospitales¹²⁰.

En la actualidad, la provincia cuenta con 244 agentes sanitarios. Ellos deben prestar servicios a una población de aproximadamente 550.000 habitantes. Estos actores deben enfrentar la escasez y ausencia de recursos e insumos básicos, además de afrontar una mayor carga de trabajo debido a la extensión de áreas de cobertura que tienen asignadas como resultado del crecimiento poblacional.

Este contexto constituye el escenario de las prácticas de los agentes sanitarios de San Martín de los Andes, encargados de dar cobertura de salud a las familias que habitan el Dto. Lácar, área dependiente de la Zona Sanitaria IV, jurisdicción sanitaria localizada en el suroeste de la provincia de Neuquén.

¹²⁰ Las respuestas de los trabajadores de salud neuquinos ante estas políticas de ajuste fueron movilizaciones y la ocupación de la subsecretaría de Salud por más de veinte días. La principal demanda era el establecimiento de los aumentos salariales de emergencia, así como también la exclusión del sector salud de la ley de reducción de empleo público sancionada por el gobierno provincial, el descongelamiento de vacantes, la incorporación a planta permanente del personal contratado y el tratamiento de la carrera hospitalaria por parte de la legislatura. Ante los reclamos sociales, el gobierno de Sobisch (1991-1995) mantuvo una actitud confrontativa.

2.8- LA SITUACIÓN DE SALUD ACTUAL EN LA ZONA SANITARIA IV

Actualmente a pesar de atravesar un estado crítico producto de las políticas neoliberales mencionadas, el sistema de salud público de la provincia de Neuquén continúa siendo uno de los más avanzados en cuanto a estructura y perfiles epidemiológicos, en comparación con otras realidades provinciales del país. Algunos indicadores sanitarios (tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad materna, cobertura de vacunación, entre otros) dan cuenta de ello¹²¹.

El sistema sanitario de la provincia está dividido actualmente en 6 zonas sanitarias. En cada una de ellas hay un hospital cabecera zonal de mediana complejidad, que se vincula a través de interconsultas y derivaciones con otros hospitales de baja complejidad ubicados en localidades vecinas.

Los límites de las zonas sanitarias se han modificado con el tiempo¹²². Cada zona tiene la función de vincular al Ministerio de Salud provincial con las direcciones de los hospitales. El Jefe de Zona es el representante político técnico del Ministerio en su jurisdicción y está asistido por un grupo de coordinadores técnicos. Si bien existen diferencias entre una zona y otra, las coordinaciones de administración, enfermería, estadísticas y ecología tienen dependencia zonal y odontología; laboratorio y nutrición dependen del hospital cabecera.

La zona sanitaria IV¹²³, que es la segunda más poblada de la provincia (63.979 habitantes)¹²⁴, incluye al hospital de San Martín de los Andes y al hospital de Junín de los Andes de Nivel IV, y a los hospitales de Las Coloradas y Villa La Angostura de nivel II de complejidad (planta profesional de médicos generalistas y odontólogos).

¹²¹ La tasa de mortalidad infantil en 2010 en Neuquén era de 9,2 por mil nacidos vivos mientras que la nacional era de 11,9 por mil nacidos vivos. La tasa de mortalidad materna para el año 2010 también era menor en Neuquén: 3,3 cada 10000 nacidos vivos y a nivel nacional era de 4,4 cada 10000 nacidos vivos. La cobertura de vacunación según el PRONACEI (Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles) del Ministerio de Salud de la Nación, en 2012, la cobertura de vacuna BCG es mayor en la provincia de Neuquén (100, 1 %) en comparación con la Región patagónica (98,1%) y el nivel Nacional (81,7 %) (Subsecretaría de Salud de Neuquén, 2012).

¹²² Desde 1970 a 1990 en la Zona Sanitaria IV se incluía el departamento Aluminé, actualmente parte de la Zona Sanitaria II

¹²³ La Zona Sanitaria IV está compuesta por los departamentos de Huiliches, Lácar, Catán Lil y Los Lagos, de acuerdo a la regionalización provincial efectuada a principios de los años 70 como parte de la organización del Plan de Salud.

¹²⁴ En Primer lugar se encuentra la Zona Sanitaria I con una población de 381.521, le sigue la Zona Sanitaria IV con 63.979 habitantes, la Zona Sanitaria II con 52.754 habitantes y por último la Zona Sanitaria III con una población de 52.090 habitantes (Datos construidos a partir del Censo de Hogares y Viviendas del INDEC de 2010).

EFECTORES Y RECURSOS DE SALUD DE LA ZONA SANITARIA IV

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN	HOSPITAL	NIVEL	CAMAS	CAPS	PUESTOS SANITARIOS	AGENTES SANITARIOS
LÁCAR	29.102	SAN MARTIN DE LOS ANDES	IV	49	7	2	7
HUILICHES	14.891	JUNÍN DE LOS ANDES	IV	40	0	10	23
LOS LAGOS	11.830	VILLA LA ANGOSTURA	III	20	1	1	6
CATÁN LIL	2.084	LAS COLORADAS	III	0*	0	5	2
TOTAL	57.907	4 HOSPITALES	X	109	8	18	38

*El Hospital del Depto. Las Coloradas tiene camas pero no hay internación porque no hay médicos. Los pacientes de internación son derivados al Hospital de San Martín de los Andes.

Tabla II. Efectores y Recursos de salud. Zona Sanitaria IV. Pcia. Neuquén. (Elaboración propia).¹²⁵

Los recursos de estos cuatro hospitales cabecera de departamentos provinciales¹²⁶ comprenden un total de 109 camas, ocho Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), 18 puestos de salud, postas sanitarias (al menos en cinco escuelas rurales en el departamento Lácar)¹²⁷ y 38 agentes sanitarios (ver Tabla II de efectores y recursos de la zona sanitaria IV). Además, la provincia cuenta con 140 residentes en formación¹²⁸ que rotan por hospitales del interior.

En San Martín de los Andes, el hospital cuenta con cinco médicos generalistas de planta permanente que trabajan con los agentes sanitarios, en las visitas rurales y en los puestos sanitarios ubicados en el área rural. El Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes “es el establecimiento cabecera de la zona” según me comentó el agente sanitario RC, actual jefe del equipo de agentes sanitarios del hospital. Los servicios del hospital son medicina general, pediatría, obstetricia, cirugía y clínica. El nivel de complejidad de este nosocomio es IV, sin embargo, también ofrece prestaciones de nivel VI como salud mental, traumatología, oftalmología y otorrinolaringología¹²⁹.

¹²⁵ Fuente: Análisis de Situación de Salud Local. Municipalidad de San Martín de los Andes. 2009; Censo Nacional 2010 del INDEC y Página Web de la Secretaría de Salud de la Provincia de Neuquén (www.saludneuquen.gov.ar).

¹²⁶ Departamentos de Huiliches, Lácar, Los Lagos y Catán Lil.

¹²⁷ No hay un registro estadístico oficial sobre la cantidad de postas sanitarias a nivel zonal ni provincial.

¹²⁸ Cifra obtenida en el año 2009.

¹²⁹ Según la *Guía para la Clasificación de los Establecimientos de Atención Médica por los niveles de complejidad* (Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación, 1969), el nivel de los establecimientos

Según datos del ASIS¹³⁰ de San Martín de los Andes- Zona Sanitaria IV, el 51% de la población presentaba cobertura por obra social, mutual o plan de salud privado. Esta tendencia se acercaba a la provincial que tenía el 51,25% de su población cubierta con obra social y/o plan de salud privado o mutual. Situación semejante a la nacional, en la que un 51,94% de la población tiene cobertura médica y un 48,75% de la misma depende del sector público de salud. En San Martín e los Andes, casi la mitad de la población no tiene obra social y depende únicamente del sistema público de salud para atenderse, esto quiere decir que ese porcentaje de población no tiene trabajo o tiene un empleo en el sector informal, lo que muestra una marcada desigualdad en las condiciones de empleo de la población que incide a su vez en la cobertura de salud.

La situación de salud de la población de la Zona Sanitaria IV puede evaluarse a través de diversos indicadores (Tabla III). La tasa de mortalidad infantil se utiliza habitualmente como indicador del nivel de salud de la comunidad y mide la frecuencia de muerte durante el primer año de vida, siendo su denominador el número de nacidos vivos en el mismo año. El uso de la tasa de mortalidad infantil como índice del estado de salud global de una población se basa en el supuesto de que éste es un dato especialmente sensible a los cambios socioeconómicos y a las intervenciones de atención sanitaria. En 1988, según los datos obtenidos en la Zona Sanitaria IV, la tasa de mortalidad infantil era de 17,8 ‰ nacidos vivos.¹³¹ Casi 20 años después (2009) la tasa se redujo a la mitad, llegando a 9,9 ‰ nacidos vivos (Tabla III). Si bien es más elevada que la tasa de mortalidad infantil provincial de 7,6 ‰ nacidos vivos, es más baja que la nacional que asciende a 12,1 ‰ nacidos vivos.¹³² En Neuquén, desde 1970, se priorizó la atención materno-infantil, a través de la institucionalización del parto, la detección y control de embarazadas y la asistencia alimentaria (distribución de leche en polvo) a los grupos bajo control: embarazadas y niños menores de dos años. Estas tareas estuvieron a cargo de los agentes sanitarios. De esta manera lograron históricamente, desde 1980, una tasa de mortalidad infantil provincial inferior a la nacional.¹³³

asistenciales se corresponde con la diversificación de las actividades que realizan y los servicios disponibles. Los hospitales de Baja Complejidad (Nivel III) ofrecen Atención Médica Indiferenciada a través de profesionales especialmente capacitados en Medicina General. En los servicios de Mediana Complejidad (Nivel IV) se incorporan las Especialidades llamadas Básicas: pediatría, obstetricia, cirugía y clínica. La Zona Sanitaria IV está conformada por dos hospitales de Nivel III y dos de Nivel IV.

¹³⁰ ASIS: Análisis de Situación de Salud Local de San Martín de los Andes de 2009. Secretaria de Salud de Neuquén.

¹³¹ Extraído de Grünmann, 1991 en Arrúe y Kalinsky, 1991.

¹³² Extraído de: http://www.indec.mecon.ar/principal.asp?id_tema=66

¹³³ En 1970, la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional era de 61,2 x 1000 nacidos vivos y a nivel provincial era de 108,4 x 1000. Esta situación se revirtió y en 1980, la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional era de 33,2 y a nivel provincial era de 32,5 x 1000 nacidos vivos; en 1990, la mortalidad infantil

Otro indicador de salud es el peso al nacer¹³⁴, que es definido como el determinante más importante de las posibilidades de un recién nacido de tener un crecimiento y desarrollo satisfactorios, por eso actualmente la tasa de recién nacidos con bajo peso se considera como un indicador general de salud. Los niños nacidos con un peso inferior a los 2.500 gramos presentan un riesgo de mortalidad 14 veces mayor durante el primer año de vida, en comparación con los niños que nacen con un peso normal a término (Peraza Roque y otros, 2001). En 2009, el Bajo Peso al Nacer (BPN) de niños/as en la Zona Sanitaria IV era de 4,8‰ nacidos vivos, mientras que en la provincia era de 6,37‰ nacidos vivos.

En relación a la mortalidad materna y a los partos domiciliarios no se registraron casos en el año 2009, de acuerdo al estudio del ASIS efectuado por profesionales del Hospital Ramón Carrillo.

INDICADORES DE NATALIDAD Y MORTALIDAD DE LA ZONA SANITARIA IV - AÑO 2009

POBLACIÓN TOTAL	35350 hab.
NACIDOS VIVOS	607 (total)
NACIDOS VIVOS CON BAJO PESO	4,8 ‰
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL	9,9 ‰
TASA DE MORTALIDAD 1-4 AÑOS	1,6 ‰
TASA DE MORTALIDAD 5-14 AÑOS	3,01 ‰
TASA DE MORTALIDAD MATERNA	0 ‰
TASA DE MORTALIDAD GENERAL	3,3 ‰
PARTOS DOMICILIARIOS	0 ‰

Tabla III. Situación de salud según algunos indicadores seleccionados. Zona Sanitaria IV.¹³⁵

nacional era de 25,7 y en Neuquén era de 18,6 x 1000 nacidos vivos; en 2000, la tasa de mortalidad infantil nacional era de 16,6 x 1000 nacidos vivos mientras que en Neuquén era de 10,7 x 1000 nacidos vivos (<http://www.deis.gov.ar/Publicaciones/Archivos/Serie5Nro53.pdf>; Celton y Ribotta, 2004 y Dirección Provincial de Estadística y Censos, Gobierno de Neuquén).

¹³⁴ Los factores de riesgo asociados al Bajo Peso al Nacer (BPN) son los siguientes: el embarazo en la adolescencia, la desnutrición en la madre, el hábito de fumar, la hipertensión arterial durante el embarazo, la sepsis cervicovaginal, la anemia y los embarazos gemelares, entre otros (Peraza Roque y otros, 2001). El BPN puede deberse a la ausencia de controles durante el embarazo, a factores socio-ambientales como a factores congénitos o genéticos. Por esta razón algunos factores son modificables más fácilmente que otros. Cuando las causas de la mortalidad infantil están relacionadas con las condiciones socioeconómicas, la modificación de este indicador va a depender de la implementación de políticas socio-económicas (y nutricionales) que implican procesos a mediano o largo plazo. Además hay un porcentaje de la tasa de mortalidad infantil que tiene que ver con factores genéticos previos al desarrollo natal, sobre los cuales no es posible intervenir.

¹³⁵ Elaboración propia a partir de la Fuente: Análisis de Situación de Salud Local. Municipalidad de San Martín de los Andes, 2009.

Algunas medidas sanitarias que mejoraron las condiciones de vida de la población materno-infantil efectuadas por agentes sanitarios fueron la “captación” de mujeres embarazadas, el “control médico” obligatorio de las mismas, la “promoción del parto institucional”, la “entrega de leche” a mujeres embarazadas y niños, la “vacunación infantil” obligatoria, entre otras.

El Área Programa “Depto. Lácar” depende de la Zona Sanitaria IV, cuya sede física (edificio) se encuentra en el Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes. La oficina del Área Programa también se encuentra en este nosocomio y en ella se reúne diariamente el equipo de agentes sanitarios, principales ejecutores del Programa de Salud Rural y Periurbana.

Las intervenciones enmarcadas en el PSRyP se desarrollan con el apoyo y acompañamiento de otras instituciones públicas como la educativa, mediante el reglamento sobre el calendario de vacunación obligatorio de niños para ingresar a la escuela, así como también el “control de niño sano”¹³⁶.

En las comunidades mapuche que están dentro del área programática, las prácticas de vacunación, de consulta a diversos especialistas médicos, y algunos conocimientos de medicina occidental se adquirieron mediante mecanismos en mayor o menor grado coercitivos. Si bien, como refieren Zent y Freire (2011) para Venezuela, los servicios médicos gratuitos fueron diseñados y desplegados para promover el cambio cultural, el control social y la seguridad geopolítica en el contexto económico y político del neoliberalismo, y el Estado presta sus servicios de atención biomédica en territorios indígenas en el marco de una agenda que aspira a subyugarlos y assimilarlos a sus puntos de vista, es preciso también tener en cuenta que las prácticas de medicina occidental son resignificadas desde la matriz cultural local, que siguiendo a Rappaport y Ramos Pacho (2005) consiste en una apropiación crítica de sistemas externos de conocimiento, enmarcados por un pensamiento propio.

Durante el neoliberalismo, las políticas locales no estuvieron ajenas a los cambios de políticas (inter)nacionales y provinciales en relación a los pueblos originarios y a la difusión de políticas de reconocimiento que comienzan a expandirse en distintos ámbitos desde los años 90. En Neuquén, estas políticas repercutieron primeramente en el ámbito educativo¹³⁷. En Salud Pública no existió una acción directa

¹³⁶ Este control es obligatorio para la regularidad escolar, es parte de un programa nacional de salud denominado “materno-infantil”, que contempla la atención de mujeres madres y el control de salud de los niños a través de la consulta médica periódica.

¹³⁷ Como consecuencia, en parte, de la implementación de la reforma de la Constitución Nacional de 1994, en la cual se plantea la educación intercultural y bilingüe en las provincias que presentan población originaria (Artículo 75, inciso 17, Constitución Nacional).

que se tradujera en un programa de salud intercultural o salud indígena¹³⁸, pero se comenzó a observar un cambio en cuanto a la tolerancia de otras prácticas médico-terapéuticas y comenzaron a escucharse las palabras “interculturalidad”, “cultura”, “costumbres”, “medicina tradicional”. Esta “apertura” se sitúa dentro de un proceso de reconocimiento mundial de los derechos de pueblos indígenas promovido a partir de la década del 90 por organismos internacionales (OIT¹³⁹, ONU¹⁴⁰, OPS/OMS¹⁴¹, entre otros). La referencia a prácticas, costumbres y saberes médicos de los pueblos originarios, ya no como aspectos negativos sino como parte de su “patrimonio”, constituyó un pequeño paso en el reconocimiento de derechos de pueblos indígenas en el campo de la Salud Pública, proceso que en San Martín de los Andes se dio mayormente de la mano de los agentes sanitarios.

2.9- LA POLÍTICA SANITARIA EN ÁREAS RURALES COLINDANTES A SAN MARTÍN DE LOS ANDES

En San Martín de los Andes, la política sanitaria que aborda los procesos de salud- enfermedad- atención de las poblaciones de áreas rurales se enmarca en el ya mencionado Programa de Salud Rural. Es interesante señalar que no hallé en función a ningún agente sanitario indígena¹⁴² para dichas áreas, aunque actualmente se está replanteando esa posibilidad. A diferencia de las comunidades de Junín de los Andes que se encuentran a distancias mayores de efectores de salud, las comunidades mapuche de San Martín de los Andes se ubican a 7 y 15/20 km de distancia de la ciudad y por ende, del hospital. Según los agentes sanitarios de San Martín de los Andes RC y HC, las razones por las cuales se explica la ausencia de agentes mapuche es que además del factor de la corta distancia y las pocas dificultades de

¹³⁸ Este tema se aborda en el capítulo siguiente.

¹³⁹ La Organización Internacional del Trabajo (OIT) establece el Convenio 169, que fue ratificada por un elevado número de países.

¹⁴⁰ La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas fue adoptada en el año 2007, sin embargo es el resultado de 22 años de negociaciones, ya que la idea se originó en el año 1982 en el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, el cual estableció un Grupo de Trabajo sobre poblaciones Indígenas. Además en 1992 la ONU emitió la Declaración de “Río” sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, en la que refirió que los Estados deberían reconocer y apoyar la identidad, cultura e intereses de poblaciones indígenas y hacer posible su participación efectiva en el logro del desarrollo sostenible.

¹⁴¹ En 1999, la OPS realizó el lanzamiento oficial del componente comunitario de la estrategia de “Atención Integrada de Enfermedades Prevalentes de la Infancia” (AIEPI) en la Región de las Américas para los pueblos indígenas de las Américas. La OPS ha implementado acciones sistemáticas en materia de salud indígena en cumplimiento de las Resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997) y desde el año 2004 ha impulsado el “Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas”, cuya meta es contribuir al logro de la equidad en las Américas en un contexto de reconocimiento y respeto de la diversidad cultural de los pueblos.

¹⁴² Sólo una agente sanitaria del hospital (que estuvo con licencia prolongada durante el trabajo de campo) era originaria de una comunidad mapuche de Piedra del Águila, Rio Negro.

acceso a los servicios de salud pública: “(...) acá no hay agentes sanitarios mapuche, nosotros preferimos ser ‘neutrales’, si hay alguien de la comunidad mapuche va a querer llevar beneficios para ella y nosotros pensamos que hay que hacer las cosas para todos (...) acá cerca, en Junín hay agentes de las comunidades, hay punteros que son agentes sanitarios, hay mucho clientelismo. Acá cada uno tiene su bandera política pero en el trabajo no (...)” (RC).

Cuando se organizó la atención sanitaria en las áreas rurales, a fines de los años 70, las comunidades mapuche denominadas por la política indigenista (Lenton, 2010) “agrupaciones” ya habían establecido durante años anteriores relaciones con agencias estatales provinciales. Según Lenton (2010) numerosos autores -Falaschi, Sánchez y Szulc (2005); Briones y Díaz (1997); Radovich (1992); Serbín (1981)- coinciden en destacar el lazo clientelar establecido entre estas agrupaciones a través de sus líderes y el MPN. El agente sanitario RC en la cita reafirma que el ámbito de la salud no estuvo exento de este tipo de vínculos clientelares, aunque él los ubica en otra localidad. Más allá de su explicación y del hecho de que el sistema de salud de San Martín de los Andes no posea agentes sanitarios mapuche, es preciso señalar que a partir de las indagaciones a los miembros de la comunidad de Payla Menuko, fue posible relevar que el espacio de la salud pública no constituía una demanda ni interés particular de la comunidad.

En el hospital de San Martín de los Andes se fueron incorporando agentes sanitarios que debieron atender una vasta población en crecimiento:

“Hace 30 años no creció más el grupo, el hospital no tiene un programa de Atención Primaria (...) somos 7 para una población más grande que en Junín que tiene 23 agentes que trabajan en parajes rurales (...) algunos son mapuches (...)” (HC).

Si bien la organización de la Salud Pública en el territorio neuquino comienza incipientemente en el año 1963, el primer hospital en San Martín de los Andes denominado “Ramón Carrillo” se inauguró en 1973 (Figura III). Actualmente es el nosocomio cabecera de la Zona Sanitaria IV. La estructura sanitaria está conformada por el hospital (que atiende a la población local y derivada de otros departamentos provinciales de la zona IV) y el Área Programa que cubre todo el departamento Lácar con un equipo de ocho profesionales de salud (cinco médicos generalistas y tres odontólogos), y siete agentes sanitarios. La cobertura sanitaria se organiza y distribuye en dos áreas: Área Periurbana y Área Rural. El Área periurbana posee siete Centros

de Atención Primaria de la Salud (CAPS) y el Área Rural presenta dos puestos sanitarios y postas en parajes rurales donde se realiza la visita médica mensual.

El hospital, según la estrategia de APS basada en la organización de niveles de atención, debe abocarse a la atención de casos que requieran mayor complejidad, análisis complejos de laboratorio, estudios de diagnóstico por imágenes e internación. A través de sus servicios y sus efectores¹⁴³ el Hospital Ramón Carrillo cubre las necesidades sanitarias de la población del departamento Lácara que cuenta con 29.102 habitantes.¹⁴⁴



Figura III. Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes.

La población del departamento de Lácara se distribuye en dos sectores, uno conformado por el casco urbano y sus alrededores con un 88,58% de población total y el otro sector compuesto por la población rural que representa un 11,42%¹⁴⁵.

Cada efector de salud (postas y puestos sanitarios, centros de salud-CAPS y hospital) tiene un espacio territorial de cobertura y responsabilidad y un nivel de complejidad¹⁴⁶.

¹⁴³ Los efectores de salud son los hospitales, centros de salud, médicos de cabecera y toda otra sede del subsector estatal en la que se realizan acciones de salud (Ley Básica de Salud N°153, 1999). En este caso la sede es el Área Programa del hospital.

¹⁴⁴ Censo de Hogares y Viviendas 2010. INDEC 2010.

¹⁴⁵ Censo Nacional 2010 del INDEC.

Según la normativa¹⁴⁷ cada agente debe tener a su cargo 300 familias. En San Martín de los Andes los cinco agentes sanitarios del Área periurbana, según su jefe, llegan a tener “entre 500 y 600 familias”, por lo que no tienen capacidad de cubrir otros sectores, e incluso tampoco alcanzan a cumplir con las visitas estipuladas en sus sectores.¹⁴⁸

La atención sanitaria de la población localizada en área rural del Dto. Lácar es responsabilidad del Área Programa del Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes mediante el programa de Salud Rural¹⁴⁹. El equipo que lo conforma realiza una visita médica por mes a cada paraje rural ya que el Área Rural carece de instituciones de salud que realicen asistencia diariamente. Presenta una población dispersa que se acerca al puesto de salud para ser atendida en las fechas de visitas médicas y el resto del mes sólo el agente sanitario recorre el área visitando las familias casa por casa.

La atención de salud de las comunidades mapuche está cubierta por el equipo del Área Programa. Los encargados representantes del mismo son el médico, el odontólogo y el agente sanitario que realizan la visita médica mensual. Sin embargo, dentro del equipo de agentes sanitarios son dos los que tienen mayor responsabilidad sobre la salud de los pobladores originarios. Los parajes rurales que visitan se encuentran a distancias que van desde 7 a 60 km de la ciudad de San Martín de los Andes. Las visitas están planificadas y figuran en una grilla/planilla en la cual se anotan los médicos rotantes que quieran acompañar al equipo en la salida/recorrida rural. La visita mensual se realiza en una ambulancia (camioneta) de la zona sanitaria IV. La accesibilidad a estos parajes es variable, los caminos dependen del clima, algunos son de difícil tránsito. Las visitas que realizan los agentes sanitarios el resto del mes son efectuadas en distintos medios de transporte (ver Figura VI).

Los agentes sanitarios del Hospital Ramón Carrillo de San Martín de los Andes constituyen un equipo de salud con integrantes que presentan más de 30 años de ejercicio laboral. En tanto son funcionarios de larga trayectoria en Salud Pública, principales encargados de las prácticas de prevención de enfermedades y promoción

¹⁴⁶ El nivel primario corresponde servicios de prevención y promoción, con prácticas asistenciales básicas (enfermería, clínica, ginecología, etc); el nivel secundario corresponde a los servicios de tratamiento e internación hospitalaria y el terciario a servicios de mayor complejidad en hospitales monovalentes (especializados).

¹⁴⁷ El Programa de Salud Rural y Periurbana (PSRyP)

¹⁴⁸ En 2010, la cantidad de visitas programadas en San Martín de los Andes fue de 1867, en la que se incluyen todas las visitas domiciliarias. (http://www4.neuquen.gov.ar/salud/images/archivo/Sala_de_situacin/sala_2011/Publicaciones/Indicadores_Nqn_2012.pdf)

¹⁴⁹ Desde hace unos años denominado Programa de Salud Rural y Periurbana.

de la salud, representantes del Estado en cada visita domiciliaria e interlocutores con la población rural mapuche, realicé un análisis a través de sus relatos y prácticas el proceso histórico de desarrollo del plan de salud así como también las relaciones con sus destinatarios.

El equipo de agentes sanitarios de San Martín de los Andes (Figura IV) es uno de los más antiguos de la provincia (1979). El grupo está conformado por siete agentes (tres hombres y cuatro mujeres) destinados a cubrir las necesidades sanitarias de una población de 28.000¹⁵⁰ habitantes aproximadamente y a diferencia del resto de la provincia, el espacio de reunión y de referencia se encuentra dentro del hospital, no en un centro de salud¹⁵¹, puesto sanitario o posta de salud¹⁵².



Figura IV. Equipo de agentes sanitarios del Hospital Ramón Carrillo.

¹⁵⁰ El censo 2010 del INDEC suministra los datos de la población según departamento provincial, no expone resultados por ciudad. El departamento Lácar, del cual San Martín de los Andes es su capital, presenta una población total de 29.748 habitantes.

¹⁵¹ Establecimientos sanitarios ubicados en barrios periurbanos donde se realiza atención médica diaria, semanal o mensual.

¹⁵² En diferentes parajes de las áreas rurales existen Puestos Sanitarios, que están a cargo de agentes sanitarios y reciben visitas médicas y odontológicas periódicas, desde su hospital base (En: www.saludneuquen.gov.ar). Las postas de salud, en cambio, son espacios reacondicionados para realizar atención médica mensual. Para ello se utilizan aulas de escuelas de áreas rurales o periurbanas.

En el Área Rural cuando el médico no asiste¹⁵³, los agentes sanitarios atienden, recetan y entregan medicamentos, realizan controles de embarazo y medición de glucemia y presión arterial. Asimismo, articulan esta atención con charlas y mates.

Si bien en el trabajo de campo acompañé a cada uno de ellos en sus rutinas diarias de trabajo, de aquí en adelante sólo me referiré mayormente a dos de ellos: HC y RC, pues ellos son los que se relacionan con las comunidades mapuche, específicamente con las familias de Payla Menuko.

Los agentes sanitarios HC¹⁵⁴ (59 años) y RC (61 años) son los que tienen más años de trayectoria laboral, pertenecen a la segunda (1978) y tercera (1980) camada de agentes sanitarios provinciales y se encargan de brindar atención sanitaria a las comunidades mapuche localizadas en el área rural de San Martín de los Andes. Ellos constituyen parte de la historia sanitaria viviente de la provincia. Ambos han censado y vacunado a todas las familias del área rural, casa por casa y en las postas sanitarias (Figura V).

3- LOS RECORRIDOS EN EL ÁREA RURAL

“Ahora tengo a mi cargo 200 familias distribuidas en dos sectores mapuche¹⁵⁵: Payla Menuko (Comunidad Curruhuinca y un sector que se separó en Payla Menuko) y Trabunco (Comunidad Vera¹⁵⁶) y todo lo que es privado¹⁵⁷: Quemquemtreu, Meliquina y Lago Hermoso, que son estancias privadas, con gente de plata que se fue a vivir allí” (RC).

¹⁵³ En 1995, en la provincia de Neuquén el promedio de médicos era de 14,7 por cada 10.000 habitantes. La reducción de un 50% de los montos de las remuneraciones por zona desfavorable a partir de 1997 generó que los profesionales de salud asumieran un régimen de semi-exclusividad horaria por lo que abandonaron sus dedicaciones exclusivas en busca de mejores remuneraciones en clínicas privadas (Taranda y otros, 2008). Esta situación sumada a la desorganización propia del sistema estatal provocaban que las ausencias de médicos en las visitas y recorridos rurales fueran sistemáticas.

¹⁵⁴ Los relatos citados a lo largo del trabajo pertenecen a informantes cuya identidad está representada en el texto por las iniciales de su nombre y apellido, como por ejemplo HC, RC, etc.

¹⁵⁵ Los sectores mapuche en San Martín de los Andes están habitados por cuatro comunidades: Cayún, Curruhuinca, Payla Menuko y Vera, que por el número de su población y la superficie territorial que ocupan constituyen una de las más extensas en toda la Provincia del Neuquén (cuentan con más de 13.000 hectáreas de superficie y una población de 1500 personas aproximadamente).

¹⁵⁶ La Comunidad Vera está conformada por 46 familias (Valverde, 2010b). En el paraje Payla Menuko, viven 60 familias pertenecientes a la comunidad Curruhuinca y la facción que se separó Payla Menukp, de las cuales unos 70 niños y niñas de dicha comunidad y también de la comunidad Vera concurren a la escuela que está en esta localidad, a 12 kilómetros de la ciudad de San Martín de los Andes (extraído de: <http://www.minutoneuquen.com/notas/2012/4/24/presentaron-proyecto-educativo-inclusivo-faros-56526.asp>).

¹⁵⁷ “Lo privado” se refiere a que esa zona está compuesta por extensos territorios de particulares, son estancias privadas, con dueños de gran poder adquisitivo.

“(...) mi área de cobertura incluye Trompul que es de la Comunidad Cayún¹⁵⁸, Quila Quina¹⁵⁹ y Pil Pil de la Comunidad Curruhuinca, Quechuquina-Chachín-Pucará, casi todas las familias son chilenas y algunas criollas y de Comunidad Curruhuinca, Lolog que es una escuela-hogar, (...) casi todas son comunidades mapuche, ésa es la particularidad del área” (HC).



Figura V. El Agente sanitario RC vacunando en la posta sanitaria de Payla Menuko.

¹⁵⁸ La escuela 337 de Piedra Trompul, a unos 30 kilómetros de San Martín de los Andes, Neuquén, está en medio de la comunidad mapuche Cayún y allí asisten 40 alumnos mapuches (extraído de: http://www.ceppas.org/gajat/index.php?option=com_content&task=view&id=192&Itemid=2). En el paraje de la Piedra de Trompul, habitan actualmente cerca de 94 personas, nucleadas en 20 poblaciones, de la Comunidad Cayún. En 1994, la población de esta comunidad era de 29 personas, la mayoría de edad avanzada, a partir de lo cual se propiciaron emprendimientos para procurar la vuelta de los jóvenes al campo. El nivel de ingresos por familia está casi determinado por los subsidios estatales de emergencia. Cuentan con un plan de manejo forestal comunitario en su fase final (Huipán et al 2004). La comunidad Cayún se ubica dentro de la reserva nacional Lanín. Abarca 1393 hectáreas en la cabecera nordeste del lago Lácar (Trompul), a 15 km de la ciudad de San Martín de los Andes. Fuente: guardaparque Fabián Roca, seccional Huechulafquen.

¹⁵⁹ En Quila Quina viven 50 familias (150 personas) de la Comunidad Curruhuinca (extraído de http://www.sanmartindelosandes.gov.ar/turismo/parque_nacional_lanin/pnl_sabias_que_pnl_sabias_que_mapuches.html). La Comunidad Curruhuinca está distribuida en cuatro parajes: Trompul, Pil Pil, Quila Quina y Payla Menuco, variando las actividades productivas según los parajes. Con un total de 600 habitantes nucleadas en 130 poblaciones, la tasa de crecimiento es de 24% por año. Esta comunidad posee el título de propiedad que abarca a los cuatro parajes. Está ubicada en ambos márgenes de la cabecera este del lago Lácar. Estas tierras se encuentran en la reserva nacional Lanín. Ocupan 10500 hectáreas cedidas por la administración de parques nacionales en forma de propiedad comunitaria en 1989, por la ley del congreso nacional. Dicha propiedad fue escriturada en 1994. Asimismo, existen tierras de la comunidad fuera de la jurisdicción de la APN, totalizando alrededor de 11.000 hectáreas (Extraído de: <http://www.parkswatch.org/parkprofile.php?l=spa&country=arg&park=linp&page=hum>).

en los puestos sanitarios de Puente Blanco/Payla Menuko, Trabunco y Quemquemtreu. Mientras que en Meliquina, Lago Hermoso y Filo Hua Hum la visita médica mensual se realiza casa por casa. Las familias del paraje Payla Menuko pertenecen a la Comunidad Payla Menuko y a la Comunidad Curruhuinca y las familias de Trabunco pertenecen a la Comunidad Vera. Mientras que los parajes rurales más lejanos que visita RC corresponden a sectores de estancias (Meliquina, Lago Hermoso, Filo Hua Hum y Quemquemtreu).

En los parajes rurales mapuche Payla Menuko o Quila Quina (Figura VI), las personas que viven en estos lugares -algunos ancianos o enfermos- van caminando hasta el hospital porque no hay transporte público constante y muchos de ellos carecen de recursos económicos. En este sentido, las recorridas sanitarias por estos parajes representan el acercamiento del sistema de salud a poblaciones que se encuentran alejadas geográficamente ya sea por la distancia o por la inaccesibilidad.

Cuando RC está de licencia (por enfermedad, vacaciones u otras causas) el que hace sus recorridos es el agente sanitario HC, que también conoce a las familias y los parajes ya que anteriormente (en varios momentos) se había encargado él de esos sectores. Los recorridos de HC se encuentran en la Figura VI. En total tiene a cargo 170 familias, todas se encuentran dentro de la jurisdicción del Parque Nacional Lanín, y la mayoría son mapuche (Comunidad Curruhuinca).

El trabajo realizado por los agentes sanitarios ha representado un gran aporte en los resultados obtenidos a lo largo de la implementación del plan de salud rural. En los relatos de HC, las incontables referencias a los logros que consiguieron los agentes sanitarios (muchos de ellos evidenciados en las estadísticas sanitarias)¹⁶⁰ parecen dar fundamento a su reputación, un ejemplo de esto es cuando plantea que *“controlamos las enfermedades inmunoprevenibles (...), el mensaje de educación para la salud llegó porque bajaron todos los indicadores”*. A través del desarrollo de sus prácticas y el recuerdo de los buenos resultados que ellas tuvieron (que les valieron el reconocimiento no sólo de la gente sino de las autoridades sanitarias) construyen una identidad de grupo. De allí que la memoria funcione como sostén de la identidad de los agentes sanitarios. Según Pereiro (2004), la memoria permite retener en el presente un archivo de experiencias vividas en el pasado, a partir de hacer una reinterpretación del mismo cargada de afectos, pasiones y emociones. Este proceso se observa en los

¹⁶⁰ Reducción de la mortalidad infantil (en 1970 de 108,9% bajó a 32% para 1980), reducción de la mortalidad general, disminución de la prevalencia de hidatidosis, erradicación de partos domiciliarios y descenso de la incidencia de enfermedades endémicas como tuberculosis (www.saludneuquen.gov.ar)

relatos, las evocaciones, y los diálogos con los agentes sanitarios, principalmente los de mayor trayectoria. De esta manera y en la cotidianeidad, se construyen como actores relevantes en el sistema de salud, espacio que muchas veces les niega visibilidad. Es la memoria la que les permite ubicarse en un lugar destacado, de importancia. Las menciones de aquellos tiempos como los “iniciales”, en los que trabajaban “*codo a codo con los profesionales*”, “*todos comprometidos con el trabajo*”, “*con las actividades en terreno*” les permiten posicionarse e identificarse como actores necesarios.

Los agentes sanitarios se constituyen como “*referentes de salud*”, entre otras acciones, a través de las reiteradas evocaciones de la historia pasada; las recorridas al área rural habitada predominantemente por comunidades mapuche (que fue más extensa durante los años 1970 y 1980 y en los últimos 20 años disminuyó considerablemente frente al avance y crecimiento de la zona urbana¹⁶¹) junto al equipo para conocer a la población (sus condiciones de vida, sus historias/conformaciones familiares, sus costumbres, estados de salud, etc.); el relevamiento de las problemáticas de salud en dichas zonas; las estadías en el campo para tratar enfermedades; el censo de las embarazadas del área para realizarles el control/seguimiento; el trabajo constante para crear los hábitos de vacunación; las charlas sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual y anticoncepción brindadas a adolescentes residentes en áreas rurales; y los talleres y grupos sobre alcoholismo y violencia destinados a diversas poblaciones rurales y urbanas. La narración de sus acciones en los primeros años de trabajo, el poder recordar y rememorar algo del propio pasado es lo que sostiene la identidad (Gillis, 1994 en: Jelin 2001). Es decir que, a partir de la acción de recordar, crean un sentido de permanencia (somos producto de un proceso histórico que permanece en el presente en nosotros) y pertenencia (somos parte de un grupo que se fundamenta en una historia común) que abona la construcción de una identidad en este caso grupal.

El cuidado de la memoria y de la identidad es una estrategia utilizada por los agentes sanitarios para permanecer en el tiempo en un sistema de salud que los ubica en un lugar marginal. Las diversas prácticas narradas por los agentes sanitarios les permiten construir una imagen de ellos mismos para el afuera. Sin embargo lo narrado es también seleccionado de entre un montón de experiencias e historias. Siguiendo a

¹⁶¹ En 1970, la población del departamento de Lácar era de 13.883 y estaba conformada por 8015,436 habitantes en el área urbana y 5867,57 habitantes en el área rural, es decir, que tenía un 57% de población urbana y un 43% de población rural; en cambio en 2001, la población se acrecentó a 24.670, con un 91% de población urbana y tan sólo un 9% de población en área rural (extraído de Censo Nacional de Población y Viviendas 1970 y 2001, INDEC).

Jelin (*op.cit.*), toda narrativa del pasado implica una selección. La memoria es selectiva, es la operación de dar sentido al pasado con fines ubicados en el presente. En este caso, los agentes sanitarios le dan sentido al pasado a través de la narración selectiva de ciertas prácticas con las que hoy los identifican.¹⁶²

La historia que los agentes sanitarios traen al presente a través de los recuerdos es constitutiva de su identidad de grupo. En esa construcción de identidad apareció fuertemente la mención de la salud pública como espacio de referencia y reconocimiento.

3.1- LOS AGENTES SANITARIOS COMO REPRESENTANTES DE LA SALUD PÚBLICA

“Los agentes fuimos los que llevamos la Salud Pública casa por casa” (RC)

“somos Salud Pública” (AM)

“dependemos de Salud Pública” (HC)

“me manda el hospital, Salud Pública” (RC)

“en las casas nos presentamos como agentes de Salud Pública” (MB)

Los agentes sanitarios de San Martín de los Andes expresaban que ellos eran representantes de “salud pública” afuera del hospital y según refirieron todos los miembros del equipo, la gente los reconocía en sus áreas como personal de salud pública. Sus prácticas incluían diversos mecanismos de regulación, disciplinamiento y normalización de la población. Durante las visitas domiciliarias realizaban la “inspección” y “control” del cumplimiento de normas y tratamientos prescritos por el médico.

La ampliación de las facultades de los agentes sanitarios en un primer momento estuvo relacionada con la escasa mano de obra (capacitada y no capacitada) en el interior de la provincia. Luego, en los años 80, con el crecimiento sociodemográfico y económico (relacionado mayormente con la explotación del petróleo), se incorporó al sistema sanitario mayor cantidad de personal. En San Martín de los Andes pasaron de dos a cuatro agentes sanitarios, conformándose el equipo del

¹⁶² Sus prácticas incluyen actividades de educación (información de salud: sexualidad, calendario de vacunación, saneamiento ambiental, manejo de la basura, potabilización del agua, etc.), promoción (lactancia materna, alimentación saludable, ejercicio físico, entre otros temas) y prevención (campañas de vacunación, charlas de sexualidad y de prevención de VIH/SIDA, hantavirus, hidatidosis, entre otros) en visitas domiciliarias periurbanas y rondas rurales, además de la entrega de diversos recursos: leche, semillas, pastillas antiparasitarias y también realizan prácticas de asistencia médica: vacunan, realizan controles de embarazo y medición de glucemia y presión arterial y recetan medicamentos cuando el médico se ausenta.

Área Programa en el hospital local. A fines de los años 90, con la aplicación de medidas neoliberales, la reducción salarial en el ámbito de la Salud Pública provocó una fuga de profesionales en busca de mejores remuneraciones (Taranda y otros, 2008). La migración masiva del personal fue posible gracias al nuevo régimen de semi-exclusividad horaria, que produjo una reorganización de tareas y funciones de forma no explícita.

Las tareas de control de la natalidad, de la mortalidad, de la higiene, de la sexualidad, son los objetivos específicos expresados en la normativa que rige el trabajo de los agentes sanitarios. Las mismas pueden considerarse parte de una estrategia que actúa mediante prácticas disciplinares con el propósito de modelar los cuerpos, convirtiéndolos en fuerza de trabajo eficiente para la producción. Los dispositivos sanitarios que desarrollan, entre otros actores, los agentes sanitarios tienen dichos objetivos: controlar y “docilizar” los cuerpos con fines productivos. En este sentido, es posible entender sus prácticas como parte de una biopolítica (Foucault, 1996) de control, y es por ello que denomino a los dispositivos que desarrollan los agentes sanitarios “dispositivos de biocontrol”.

En sus prácticas cotidianas los agentes sanitarios desarrollan dispositivos de biocontrol como la obtención de información sociodemográfica (para el cierre de ronda, censo), que es actualizada constantemente y volcada a un informe anual sobre la población: *“en el cierre de ronda (...) cada año resumís todo lo que hiciste, cantidad de gente por grupo etario, si tiene o no obra social, nivel de instrucción, cantidad de niños, familiares enfermos, casos crónicos”*, refiere HC. Este dispositivo funciona como un sistema de control epidemiológico eficiente en el sentido de que con escasos recursos (siete agentes sanitarios), se obtiene anualmente un gran caudal de información socio-sanitaria de una población de casi 30.000 habitantes. Cabe aclarar que si bien a través de este dispositivo se condensa una gran cantidad de información, los “cierres de ronda” no son relevantes para las autoridades del hospital ni para el nivel zonal y central (Secretaría de Salud de Neuquén). Estas instituciones no realizan una evaluación de los datos generados a través de este dispositivo ni menos aún realizan una devolución a sus efectores. Esto podría explicarse, por un lado, por el lugar marginal que ocupan los agentes sanitarios en el sistema y el campo de salud, lo que conlleva a una subvaloración de su trabajo; y por otro lado, por el hecho de que no existen índices críticos de mortalidad a nivel provincial. Al parecer, para las autoridades sanitarias provinciales no hay una situación sanitaria mayormente problemática que amerite el análisis de los cierres de ronda locales.

Otro dispositivo de biocontrol es la visita domiciliaria, casa por casa, la cual constituye una herramienta para el conocimiento de las familias, de la población, de sus necesidades, de sus demandas, de sus procesos de salud, pero también de aspectos sociales, políticos, culturales y económicos. La modalidad de este dispositivo es mediada por la conversación, el intercambio, la charla, lo que posibilita que ese espacio se diferencie del denominado “interrogatorio” característico de la consulta médica. Es decir que la comunicación que se desarrolla en la visita domiciliaria más allá de tener objetivos de control, genera respuestas y demandas de la población, que interpelan y también “controlan” a los agentes sanitarios.

En las prácticas de los agentes sanitarios el rol preventivo como dispositivo de biocontrol se traduce en evitar que la población desarrolle enfermedades a través de la vacunación, la difusión de información sobre prevención de enfermedades de transmisión sexual, de conductas “no saludables” como consumos problemáticos de sustancias (alcohol, tabaco u otras drogas), conductas violentas, alimentación deficitaria, sedentarismo, entre otras. Además incluye la búsqueda y detección de enfermedades manifiestas o “anormalidades”, definidas por la “autoridad médica/científica”¹⁶³ (este criterio clínico rige los programas de salud nacionales, provinciales y locales). La prevención en el campo de la salud, supone implícitamente una definición de lo que es normal y lo que es patológico. Su objetivo es evitar lo anormal, la enfermedad. Desde la medicina se desarrolló un “conocimiento del hombre saludable (...) una experiencia del hombre no enfermo, y una definición del “hombre modelo” por eso es que “cuando se hable de las vidas de las sociedades (...) no se pensará en principio en la estructura interna del ser organizado, sino en la bipolaridad médica de lo normal y lo patológico” (Foucault, 2008:62-63). En este sentido, la medicalización de la vida cotidiana constituye un fenómeno que recrea los límites entre lo normal y lo anormal. Según Menéndez (2009) la medicalización consiste en el proceso por medio del cual acontecimientos y comportamientos de la vida cotidiana de los sujetos se convierten en enfermedades, que pasan a ser explicadas y atendidas a través de técnicas y concepciones biomédicas. Es así que, mediante el proceso de medicalización, entendido como un proceso múltiple y variado, por el cual “problemas no-médicos” pasan a ser definidos y tratados como “problemas médicos”, ya sea bajo la forma de “enfermedades” o de “desórdenes” (Conrad, 2007), aumenta día a día la cantidad de situaciones, síntomas y conductas a detectar, controlar, tratar e intentar curar. Algunos de los problemas relacionados con esta tendencia son: por un lado, que

¹⁶³ Si bien en la actualidad hay una crisis de autoridad médica, sigue persistiendo la lógica de lo normal y lo patológico en el campo de la salud.

se coloca el origen del problema en el individuo en lugar de enfatizar el rol del entorno social y por tanto instala el paradigma de que el "problema" requiere intervenciones médicas individuales en lugar de soluciones colectivas o sociales (Quadrelli, 2015). Por otro lado, la transformación de todos los aspectos de la vida cotidiana en patologías conlleva la ampliación de la jurisdicción médica y se aumenta la magnitud del control social del área médica sobre el comportamiento humano. Además, cada vez que se genera una enfermedad, la consecuencia inmediata es que para cada proceso existe un tratamiento. En tanto entidad con fines de lucro, la industria farmacéutica busca con ello, aumentar mercados y expandir su rentabilidad financiera. En la medida en que ciertas circunstancias previamente consideradas parte de la vida o el proceso de envejecimiento (la calvicie, el colon irritable, la osteoporosis, la obesidad, la ansiedad, algunos síntomas de la menopausia, la disminución del apetito o la potencia sexual) o factores de riesgo (determinaciones bioquímicas asintomáticas, antecedentes familiares, estilos de vida) sean considerados enfermedades, pasarán a ser pasibles de recibir un tratamiento (Quadrelli, *op. cit.*). Las acciones de prevención de padecimientos y problemas que desarrollan los sujetos y los grupos, del mismo modo que lo que sucede con la autoatención (que incluye la prevención) la biomedicina tiende a suponer que son prácticas erradas y menoscaban estas acciones, sin reconocer que todos los grupos desarrollan actividades de prevención de los padecimientos que reconocen. La mayor parte de los criterios preventivos que utilizan los sujetos son producto de procesos sociales y colectivos, mientras que la orientación dominante en las prácticas preventivas que desarrolla el personal de salud está orientada a los individuos (Scaglia, 2012). Durante las rondas domiciliarias los agentes sanitarios observan individualmente si se manifiestan síntomas de enfermedades o si hay indicios de situaciones de violencia, adicciones, hacinamiento, falta de higiene, no sólo a través de las conversaciones sino a partir la observación y percepción directas, con el objetivo de prevenir patologías o daños.

Las intervenciones de prevención desde el ámbito de la salud pública refuerzan y acompañan el proceso de medicalización, remarcando los límites entre lo normal y lo patológico y desempeñando una función de control social. Sin embargo, en el presente contexto de incremento de las desigualdades sociales, se han sumado otras modalidades de control estatal de la población definidas por Fassin (1999) como los "lugares de escucha". Según este autor, ante la visibilización de la violencia urbana, los comportamientos "desviados" y la pauperización creciente de algunos sectores como problemas que debían ser manejados por el Estado, los "lugares de escucha" se plantearon como la solución a los problemas de los "barrios en dificultad". Este autor

señala que más que considerar a los pobres como víctimas de situaciones de dominación, de explotación y discriminación, se les percibe como seres sufrientes a los cuales se debe escuchar, no pudiendo proponerles un mejoramiento de sus condiciones objetivas de existencia (*Ibid.*). La creación de dispositivos que representan lugares de escucha en contextos de desigualdad creciente expone cómo la dimensión patética, en el sentido de sufrimiento o dolor, se introduce en el ámbito de la salud, en donde reemplaza a las condiciones socioeconómicas como determinantes de la salud. Si bien el autor se refiere a un contexto europeo, en Neuquén, Argentina, pude observar la puesta en acción de dispositivos que cumplen las mismas funciones de escucha similares a los referidos por el autor. Dichos dispositivos tienen un carácter paliativo en tanto que no solucionan ni piensan los problemas de salud de la población y su relación con las desigualdades socioeconómicas. En el caso de San Martín de los Andes, la escucha es implementada por los agentes sanitarios como una de las principales prácticas dentro del marco de promoción de la salud.

3.2- LOS SENTIDOS DEL TRABAJO PARA LOS AGENTES SANITARIOS

Los agentes sanitarios trabajan no sólo con las personas y sus dolencias sino también con y en el “contexto” de vida de las personas que visitan, lo que complejiza sus intervenciones en comparación con otros profesionales. Esto es así, porque, tal como describió la agente sanitaria MB en un periódico local, “*el médico en el consultorio no ve lo que nosotros vemos en las casas, no percibe el dolor, la necesidad que padece el paciente*”. Todos los agentes sanitarios refirieron que el trabajar con las familias y conocer en dónde y cómo viven constituye un aporte para una comprensión más amplia de las situaciones y plantear un abordaje más integral.

Los agentes sanitarios HC y RC no sólo “enseñan” a otros agentes sanitarios la tarea, sino que también participan en la formación y orientación de los médicos rotantes. Durante sus rotaciones, los agentes los llevan a recorrer el área rural y periurbana, los puestos y centros de salud. En las visitas los hacen intervenir/atender, los asesoran, acompañan y contienen. Les plantean que lo más importante en los encuentros con las personas es el acompañamiento y la charla -muchas veces facilitada a través del mate-. En estas visitas las palabras son las protagonistas. Esta modalidad es aprehendida por los rotantes, en la misma práctica. El proceso de aprendizaje transcurre en ambas direcciones, los agentes sanitarios observaban a los rotantes en las prácticas de atención, aprendiendo y adquiriendo conocimientos e información “técnica” y los médicos rotantes aprenden a observar y escuchar a las

personas en sus hogares, respetando los tiempos y demandas de salud de quienes visitan más allá de sus diagnósticos médicos. Este rol docente es ejercido por todos los agentes, pero se destacan RC y HC, quienes representan parte de la “historia viva” de la salud provincial. A través de sus relatos, basados en la experiencia, les transmiten a sus compañeros una “forma de ser” en el mundo sanitario, un compromiso con el “hacer de la Salud Pública”, una forma particular de entender la promoción de la salud que permanece como “legado” a través de la memoria.

En un sistema de salud en el que la promoción de la salud ocupa un lugar secundario (en comparación al lugar ocupado por la curación clínica), los agentes sanitarios siguen trabajando autodenominándose “*representantes de la Salud Pública*” y ejerciendo prácticas comprometidas en la resolución de las problemáticas de salud de las poblaciones. Ante este contexto, me pregunté: ¿Qué sentidos estaban por detrás de sus prácticas? ¿Por qué seguían realizando intervenciones socio-sanitarias (para abordar las problemáticas de salud de la gente) en nombre de una Salud Pública que parecía ignorarlos? La respuesta a estos interrogantes las fui encontrando en torno a la idea de “*reconocimiento*” de mis interlocutores. Este término aparecía reiteradamente en las palabras de los agentes sanitarios, como fuerza motora o *leit motiv* de sus acciones. Siguiendo a Ricoeur (2005), la identidad aparece en escena en el discurso del reconocimiento, en tanto pedimos ser reconocidos en nuestra “identidad auténtica”. Pues la exigencia de reconocimiento expresa una expectativa que puede ser satisfecha sólo en cuanto reconocimiento mutuo, siga siendo éste un sueño inaccesible o exija que sea dado por una institución. Con la temática del reconocimiento mutuo, la identidad alcanza su punto culminante: la que exige ser reconocida es la identidad “más auténtica”, en el sentido de que nos hace ser lo que somos. Este mismo autor señala que el acto concreto por el que volvemos a aprehender el pasado en el presente es el reconocimiento. En el presente, los agentes sanitarios reconocen un pasado de compromiso laboral, en el cual ellos asumieron funciones importantes como pioneros en el sistema de salud que se estaba forjando¹⁶⁴. Este reconocimiento del pasado que mencionan no sólo los agentes más antiguos, sino la mayoría de ellos, que conocen esta historia a través de los relatos y las memorias transmitidas oralmente por los de mayor trayectoria, adquiere un dejo de nostalgia y melancolía en comparación a la situación de trabajo actual. Es en este sentido que planteo, es el pasado, traído a través de la memoria, uno de los motivos

¹⁶⁴ Las funciones de asistencia en zonas lejanas, de registro y control de las enfermedades de la población y todas las acciones en el terreno que posibilitaron el mejoramiento de los indicadores de salud provinciales fueron ya mencionados en los capítulos anteriores.

por los cuales los agentes continúan trabajando y reconociéndose como representantes de la Salud Pública, buscando a su vez, un reconocimiento dentro del sistema de salud y de los profesionales.

El otro motivo que los moviliza laboralmente es la relación constante con la población. Los agentes sanitarios presentaban en su trabajo al menos dos dimensiones que parecerían ser contrapuestas pero que convivían en sus prácticas: por un lado, la dimensión normativa propia de la institucionalización de la salud pública, en la cual el objetivo era el disciplinamiento y control sanitario de la población; y por otro lado, una dimensión informal/afectiva, empática, que proponía un trato humanizado y una relación a partir de las visitas y la distribución de recursos (materiales, simbólicos, asistenciales, etc.), que les brindaba lo que Ricoeur (*op.cit.*) denomina estima social. Dicho autor refiere que sólo a través del reconocimiento mutuo se puede lograr la estima social. En este caso, los agentes sanitarios se relacionan e intercambian diversos bienes que conllevan un reconocimiento. Para explicar el intercambio que permite el reconocimiento mutuo, este autor emplea la teoría del don. Considera principalmente que lo que constituye un enigma en las prácticas del intercambio de dones entre las poblaciones no es la obligación de dar, ni siquiera la de recibir, sino la de dar a cambio, la de devolver. La idea de que el don debe ser devuelto supone que el otro es otro yo, que debe actuar como yo; y es en este gesto de retorno que me confirma la verdad de mi propio gesto, es decir mi subjetividad, es por medio de este mecanismo que los hombres se confirman unos a otros que no son cosas (Lefort en: Ricoeur 2005).

3.3- EL RECONOCIMIENTO MUTUO O EL INTERCAMBIO DE BIENES “SIN PRECIO”

El concepto de reconocimiento mutuo equivale a un alegato a favor de la mutualidad de las relaciones entre los actores del intercambio, por contraste con el concepto de reciprocidad situado por encima de los agentes sociales y de sus transacciones. Ricoeur (2005) reserva el término mutualidad para los intercambios entre individuos y el de reciprocidad para las relaciones sistemáticas cuyos vínculos de mutualidad no constituirían más que una de las figuras elementales de la reciprocidad.

Contrariamente a lo que podría sugerir la lectura de Mauss (*op.cit.*), los presentes no figuran en absoluto como bienes mercantiles, en el sentido de cosas que

se pueden comprar y vender. Pues no tendría valor por fuera de esta función de prenda y de sustituto respecto a la relación de reconocimiento mutuo.

Se puede encontrar don en todas las formas de lo sin precio: en la dignidad moral, que posee un valor y no un precio, en la integridad del cuerpo humano en cuanto a la no-comercialización de sus órganos, entre otras. También las profesiones de enseñanza, el ejercicio de la medicina, son remuneradas mediante retribuciones que oscilan entre el don y el salario. El examen de estas situaciones mixtas lo llevó a reforzar el énfasis puesto en la *gratitud* como el *sentimiento* que, en el *recibir*, separa y une el *dar* y el *devolver*. Es la calidad de este sentimiento la que garantiza la firmeza de la línea de división que recorre desde el interior las mezclas entre don y venta. Ante la pregunta ¿por qué dar?, Ricoeur (*op.cit.*) plantea que el *compromiso* en el don constituye el gesto que inicia todo el proceso. El autor señala que Mauss había percibido la importancia de estos movimientos, que podemos llamar del corazón, cuando escribía: *uno se da al dar, y si uno se da es que se debe, a sí mismo y su bien, a los otros*. En lugar de la obligación de devolver, hay que hablar, bajo el signo del *agape*, de respuesta a una llamada nacida de la generosidad del don inicial. Recibir se convierte en la categoría base, en cuanto que la manera como el don es aceptado decide el modo en que el donatario se siente obligado a devolver, la *gratitud*. El reconocimiento-gratitud significa, según el autor, mostrar mediante gratitud que uno es deudor hacia alguien de algo, de una acción.

En las visitas que realizan los agentes, los dones que ellos dan implican un reconocimiento de la existencia de la persona o familia como sujetos destinatarios de acciones y recursos de salud concretos. A su vez, los destinatarios reconocen la existencia de los agentes como dadores, representantes sustanciales del sistema de salud. Bajo el régimen de la gratitud, los valores de los dones son inconmensurables en términos de costes mercantiles. Ahí reside la marca de lo *sin precio* en el intercambio de dones. Lo que los agentes sanitarios “dan” incluye: diálogos directos-conversación (sin intermediarios, continuos en el tiempo, que les permiten establecer una relación de confianza); acciones como conseguir la ambulancia para ir a visitar o buscar pacientes (de lugares lejanos y sin medios económicos para viajar), “visitar”, “escuchar”, “acompañar”, “atender” y “curar” a personas que viven aisladas o en lugares remotos, conseguir alguna medicación faltante, “charlar” y “aconsejar” son tareas que denominaré “prácticas sin precio”. El agradecimiento por parte de los que reciben o son destinatarios de estas prácticas sin precio se traduce en los recibimientos con mate y tortafríta, pan y mermelada casera, sin embargo lo más

relevante es que el agradecimiento se traduce en “*reconocimiento*”, un don que no tiene precio. Un don que les permite a los agentes sanitarios fortalecer su identidad como actores relevantes en el sistema de salud, que les recicla la voluntad de hacer, que les da sentido a su trabajo. En palabras de los propios agentes: “*la gente te valora, te alimenta tus ganas (...) el reconocimiento de la gente que te busca (...) por ser un referente (...)*” (HC); “*me reconforta mucho el reconocimiento de la gente, por ello hacemos lo que hacemos*” (MB); “*los vecinos me dieron una sorpresa, yo no sabía nada y cuando inauguraron el puesto sanitario me dijeron que habían decidido ponerle mi nombre por todo lo que había hecho por el barrio*” (FS) (Figura VII); “*cuando se reinaugure el puesto sanitario de Payla Menuko, la comunidad decidió ponerle mi nombre*” (RC). Los recibimientos en las viviendas (algunas de ellas muy humildes) con mate (Figura VIII), licor, pan casero, tortafritas, o lo que en ese momento tuvieran para ofrecer, evidencian la importancia que le asignan a la visita del agente sanitario y su reconocimiento como referente de salud, que es mediado a través de la gratitud expresada explícitamente en palabras, bienes de carácter simbólico e implícitamente en los bienes materiales brindados, durante los momentos compartidos (Figura VIII).



Figura VII. Consultorio del Área Peri-urbana que lleva el nombre del agente sanitario.



Figura VIII. Agente sanitario tomando mate con vecinos durante la visita.

En el sistema de salud hay un desconocimiento, invisibilización y desinterés con respecto a los agentes sanitarios y sus funciones. Tal como relata MB, los profesionales de salud no saben lo que ellos hacen, *“no tienen en claro lo que hacemos (...) para mí yo soy una pata más de la mesa (...), les dije (a los profesionales del centro de salud de su área) que somos un equipo, escuela, justicia, acción social, tenemos que trabajar en red, la idea es compartir lo que yo me entero en cada casa para trabajar entre todos”* pero ellos *“nos toman como el che pibe de los mandados”* por eso refiere que no va con frecuencia al centro de salud; además les piden que hagan cosas que no forman parte de sus funciones: *“me mandaron del hospital a un hogar de menores porque la asistente social no quiso ir (...) a ver una menor que tuvo un hijo”* dice RC. Ante esta situación, todos los agentes sanitarios se manifiestan disconformes, la falta de reconocimiento por parte de las autoridades y profesionales de la salud les generaba frustración. Esta frustración, lejos de inmovilizarlos o estancarlos, los motivaba a continuar trabajando en pos de ese reconocimiento que en algún momento llegaría, con el cambio de alguna autoridad sanitaria local o provincial o por la concientización de los profesionales más cercanos.

Los agentes sanitarios desarrollan diversos roles de acuerdo a las diferentes situaciones en las que participan. En ciertos momentos funcionan como dispositivos de escucha y participación, en otros además curan, medican, diagnostican, ejercen prácticas médicas, también recomiendan, aconsejan, asumiendo un rol más contenedor o de confianza, o intentan persuadir o convencer de que cumplan una indicación de salud, o discuten, se enojan o se resignan ante situaciones de personas que no “obedecen” o siguen un tratamiento, roles que van desde la perspectiva más paternalista hasta la más autonomista. A veces se enfrentan con casos en los cuales deben ejercer diversos roles al mismo tiempo, como mediadores/ conciliadores/ articuladores, pero a la vez, desde su rol como representantes de la Salud Pública se enmarcan dentro de la lógica estatal, son actores que cumplen con los programas/políticas del Estado, sus acciones se encuentran dentro de ciertos límites fijados institucionalmente.

Sin embargo, en la representación de sus múltiples roles se enfrentan con límites que igualmente les permiten quebrar una lógica sanitaria basada en el pensamiento biomédico dominante. En los contextos de consulta/atención hay un supuesto implícito que tiene que ver con el mantenimiento de un comportamiento basado en la distancia afectiva. El involucramiento es considerado una práctica no profesional, desde el punto de vista ético y científico. Para poder ejercer una práctica curativa-asistencial se supone que hay que ser neutral, nunca demostrar los sentimientos que pueden despertarse como consecuencia de las situaciones de encuentro con un otro en el ámbito laboral. Uno de los principios de las prácticas científicas es la objetividad lograda a partir del distanciamiento del objeto-sujeto de estudio, en este caso de intervención o curación, etc. La aceptación acrítica de este dogma niega la realidad cotidiana en la cual las relaciones sociales invaden y transforman estos códigos científicos. La humanización de las relaciones laborales ejercitada por los agentes sanitarios constituye una manera de entender y hacer promoción de la salud que va en contra de una lógica deshumanizada y deshumanizadora institucionalizada, cuyo mayor exponente lo constituye el paradigma biomédico hegemónico. La expansión mundial de este paradigma (que legitima los resultados basados en la “evidencia” clínica, en la industria farmacológica, separando lo biológico de lo social y restringiendo el conocimiento a pruebas estadísticas) responde a intereses económicos y políticos (laboratorios, corporaciones médicas y de distintos profesionales de la salud, entre otros), a una lógica de mercado que se instaló fuertemente en el campo de la salud desde los años 70. En este ámbito dominado por intereses mercantilistas, es donde la lógica deshumanizadora se produce y reproduce

institucionalmente. Lo que sucede en el hospital es que esta lógica opera sin que los actores sean plenamente conscientes de ella.¹⁶⁵ La misma es reforzada por medio de la valoración social de la medicina a partir de sus tecnologías fármaco-curativas. Frente a la deshumanización de la atención que predomina en las prácticas de salud, la tarea que realizan los agentes sanitarios es valorada por los usuarios y, en relación a la comunidad Payla Menuko, el reconocimiento de la tarea del agente sanitario se ve reflejado mayormente en, por ejemplo, el nombre elegido para el puesto sanitario en dicha localidad. La comunidad mapuche decidió colocarle el nombre del agente sanitario RC: “Ruka Lawen RC” (“casa de la medicina RC”).

A lo largo de mi estadía en San Martín de los Andes observé los roles desempeñados por los agentes en los vínculos que mantienen con la población, en los que se destacan una dimensión “humana”, caracterizada por el involucramiento y la implicación en las situaciones de padecimientos de las personas que visitan y en la interacción constante a partir de la cual van redefiniendo los límites y posibilidades de las intervenciones. Es probable que el hecho de “no ser profesionales” amplíe su “llegada” y acogimiento en las poblaciones con las que trabajan, en el sentido de que se presentan y son considerados como “pares” o en un plano más cercano e igualitario que un profesional de salud.

El acompañar a los agentes sanitarios en sus tareas me permitió dar cuenta del trabajo poco visible institucionalmente de un actor del campo de la salud que ha sido subordinado y desestimado. Este campo, al estar dominado por los profesionales médicos, reproduce relaciones de poder que ubican a los agentes sanitarios en una posición marginal e inferior. La apelación que realizan los agentes sanitarios a la memoria como forma de legitimar sus prácticas (sustentadas en un pasado inspirador) y de darle sentido a un presente deslucido y poco prestigioso les posibilita reivindicarse como referentes de salud para la población, como representantes de Salud Pública. El sentido de promoción de la salud que encontré en el trabajo de los agentes sanitarios está vinculado con una dimensión humana de cuidado que, si bien no está exenta de condicionamientos y contradicciones, les permite colocar su mirada y sus prácticas en función de las relaciones afectivas que construyen con las personas que visitan. Relaciones afectivas que se construyen y mantienen en el tiempo a través de las visitas, las charlas y los mates. En San Martín de los Andes pude observar que la promoción de la salud para los agentes sanitarios se funda en un vínculo cara a

¹⁶⁵ Se encuentra asimilada como esquemas o habitus (Bourdieu, 2004), en los actores que se desempeñan en este campo.

cara con las personas, en los diálogos, silencios, mates y el reconocimiento mutuo. Estas modalidades a partir de las cuales se acercaron prácticas biomédicas a los mapuche se fomentaron desde el plan de salud rural, sin embargo comenzaron muchos años antes, a través de las prácticas de misioneros religiosos. A su vez, estos misioneros se encontraron con otros saberes y prácticas que implicaban otras concepciones de salud y enfermedad (diferentes a la occidental).

En el próximo capítulo analizo las concepciones y prácticas en torno a los Procesos Salud/Enfermedad/Atención (PSEA) y el territorio, estrechamente relacionadas en la cosmovisión mapuche. Realizo una breve reseña sobre las primeras formas de introducción de prácticas biomédicas en poblados mapuche. Describo la atención sanitaria en las comunidades mapuche de San Martín de los Andes y específicamente en la comunidad Payla Menuko, así como las repercusiones que han tenido las intervenciones de los agentes sanitarios en y para dicha comunidad. Además analizo las concepciones y prácticas de salud, bienestar y territorio de la comunidad Payla Menuko y el lugar que ocupan las mismas en sus demandas.

CAPÍTULO III

LOS PROCESOS DE SALUD- ENFERMEDAD- ATENCIÓN EN TERRITORIO MAPUCHE

En este capítulo analizo las concepciones y prácticas en torno a los Procesos Salud/Enfermedad/Atención (PSEA) y el territorio, estrechamente relacionadas en la cosmovisión mapuche. Realizo una breve síntesis acerca de las circunstancias históricas en las que comienzan a acercarse prácticas biomédicas a los mapuche. Abordo la atención de la salud de las comunidades mapuche de San Martín de los Andes, centrándome específicamente en el caso de Payla Menuko. Observo y describo la utilización, apropiación y resignificación de diversas medicinas y formas de cuidado de la salud desarrolladas por las familias de Payla Menuko, así como sus demandas, que son resultado de las relaciones dinámicas que construyeron con los “otros”, desde una posición subalterna con respecto a la ocupada por los actores del ámbito de la salud pública y a otras comunidades, pero no por ello pasiva.

3.1- LAS CONCEPCIONES Y PRÁCTICAS EN TORNO A LOS PROCESOS DE SALUD-ENFERMEDAD- ATENCIÓN (PSEA) MAPUCHE

A lo largo del trabajo de campo los miembros de la comunidad mencionaron en reiteradas ocasiones la conquista y colonización española como una marca traumática cuyas huellas aún permanecían presentes. Estos fenómenos, que fueron acompañados por la prédica del evangelio desde distintas corrientes religiosas, marcaron y modificaron las estructuras organizativas mapuche. Las situaciones de represión, discriminación, silenciamiento y resistencia en torno a sus formas de vida y a la atención de la salud aparecían relacionadas en los relatos y entrevistas con aquel pasado/presente en la realidad comunitaria cotidiana. Es por ello que realizo algunas contextualizaciones socio-políticas e históricas que permiten sumar elementos para una comprensión integral de la temática abordada en la actualidad.

En este sentido, siguiendo a Eduardo Menéndez (1994), asumo los PSEA como un fenómeno universal que opera estructuralmente en toda sociedad y en todos los conjuntos sociales que la integran. De esta manera, la enfermedad, los padecimientos y los daños a la salud han funcionado históricamente como motor de representaciones, prácticas y saberes en torno a la búsqueda de respuestas. Los PSEA suponen la existencia en toda sociedad -pero en este caso me refiero específicamente al pueblo mapuche-, de representaciones y prácticas para entender,

enfrentar y, de ser posible, solucionar la incidencia y consecuencia generadas por los daños a la salud.

Históricamente, el pueblo mapuche ha desarrollado saberes a partir de los cuales se abordan los problemas de salud que afectan a sus poblaciones.

Diversos tipos de especialistas mapuche atendieron las problemáticas de salud que se suscitaron en su territorio. Las figuras más emblemáticas no sólo en torno a la salud y el tratamiento de las enfermedades sino también en cuanto a su rol de líder religioso-espiritual y socio-político, fueron y aún son los/as machi¹⁷¹, quienes concentran *Kimün* (conocimiento) y cumplen la función de sacar la enfermedad y reestablecer el equilibrio entre los seres humanos y el resto de los seres que existen en el Universo. Esto les dio el carácter de intermediarios entre el mundo espiritual y el *Ragiñelwe* (mundo material) teniendo la capacidad de conectarse con distintas dimensiones de los espacios que conforman el *Waj*¹⁷² *Mapu*. Diagnostican enfermedades mediante la orina, ropa, tacto y *Püjütun* (comunicación con espíritus). Los y las machi son quienes pueden lograr el *Küymin*, es decir, un estado de comunicación directa con su *Püjü* (espíritu), pudiendo realizar distintos tipos de machitún (ceremonias de sanación de enfermedades): *Ülutun* (ceremonia de curación sencilla para quien está afectado, el/la machi cubre y fricciona el cuerpo del paciente con distintos tipos de hierbas medicinales para reestablecerlo físicamente) y diversos *Müxümtun* (*Aztun*, *Püjütun* y *Logkon*) con características similares pero con variantes, teniendo en cuenta el tipo y causa de la enfermedad (COTAM¹⁷³, 2003). Además de los diferentes tipos de ceremonias, las capacidades específicas referidas al manejo de plantas medicinales, de los partos y de los huesos son desarrolladas por diferentes especialistas: *Püñeñelchefe* (especializada para ayudar en el parto), *Gütamchefe* (especializada en arreglar huesos), *Zachefe* (especializada en curar con hierbas).

El diagnóstico efectuado por los/as machi es el resultado de un proceso de búsqueda y reconocimiento de la etiología de enfermedades mediante los *Peumas* (sueños), la observación e interpretación de la orina, *Perimontun* (Visión), *Küymin* (trance de un machi, estado de comunicación directa con el *Püjü*).

¹⁷¹ Si bien en la actualidad existen numerosos/as machi, desde ambos lados de la cordillera, tanto el Estado Chileno como el Argentino, los/as atacaron y asesinaron. En Chile, el rol político de machis ha menguado, quedando más ligada su actividad al rol médico- espiritual. En Argentina, de acuerdo a los relatos relevados en la comunidad y a referentes mapuche, no quedaron machis vivos luego de la denominada "Campaña del Desierto", la "campaña genocida de Roca se propuso como primer objetivo de ataque hacerlas desaparecer" (Aspiroz Cleñan, 2007). Por esta razón, los/as machi cruzan la cordillera para atender en algunas comunidades o viceversa.

¹⁷² *Waj* significa "rededor" que incluye el interior y exterior de algo, en el *kimün mapuche* conceptualmente está haciendo referencia a lo que se entiende como universo en el mundo occidental (COTAM, 2003)

¹⁷³ Comisión de Trabajo Autónoma Mapuche (Disponible en: http://www.memoriachilena.cl/602/articulos-122901_recurso_7.pdf)

Siguiendo a Menéndez (1994), es posible analizar los PSEA y sus significaciones, en relación al proceso histórico particular en el cual se construyeron las causales específicas de los padecimientos, las formas de atención y los sistemas ideológicos (significados) respecto de los mismos.

Desde esta perspectiva, una de las explicaciones sobre los orígenes de los padecimientos que refirieron los miembros de la comunidad Payla Menuko se relaciona con un desequilibrio. Todas las manifestaciones de vida tienen *Günen*: animales, plantas, viento, agua, etc. Cada elemento que existe en el *Waj mapu* es posible gracias al *Günen*, que tiene fuerza, energía espiritual; este principio orienta el sentido último de la existencia y función de todo aquello que tiene vida. Con respecto al *che* (gente, persona), el concepto *Günen* es de orden espiritual, hace referencia al origen del *che*, que también ordena y controla su comportamiento espiritual, tanto como persona genérica como a aquella culturalmente definida como *mapuche*. Cuando no se respetan las normas que corresponden a cada dimensión del *Günen*, se produce el desequilibrio de la persona, la enfermedad.

El *Küpalme* de la persona, entendido como la transmisión de la herencia que hace a su identidad, corresponde a la manifestación concreta del *Püjü* de uno de los antepasados del *che*. El ejercicio en concordancia al rol que otorga el *Küpalme* garantiza un bienestar interno lo que trae consigo un *Küme Felen* (salud).

El no ejercer el rol trae consecuencias nocivas a las personas y su *Reyñma* (familia), puede incluso producir el rompimiento del vínculo generacional de la persona con su *Elürpa* (relación directa generacional de los antepasados con la persona), exponiéndose a quedar sin la protección y la orientación que le otorga su *Küpalme*. Cuando la persona se desvincula de esta conexión abandona su pasado junto a una gama de *Kimün* acumulado a través del tiempo y se expone a una serie de pasajes dolorosos tanto físicos, como psicológicos.

En la comunidad Payla Menuko, referentes expresaron su preocupación por que muchos *peñis* y *lagmien* han perdido esa conexión/ vinculación con su *Küpalme*. Una de las causas que ellos han identificado se relaciona con la colonización cultural religiosa, impuesta al pueblo *mapuche* por la religión cristiana y todas sus corrientes.¹⁷⁴ Las consecuencias de estas desvinculaciones impactan sobre la salud mapuche, generando diversos problemas y daños.

¹⁷⁴ En los últimos veinte años las familias de la comunidad han sido visitadas por misioneros y representantes de diversas corrientes religiosas: evangélicos, mormones, testigos de Jehová, anglicanos, católicos, entre otros. La ciudad de San Martín de los Andes presenta una cantidad significativa de iglesias de diversas religiones.

La salud mapuche y el mantenimiento de la misma, se relaciona a su vez, con el compromiso recíproco del “dar y recibir y del recibir y dar” denominado *Gijañmawün*.

En el ámbito religioso, el principio de reciprocidad se establece en la relación del *che* con los *Newen* (fuerzas) existentes en la naturaleza. El equilibrio de la vida surge de la relación recíproca que entre ellas se establece y se sostiene por medio del cumplimiento de la función particular que a cada una de las fuerzas le corresponde ejercer en el marco de la vida *Mapuche*.

Esta caracterización sobre la perspectiva mapuche con respecto a los procesos de salud-enfermedad-atención permanece vigente, aunque presenta múltiples modificaciones inter e intracomunitarias, tanto en *Puel Mapu* (este de la cordillera) como en *Gulu Mapu* (oeste de la cordillera). Diversos procesos han marcado las transformaciones en los PSEA del Pueblo Mapuche, pero hay dos que particularmente han constituido un punto de inflexión en su historia afectando su orden y equilibrio: la conquista española y la conformación de los estados nacionales. En este sentido, si bien el Pueblo Mapuche ha enfrentado padecimientos y daños a la salud con anterioridad a la llegada de los españoles, fue con la conquista española que se modificaron significativamente sus PSEA, en tanto introdujeron nuevas enfermedades epidémicas y comenzaron los enfrentamientos y conflictos continuos en y por el territorio que impactaron directamente en los PSEA del Pueblo Mapuche.

3.2- EL IMPACTO DE LA CONQUISTA ESPAÑOLA EN LOS PSEA MAPUCHE

La guerra con España cambió, según el historiador José Bengoa (1987), a la sociedad mapuche. Se incorporó el caballo, el ganado vacuno y lanar, el trigo y otros diversos alimentos. La introducción del aguardiente constituyó una herramienta de dominación, que junto con las pestes (chavalongo o tifus, viruela, etc.) diezmaron a la población mapuche.

En Febrero de 1546 se enfrentaron el ejército español y mapuche por primera vez en la localidad de Quilacura. Unos diez años después según las crónicas estudiadas por Bengoa, ocurrió la primera gran peste de tifus que los mapuche llamaron chavalongo. Se cree que murió un 30 por ciento de la población indígena, lo que se estima representaba alrededor de trescientas mil personas. En 1564 sobrevino la peste de viruela, que asoló a la población, por la que murió una quinta parte de ella, lo que equivalió a cien mil personas. No sólo trajeron tifus y viruela, sino también sífilis que se propagó y provocó el descenso de la población mapuche. A más de un siglo de la llegada de los españoles al sur de América del Sur, los Mapuche fueron reconocidos por la Corona como Pueblo Soberano, estableciendo la frontera con la Capitanía

General de Chile en el río Bio Bio, en 1641, mediante el Tratado de Paz de Quillin en Gulumapu, mientras que en Puelmapu se respetaron las fronteras de “hecho”, esto significó que el pueblo nación mapuche pasó a constituirse en la primera y única nación independiente reconocida por un tratado (Hernández, 2003). Si bien este acuerdo constituyó un hecho político muy relevante, no implicó el reconocimiento de la autonomía total del Pueblo Mapuche, sino que representaba una estrategia coyuntural en el contexto de conquista/colonización caracterizado por el desconocimiento del terreno y escasez de hombres para luchar.

En las primeras décadas de "contacto" con los europeos, la población mapuche disminuyó drásticamente. Hacia fines del siglo XVI hubo un colapso demográfico notorio y dramático, debido a enfermedades importadas por hispanos y esclavos- viruela, influenza, tuberculosis-, la desestructuración de economías domésticas, el impacto de las malas condiciones de vida que influyeron en el consumo excesivo de alcohol (por fuera del ámbito ritual) y la pérdida de los medios de subsistencia. Hacia 1620, la población indígena “entre indios de servicio, yanaconas y esclavos sumaban un total de casi 9000. Estos números calculados sobre la suma de los tributarios, indicarían la presencia de una población de 25000 personas incluyendo mujeres y niños. Jerónimo de Vivar (cronista de la época) señalaba que el descenso de la población alcanzó los dos tercios, por lo que se calcula que la población indígena en 1540 habría sido de 75000 disminuidos por migraciones, alzamientos, pestes y fugas (COTAM, 2003).

Las relaciones interculturales en torno a los procesos de salud/enfermedad/atención se dieron en un contexto de avance español en el territorio mapuche¹⁷⁵. El jesuita Luis de Valdivia fundó el primer hospital en el siglo XVII, en el cual los mismos frailes cultivaban la tierra aledaña para obtener los recursos vegetales, base de la farmacopea de la época, con más de 1000 preparaciones¹⁷⁶. Desde esa época de ambos lados de la cordillera se sucedieron diversas enfermedades ya mencionadas, producidas por el contacto con europeos: disentería, “chavalongo”, gripe y viruela (Espinoza, 2010).

¹⁷⁵ La relación de la nación mapuche con la Corona española desde finales del siglo XVI se caracteriza por el establecimiento de acuerdos constructivos y relaciones políticas y comerciales. La batalla de Curalaba (1598) y la Rebelión de 1598-1601 pusieron fin al período de la guerra ofensiva y dieron paso a la denominada guerra defensiva. Terminada la guerra defensiva en 1625, se volvió a la guerra abierta (Álvarez San Martín, 2012). La estrategia de guerra defensiva planteada por los jesuitas y aceptada por España consistía en “dejar a los clérigos y frailes entrar a la tierra a predicar el evangelio. Reducir, en fin, el servicio personal, de modo que el mapuche pueda hacer la distinción entre abrazar la ley y servir, transformándose en vasallo” (Bengoa 1992 citado en Álvarez San Martín, 2012: 2).

¹⁷⁶ Espinoza G, R. 2010. Pinceladas de la medicina chilena en el siglo XIX. A 200 años de la Independencia. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 62 - Nº 6. pág. 654-658.

En paralelo a las consecuencias del contacto con los europeos, la medicina occidental se fue difundiendo en Patagonia, a partir de las misiones jesuitas¹⁷⁷ en la época colonial, con las cuales no sólo se buscaba difundir la fe cristiana sino también “civilizar” a la población indígena por medio de la formación en educación religiosa, moral e higiene. Estas misiones no se mantuvieron durante mucho tiempo debido a la resistencia indígena a ser evangelizados. Sin embargo, en el Siglo XVIII se siguieron fundando misiones¹⁷⁸.

3.3- EL IMPACTO DE LA CONFORMACIÓN DEL ESTADO NACIÓN ARGENTINO EN LOS PSEA MAPUCHE

La formación de las Repúblicas, tanto argentina como chilena, a partir de la declaración de sus independencias, cambió el rumbo en la historia de este pueblo originario, hacia fines del siglo XIX.

En el sur de Argentina, en 1879, comenzó el exterminio y la desintegración del Pueblo Mapuche y las comunidades sobrevivientes fueron expulsadas de sus territorios o relegadas a espacios reducidos (Radovich, 2013). Durante la Campaña del “Desierto”, los militares exterminaron en primer lugar a los líderes políticos y espirituales que además ejercían prácticas médicas, por lo que no dejaron con vida a ningún/a machi¹⁷⁹, situación que se diferencia de lo ocurrido del otro lado (oeste) de la cordillera (*Gulu mapu*). Esto impactó fuertemente en los procesos de salud-enfermedad-atención de las comunidades mapuche. Por un lado, se quedaron sin especialistas médicos, que eran a su vez los principales transmisores de saberes de salud; y por otro lado, las prácticas mapuche en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención fueron sancionadas y prohibidas. El Estado junto a la colaboración de misioneros religiosos obstaculizaron la transmisión de muchos conocimientos mapuche. Las misiones salesianas organizaron permanentes recorridos a lo largo de los ríos Colorado, Negro y Chubut en busca de lugares aptos para la construcción de escuelas, capillas y hospitales (Orfali Fabre, 2001). La educación

¹⁷⁷ Nuestra Señora de Nahuel Huapi (1669- 1717) y Nuestra Señora del Pilar Rainleuvú (1758- 1759).

¹⁷⁸ Además, si bien los jesuitas fueron expulsados desde los tiempos de Carlos III, su regreso al país obedece a gestiones de Rosas que, conociendo y valorando la obra “civilizadora” de los hijos de San Ignacio, quiere poner en sus manos la formación espiritual de la juventud argentina. Esas gestiones cristalizan con el arribo a Buenos Aires, en agosto de 1836, de seis religiosos de la Compañía de Jesús (En: <http://www.revisionistas.com.ar/>)

¹⁷⁹ Si bien existen otras concepciones dentro de las comunidades mapuche acerca de la continuidad y persistencia de *Machis* en Argentina, en las comunidades de San Martín de los Andes, provincia de Neuquén, según sus autoridades y miembros, no quedó vivo ningún médico/a mapuche/ *Machi* luego de la campaña militar de Roca. Sí refieren que existen *Pillan Kuses*, y otras autoridades médico/religiosas que pueden realizar prácticas de curación pero que no son *machi* pues no tienen el grado de comunicación con los diversos niveles del mundo mapuche, ni tienen los mismos *Newenes* (poderes/fuerzas), tampoco pueden interpretar los sueños ni realizar las curaciones por medio de ellos.

salesiana actuó como brazo funcional de uniformización en un territorio en el que el estado argentino acababa de ocupar un espacio al que se proponía “argentinar” (Nicoletti, 2002). Las acciones salesianas fueron funcionales a los objetivos “educativo-civilizatorios” del Estado, sin embargo pronto surgirían intereses divergentes en tanto se iba produciendo la consolidación del Estado-nación argentino y su hegemonía en el campo político-territorial, educativo y sanitario.

Según Milstein (2003), el argumento de la prevención de las enfermedades y el cuidado de la higiene, entendidos como asuntos de Estado, estableció para la escuela formas específicas de vigilancia e injerencia en las vidas privadas familiares a través de las cuales se ejercía control. La enseñanza de los significados acerca de la limpieza y la suciedad, la salud y la enfermedad forman parte del proceso de socialización escolar. La autora refiere que la escuela surgió como institución del Estado (en sustitución de la Iglesia) disputando el monopolio de la educación legítima. La escuela tuvo una función fiscalizadora de las condiciones de vida de las familias, es decir que se asumieron las vidas privadas de las familias como una verdadera cuestión de Estado. Desde mediados del siglo XIX, el proceso del saber médico modificó el modo de entender las enfermedades y en especial las epidemias, y se propuso actuar sobre las causas externas: el aseo de las casas, el saneamiento del agua, el estado de los alimentos, el trabajo excesivo y la “ignorancia” o falta de educación sobre aspectos de higiene. Esto llevó al Estado a la reconsideración de su campo de acción y a penetrar, en nombre de la higiene pública, en dominios en los que antes no se había pensado. La higiene también otorgó argumentos que legitimaron y profundizaron el proceso secularizador del Estado en áreas en las que tradicionalmente ejercía control la Iglesia. Tal fue el caso, entre otros, de la educación, que fue considerada un medio fundamental de difusión de los modos higiénicos modernos. Las propuestas higienistas estaban fundamentadas en el interés nacional por el mantenimiento del número de pobladores y la preservación de su salud física y moral. De este modo, el higienismo contribuyó con la política poblacionista en la época de la fundación del Estado Nacional. En este sentido, Milstein (2003) observa que los agentes sanitarios en la actualidad mantienen esta responsabilidad ante el Estado, mostrando la vigencia práctica del ideal higienista. En Neuquén se comenzaron a planificar estratégicamente las instituciones sanitarias públicas a nivel local, que llevarían a la práctica este ideal higienista en las primeras décadas de la provincialización (1960/ 1970). Por otro lado, el higienismo constituyó tanto de la mano de misioneros como de los agentes sanitarios un modelo de salud a defender e imponer en nombre del “bien común”, era parte del proceso de “civilizar” y educar a la población indígena de la provincia.

3.4- LA ATENCIÓN DE LAS COMUNIDADES MAPUCHE DE SAN MARTÍN DE LOS ANDES

La atención sanitaria estatal de las comunidades mapuche de San Martín de los Andes comenzó con la organización del Plan de Salud a nivel provincial, en los años 70, es decir, a partir de la presencia de la primera institución estatal de salud en la zona inaugurada en 1973, me refiero al Hospital Ramón Carrillo. La consideración de este período es importante para comprender la situación contextual de interacción social actual. Este devenir histórico sanitario local será relevado a través de los relatos, recuerdos y rutinas cotidianas de diversos actores sociales y constituye uno de los ejes de este capítulo.

Las comunidades mapuche de San Martín de los Andes están constituidas por las comunidades: Vera, Curruhuinca, Cayún, Payla Menuko y Ufkowe Newen (Figura IX).

La comunidad Vera se encuentra próxima a San Martín de los Andes (a 5 km de la ciudad y se extiende hasta el pie del cerro Chapelco) y se localiza por fuera de la jurisdicción del Parque Nacional Lanín. Sus familias están distribuidas en tres parajes: “Trabunco Arriba”, “Trabunco Abajo” y “Cerro Horqueta” (base del Cerro Chapelco) (Stecher, 2007 en: Impemba, 2008).

La “comunidad Curruhuinca ocupa un territorio de 10.500 hectáreas siendo la más extensa de todas (...) y la agrupación Cayún cuenta con 1.600 hectáreas (...)” (Impemba, 2008:3). Estas tres comunidades mapuche son las que están reconocidas legalmente a través de personerías jurídicas: la Agrupación Mapuche Curruhuinca (Decreto N° 3505 del 01/10/86), la Comunidad Vera (Decreto N° 4149 del 22/10/91) y la Comunidad Cayún (Decreto N° 3224 del 29/09/89)¹⁸⁰. Según el Censo denominado “Cierre de ronda” de Julio 2012 efectuado por los agentes sanitarios HC y RC, Payla Menuko presenta 56 familias (354 personas); Cte. Díaz (Comunidad Curruhuinca) tiene 30 familias (220 personas); Trahunco (Comunidad Vera) posee 53 familias (245 personas); Trompul (Comunidad Cayún: 20 familias y Comunidad Curruhuinca: 51 familias) entre las dos comunidades suman 71 familias (211 personas); Pil Pil (Comunidad Curruhuinca) cuenta con 44 familias (149 personas) y Quila Quina (Comunidad Curruhuinca) presenta 37 familias (121 personas). Con respecto a la comunidad más nueva Ufkowe Newen ubicada en el barrio Chapelco Chico, el agente sanitario RC tiene censadas a las familias pero este dato no aparece detallado en el último cierre de ronda, ya que hay una situación de conflicto judicial¹⁸¹.

¹⁸⁰ Extraído de: Gobierno de la Provincia de Neuquén, s/f. Asociación por objeto u localidad.

¹⁸¹ Un terrateniente local reclama haber comprado las tierras en las que vive la comunidad ancestralmente, por lo que se inició un proceso judicial que se encuentra retrasado debido a la espera del

poblaciones objetivo hacia la que apuntan sus acciones los miembros del equipo de este sector (Área Programa). Durante el trabajo de campo (2012- 2013), observé que en las visitas médicas y de los agentes sanitarios se llevan a cabo determinadas prácticas de salud que constituyen formas de atención protocolizadas, que se replican en cada visita o encuentro más allá de las opiniones personales¹⁸³.

Los agentes sanitarios del Hospital Ramón Carrillo se han encargado de la atención sanitaria del área rural desde hace más de 30 años. RC y HC han relevado toda el área, localizando y censando cada casa. Dichos agentes relatan que al principio les fue difícil acceder a las familias, no sólo por la distancia y la falta de caminos consolidados, sino por la desconfianza inicial de la gente hacia aquellos hombres que venían del hospital sin que nadie los “hubiese llamado”. Los agentes recuerdan que algunas veces tuvieron problemas con los “maridos” debido a que cuando llegaban a las viviendas sólo estaban allí las mujeres, pero como las visitas duraban casi todo el día antes de irse tenían tiempo de conversar con el “jefe de la familia” y explicarle las razones de las visitas. En las mismas, los agentes introducían pautas de conducta, de higiene, observaban la limpieza de la vivienda, el baño, los perros, y cuentan que de a poco, con el tiempo y luego de varias visitas pudieron lograr la confianza necesaria para plantearles cambios de hábitos, o incorporar nuevos como ir a una consulta médica o vacunarse.

La estrategia de promoción de la salud que implementaron los agentes sanitarios si bien se ha basado en el reconocimiento mutuo como he referido en el capítulo anterior, presenta también un componente normativo centrado en lograr que las personas asuman comportamientos denominados “saludables” para evitar enfermedades o exposiciones a riesgos para la salud, desaprobando actitudes “no saludables”. En sus prácticas, los agentes sanitarios cumplen un protocolo y se constituyen en emisarios de las normas “saludables”, produciendo a la vez, una calificación moral de las conductas que están por fuera de lo “normativo” y “saludable” definidas desde la biomedicina. Una de las formas de lograr estos cometidos, es decir, que las personas sigan las normas saludables, consiste en llevar adelante acciones de prevención y promoción que se planifican a partir de estudios epidemiológicos locales por medio de los “cierres de ronda”¹⁸⁴.

¹⁸³ A modo de ejemplo ya que cada conjunto de prácticas estandarizadas depende de cada caso/ familia; en el caso de una visita domiciliaria a una familia con niños, las prácticas consistían en pedirle el carnet de vacunación de los niños para “controlar” si estaba completo, se le preguntaba a la madre si utilizaba algún método anticonceptivo, se le entregaba en caso de que necesitarlo, se le preguntaba por los niños, su escolarización, si necesitaba turno con el odontólogo infantil u otro especialista, y se indagaba cualquier otro aspecto que consideraba relevante durante el encuentro.

¹⁸⁴ El cierre de ronda es un informe anual que resume la información obtenida como resultado de las visitas domiciliarias realizadas durante todo el año, en las cuales se efectuó un censo a cada familia, relevando datos socio-demográficos y sanitarios.

A partir de ellos obtienen información sociodemográfica cuyos resultados se encuentran en las figuras X a XVI.

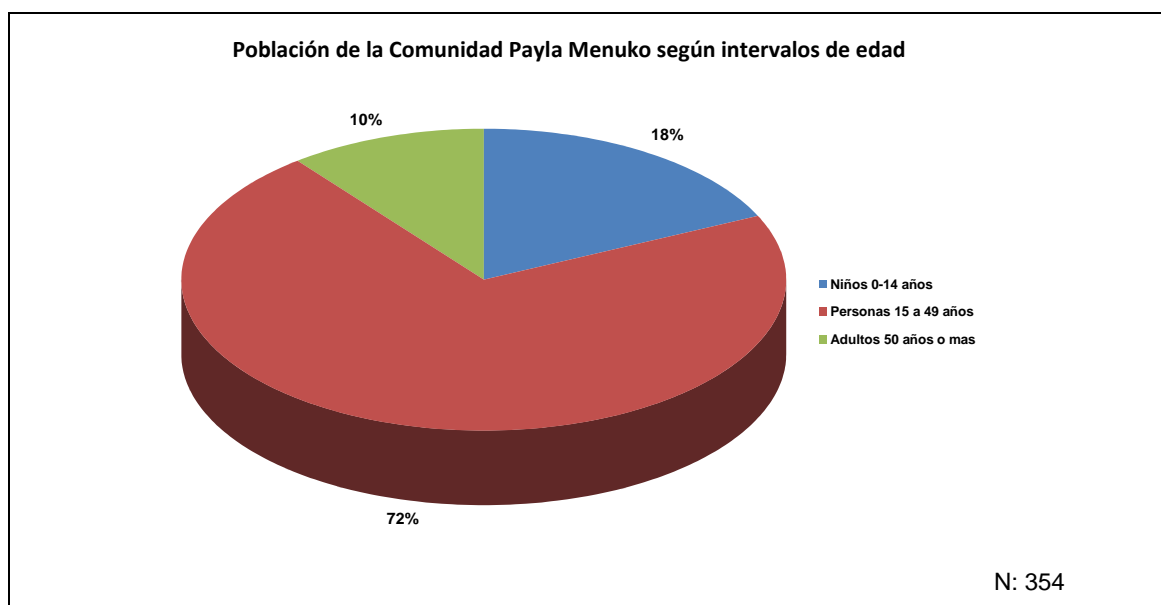


Figura X. Población de la Comunidad Payla Menuko (% según intervalo de edad).

La conformación demográfica de acuerdo a las edades muestra que la población de Payla Menuko es joven. El 72% está conformada por personas que tienen entre 15 y 49 años. Un 18% de la población es infantil (entre 0 y 14 años) y el 10% restante está compuesto por población adulta mayor de 50 años.

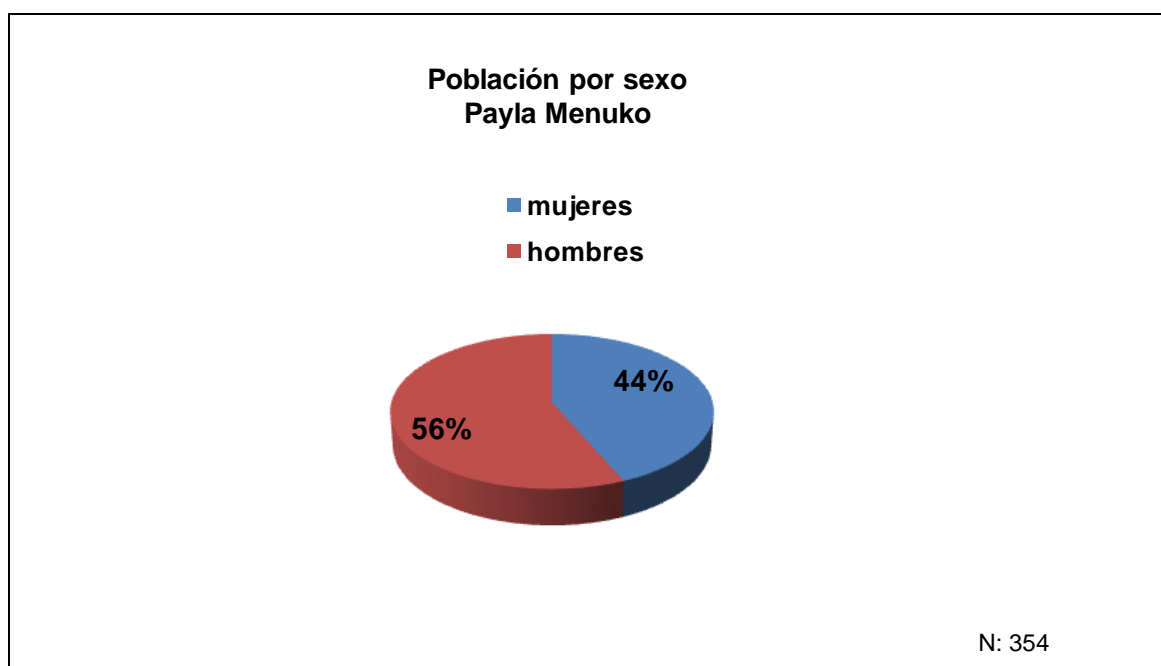


Figura XI. La población de Payla Menuko según sexo

La población de Payla Menuko según el último cierre de ronda es mayormente masculina, representada por un 56% de hombres en comparación con el 44% de mujeres.

Familias de Payla Menuko según el cierre de ronda 2011-2012

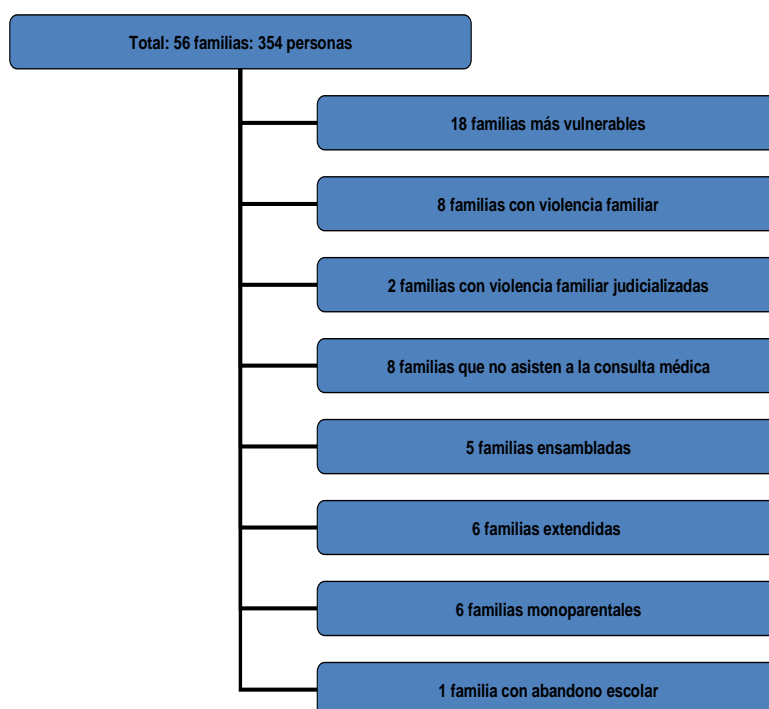


Figura XII. Cantidad de familias según factores de riesgo.

Las problemáticas de salud en Payla Menuko, relevadas por el agente sanitario en el cierre de ronda realizado en diciembre de 2012, se clasificaban de acuerdo a un criterio denominado “vulnerabilidad”, determinado en función de otro criterio definido desde la biomedicina como “factor de riesgo”. Una familia era considerada vulnerable si presentaba alguna situación de riesgo mencionada en el Programa de salud rural.¹⁸⁵

¹⁸⁵ Factores de riesgo: parto domiciliario, embarazo sin control, niños con bajo peso o desnutridos, violencia familiar, abusos, violaciones, alcoholismo, otras adicciones, embarazo en menor de 17 años, mas de tres hijos menores de 5 años, ausencia de planificación familiar, familia monoparental, vacunas incompletas, accidentes en el hogar, muerte de menores de 5 años, discapacitados, enfermedades crónicas sin tratamiento o control, analfabetismo, menores en edad escolar que no asisten a la escuela primaria, hacinamiento y promiscuidad, vivienda precaria sin servicios, falta de hábitos de higiene, deficiente eliminación de excretas, ausencia de tratamiento en el agua para consumo, inadecuado almacenaje de agua, vivienda con vinchucas sin fumigar, perros sin desparasitación, deficiente eliminación de basura, menores en situación de abandono, ausencia de ingresos económicos, ausencia de trabajo, entre otros (Programa de salud rural y periurbana de los agentes sanitarios, s/f).

En la comunidad de Payla Menuko, el agente sanitario RC visitaba 56 familias que constituían una población de 354 personas (según el cierre de ronda de 2012). De acuerdo al mencionado enfoque de riesgo el agente sanitario identificó los casos más “vulnerables”: 18 familias que presentaban alguna situación de riesgo, ocho familias presentaban situaciones de violencia familiar, dos de ellas estaban judicializadas, ocho familias no asistían a la consulta médica, aunque esto no significa que no fueran al hospital o a un centro de salud periurbano. Había seis familias ensambladas, que según el agente sanitario RC significaba que “parejas que se juntaron y cada uno tiene hijos de las parejas anteriores” y seis familias extendidas que implicaba la co-residencia de varias generaciones de la familia viviendo en la misma casa (abuelos/as, tíos/as, sobrinos/as, nietos/as, etc). Este tipo de familias presentaban situaciones de hacinamiento que según la normativa constituía un factor de riesgo. Por ello, el agente sanitario las visitaba periódicamente. En el caso de las familias monoparentales, también eran consideradas vulnerables ya que en su mayoría están conformadas por adultos mayores que vivían solos. Esta situación era peligrosa, según el agente sanitario RC, por los accidentes que podrían sufrir como consecuencia de su condición de vejez y soledad, sumado al hecho de que todos presentaban alguna enfermedad crónica propia de la edad (hipertensión, diabetes, artrosis, entre otros). Él iba a visitar a los más ancianos para ver cómo estaban o informarles de un turno con un especialista. Por último, el abandono escolar era considerado factor de riesgo en tanto limitaban las posibilidades de subsistencia a las personas que abandonaban los estudios. En estos casos, el agente sanitario visitaba a la familia e intentaba que el niño regresara a la escuela, también articulaba con las autoridades de la escuela y mediaba entre los dos.

En cuanto a los casos de enfermedades crónicas y discapacidades constituyen una de las principales problemáticas definidas desde Salud Pública y si bien su presencia es considerada un factor de riesgo (por lo cual se clasificaría a la familia de “vulnerable”), en el cierre de ronda aparecen en la grilla en un apartado especial. En Payla Menuko existen 30 casos entre enfermedades crónicas y personas con discapacidad visitados por el agente RC (figura XIII).

Enfermedades crónicas y discapacidad en Payla Menuko

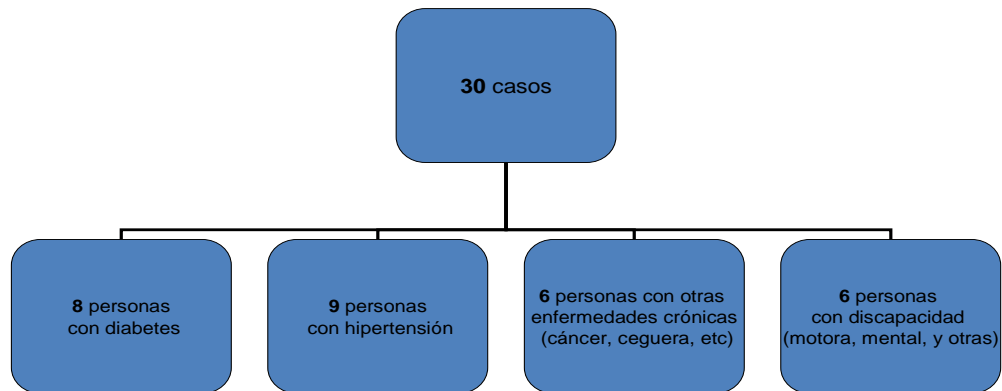


Figura XIII. Cantidad de casos de enfermedades crónicas y discapacidad en Payla Menuko.

Los “casos” crónicos y de discapacidad requieren según el Programa de Salud Rural y Periurbana una atención particular y deben ser priorizados en las visitas. El agente sanitario RC tiene la responsabilidad de llevarles la medicación, controlar que la ingieran, realizar el seguimiento de los tratamientos y prestar atención a las necesidades y demandas que planteen estas familias. Durante las recorridas por Payla Menuko visitamos varias veces una adulta mayor insulino dependiente, un adulto mayor ciego y con tratamiento de próstata, un niño con retraso madurativo (enfermedad mental), entre otros casos que precisaban “seguimiento” (sobre todo casos de personas adultas con hipertensión).

Población de 0-14 años de Payla Menuko

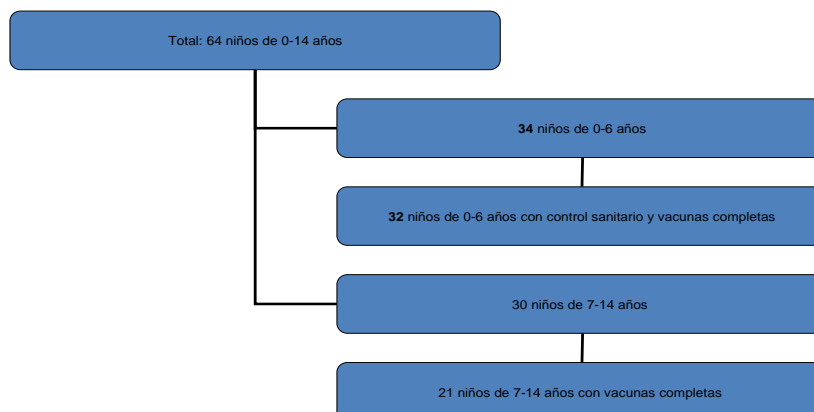


Figura XIV. Cantidad de niños de 0 a 14 años según control sanitario y vacunación.

Otra de las incumbencias principales del agente sanitario RC era la vacunación y control sanitario de los niños de 0 a 14 años. Cuando la médica no puede concurrir a la visita médica mensual, el agente sanitario realiza los controles básicos como pesar y medir a los niños, controlar el carnet de vacunación y aplicar una dosis de ser necesario, entregar medicación indicada por los profesionales de salud en casos de tratamientos prolongados, entre otras tareas. Como puede verse en la Figura XIV, de los 34 niños de 0 a 6 años de edad, 32 de ellos tienen sus vacunas completas y control sanitario del día. Asimismo, de los 30 niños de 7 a 14 años, población que muchas veces no concurre a la escuela ni a la posta sanitaria que son los lugares en donde se realizan las prácticas de control clínico y vacunación, 21 de ellos tienen el control de vacunación completo debido al seguimiento de los casos que realiza el agente sanitario.

El cierre de ronda también releva condiciones de las viviendas como puede verse en la figura XV.

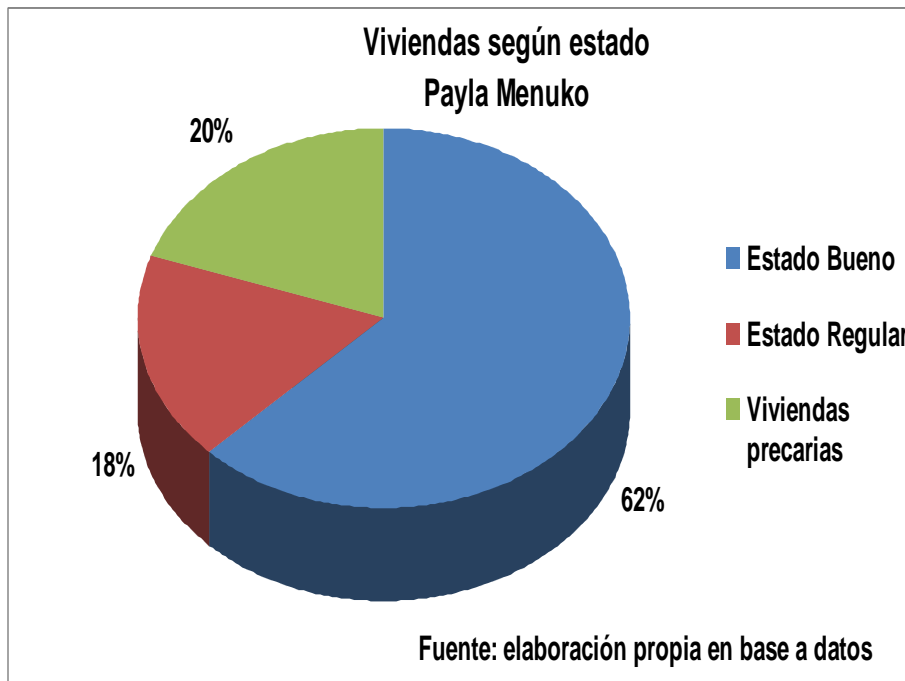


Figura XV. Condiciones de las viviendas de Payla Menuko.

La clasificación de las condiciones de las viviendas de acuerdo al cierre de ronda muestra que el porcentaje de viviendas en buen estado es alto (62%), sin embargo los criterios para evaluar las condiciones del estado son los materiales de construcción de la vivienda, del baño y las condiciones higiénicas, pero no se tiene en cuenta la cantidad de personas que vive en cada vivienda “en buen estado”. En las recorridas que realicé junto al agente sanitario RC observé que en muchas casas de material (cemento, ladrillo), denominadas “en buen estado”, el problema era el promedio de personas que vive por vivienda, que es de aproximadamente 6 personas, lo que es significativo en tanto el tamaño de estas viviendas es reducido salvo algunas excepciones.

En cuanto a las fuentes de ingresos de las familias de Payla Menuko, el cierre de ronda no contempla esta variable. Sin embargo, pude acceder a una aproximación a este dato a partir de la memoria del agente sanitario RC con el cual fui recopilando información de cada familia de Payla Menuko, a través de esos datos realicé el siguiente cuadro que aparece en la figura XVI.

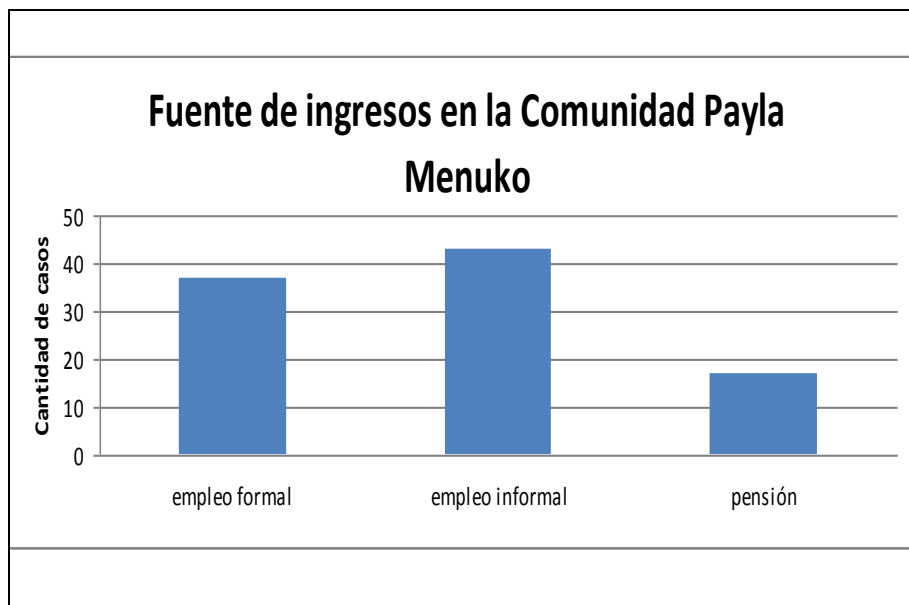


Figura XVI. Condiciones de ingresos económicos en Payla Menuko.

Cabe aclarar que falta enumerar como ingreso la Asignación Universal por Hijo (AUH), dato que el agente sanitario no registra ya que las planillas del censo que se utilizan han sido diseñadas anteriormente a la implementación de la AUH y no han sido modificadas. Sin embargo, según sus inferencias es muy probable que las mujeres de Payla Menuko que tienen hijos menores de 18 años y poseen trabajos informales reciban la asignación o si sus parejas también tienen empleo informal¹⁸⁶. La cantidad de personas con empleo informal es mayor (43 casos) que las que tienen empleo formal (37 casos). Entre los empleos informales se encuentra en primer lugar la albañilería, le sigue empleo doméstico, servicio de mucama en hoteles y changas. Entre los empleos formales en primer lugar se encuentra empleo municipal, provincial y otros. Por último, existen 9 casos de pensionados, la mayoría por jubilación y por discapacidad.

Las relaciones que mantienen los pobladores mapuche de este paraje con el agente sanitario RC, en tanto representante de Salud Pública, viró desde una desconfianza inicial a un diálogo incipiente y cada vez más cercano. Si bien esto no significó el completo “acatamiento” y adherencia de normas de salud difundidas por los agentes sanitarios, implicó una negociación y adopción de ciertas ideas y prácticas que son resignificadas desde una matriz cultural local, es decir que hay una apropiación crítica de sistemas externos de conocimiento, enmarcados por un pensamiento propio (Rappaport y Ramos Pacho, 2005). En este sentido, esta

¹⁸⁶ Según inferencias de RC hay aproximadamente 20 mujeres de Payla Menuko que tienen hijos menores de 18 años que reciben AUH. Es decir, el 34% de las mujeres con hijos menores tendría AUH.

comunidad ha mantenido relaciones estratégicas y ha resignificado prácticas, readaptándolas para ponerlas al servicio de sus propios intereses, constituyendo éste el marco en el que se producen las intervenciones de Salud Pública en su territorio.

3.5- LA COMUNIDAD PAYLA MENUKO

La comunidad Payla Menuko es producto de un proceso de escisión (2007) dentro de la comunidad Curruhuinca, que constituyó históricamente la comunidad más antigua y numerosa a nivel local, además de ser reconocida legalmente por el Estado provincial a través de personería jurídica.

Las relaciones de la comunidad Curruhuinca con el Estado comienzan en 1883 cuando llegan por primera vez tropas del Ejército Argentino a lo que hoy se conoce con el nombre de Vega Maipú (a 7/10 Km. del casco histórico). Veinte años después de la denominada Conquista del Desierto y en cumplimiento de instrucciones militares emanadas de la División los Andes comandada entonces por el Gral. Rudecindo Roca (hermano de Julio Argentino), se funda San Martín de los Andes el 4 de febrero de 1898 a 40 Km al SO del Fuerte Junín, en la cabecera oriental del lago Lácar. Esta región era parte del territorio mapuche Curruhuinca que perteneciera al parlamento del cacique Valentín Sayhueque, pero a quien no apoyara en ocasión de ser éste expulsado por las tropas de Villegas. La ciudad se establece como destacamento militar. Las poblaciones originarias fueron confinadas y reducidas a sectores rurales determinados. Los primeros documentos que reconocen sus terrenos a la comunidad Curruhuinca datan del año 1882, oportunidad en que el Estado argentino otorgó titulación al lonko Bartolomé Curruhuinca. Originalmente la comunidad mantenía una superficie de unas 30.000 a 35.000 hectáreas, incluidos los terrenos donde actualmente está la ciudad de San Martín de los Andes¹⁸⁷. El espacio territorial que ocuparon incluyó los parajes rurales de Pil Pil, Trompul Bandurrias, Quila Quina y Payla Menuko. La comunidad Curruhuinca es una de las tres comunidades mapuche de la zona que están reconocidas legalmente a través de personerías jurídicas¹⁸⁸.

A fines del siglo XIX comenzaron a llegar a la ciudad inmigrantes sirio-libaneses que establecieron los primeros comercios locales. También arribaron holandeses que realizaron explotación maderera, y la agricultura y ganadería fueron desarrolladas por suizos, franceses, italianos, alemanes y otros europeos. Estos

¹⁸⁷ Extraído de: <http://www.mapuexpress.net/?act=publications&id=135>. 20/5/2013.

¹⁸⁸ Agrupación Mapuche Curruhuinca (Decreto N° 3505 del 01/10/86), Comunidad Vera (Decreto N° 4149 del 22/10/91) y Comunidad Cayún (Decreto N° 3224 del 29/09/89). Sin embargo en San Martín de los Andes hay dos comunidades que están esperando reconocimiento jurídico, una se ubica en Chapelco Chico (a 20 km de la ciudad) "Ufkowe Newen" y otra es producto de una ruptura en la Comunidad Curruhuinca, y se ubica en el paraje Payla Menuko.

grupos serán conocidos como los “pioneros”¹⁸⁹, “los primeros pobladores (blancos europeos y sus descendientes), quienes supieron imponerse a las adversidades que planteaba la ocupación de un medio tan alejado de los “centros civilizados” (Balazote y Radovich, 2009). La “sobredimensionalización” de la presencia de migrantes europeos simbolizados como los pioneros (Trentini y otros, 2010) se contrapone a la pre-existencia en el territorio del pueblo mapuche, que ha sido minimizada y solapada¹⁹⁰. Este proceso se reproduce en otras provincias de la Patagonia, en las cuales se niega sistemáticamente la pre-existencia del pueblo mapuche en dichos territorios. La antropóloga Alma Tozzini (2014) muestra cómo este presupuesto funciona como una herramienta de invalidación de derechos a lo largo de toda la Patagonia, teniendo gran recepción y apropiación por parte de los miembros del poder judicial y elites intelectuales regionales.

El aumento demográfico¹⁹¹ producto de las migraciones “pioneras” estuvo acompañado de una mayor presencia del Estado que se efectivizó a través de diversas instituciones, como el Parque Nacional Lanín creado en 1937. Si bien su doctrina oficial se sustenta en la protección, cuidado y preservación de la naturaleza, según Díaz (2002), “por detrás de esa racionalidad proteccionista se ocultaron propósitos económicos, políticos y militares para la ocupación y control efectivo de territorios considerados estratégicos desde el punto de vista geopolítico” (Díaz, 2002:2). Este autor refiere que “la creación del sistema de los Parques Nacionales se sustentó en un enfoque geopolítico, como parte del proceso de dominación y control general de los habitantes originarios y las poblaciones limítrofes y como parte también del proceso económico reproductor expansionista de las relaciones sociales capitalistas” (*Ibid*:2). El rol represor ejercido por “Parques” permanece en la memoria de las comunidades como un recuerdo indeleble¹⁹², en parte es por ello que a los jóvenes del paraje les ha costado mucho reconstruir sus historias de vida pues existe un silencio sobre el pasado por parte de las personas mayores de la comunidad vinculado al miedo que les implantaron los diversos agentes estatales y la coacción

¹⁸⁹ Tal como refiere Berón y Radovich (2007) “el ‘pionerismo’ es una constante en las representaciones históricas de la Patagonia. Una historia esencialista y cristalizada, que excluye frecuentemente en su discurso la presencia del pueblo mapuche en el territorio, especialmente bajo el supuesto argumento de su ‘aloctonía’ dado que según diversos argumentos seudocientíficos, su ‘origen chileno’ lo excluiría de una ‘auténtica autoctonía’ en territorio argentino” (Berón y Radovich 2007 en: Balazote y Radovich, 2009).

¹⁹⁰ El proceso de legitimación de los “pioneros” como los “primeros pobladores” y extranjerización del pueblo mapuche como “chilenos” es abordado por Trentini, Valverde, Radovich, Berón y Balazote (2010).

¹⁹¹ A principios de siglo XX la población era de 763 personas (1920), llegando a 2366 personas en 1947. Es decir que hubo entre 1920 y 1947 una variación intercensal de la población total de San Martín de los Andes del 210,1%. Dato extraído de Otero y otros (2009).

¹⁹² En varias oportunidades hicieron referencia a los maltratos y discriminaciones ejercidos por el personal de Parques: “nos trataban mal”, “nos querían echar”, “no podíamos tocar una hoja, ni sacar madera”, “nos prohibieron recolectar los piñones”. Estos procedimientos eran comunes y fueron realizados también por parte de personal del Parque Nacional Nahuel Huapi. Los mismos han sido documentados en el Lof Antriao y en el Lof Quintriqueo del Dpto. Los Lagos, Neuquén, por Trentini y Pérez (2010).

que han padecido como población sometida por el Estado Nacional. Los ancianos y las ancianas hablan poco del pasado, la mayoría de los/as que aún viven en el paraje no hablan mapuzungún, ésta fue una estrategia histórica de supervivencia en este poblado cercano a la ciudad de San Martín de los Andes (7 Km) que se perfilaba como “aldea de montaña”. La presencia de Parques Nacionales (en este caso el Parque Nacional Lanín, creado en 1937), “fue fundamental para la impronta simbólica otorgada a la zona, contribuyendo en la gestación de una imagen alpina” (Valverde y García, 2007:117). Desde su creación en la década de 1930, los agentes de Parques como representantes del Estado Nacional ejercieron distintos tipos de coerción que son recordados por los miembros más longevos de la comunidad: éstos incluyen acciones de violencia simbólica (discursos discriminadores sobre la falta de capacidad intelectual, precariedad, atraso, censura de su lengua y costumbres, amenazas de represalias si desobedecían el reglamento de PPO¹⁹³, entre otros aspectos) y violencia física (agresiones físicas y expulsión de sus territorios, represión). Los recuerdos de aquella época permanecen “vivos” y condicionan las actuales relaciones con el personal de Parques, que continúa con una política conservadora pero que en los últimos años (desde el año 2000) a través del Área de Co-Manejo ha ampliado su perspectiva y por lo menos escucha las demandas de las comunidades que se encuentran dentro de la jurisdicción del Parque¹⁹⁴. Si bien la creación de esta área en el año 2000 ha sido importante en tanto espacio de participación de los representantes de las comunidades mapuche que se encuentran dentro de la jurisdicción del Parque, hay que resaltar que ocupa un lugar subalterno en la estructura político-administrativa de la entidad. Esto se traduce en una constante pelea por el reconocimiento institucional de las funciones, alcances, incumbencias y soberanía sobre los asuntos que refieran al territorio mapuche.¹⁹⁵ El rol de Parques sigue siendo de control, ya que para realizar cualquier actividad como se encuentran dentro de su jurisdicción debe contar con el permiso de este establecimiento, que en la mayoría de los casos demandan numerosos trámites y recursos de los que carecen las familias de la comunidad. Un ejemplo de ello son los requisitos para habilitar los campings u otros emprendimientos productivos como un local de artesanías o de comida. Los tiempos institucionales y trabas burocráticas y políticas complican las posibilidades de

¹⁹³ Permiso Precario de Ocupación.

¹⁹⁴ Cabe aclarar que esta apertura está relacionada con los cambios producidos en la legislación nacional y provincial acerca del reconocimiento de la preexistencia de los pueblos originarios en el territorio. La modificación de la Constitución Nacional en el año 1994, con el artículo N° 75, inciso 17 y de la provincial en el año 2006, con el artículo N°53 y con la ley 26.160, de suspensión de desalojos a comunidades originarias y realización de relevamiento territorial.

¹⁹⁵ Durante mi estadía en San Martín de los Andes entre agosto de 2012 y marzo de 2013 asistí casi diariamente al establecimiento y participé de reuniones internas del área de co-manejo y de éste con autoridades de Parque.

concretar estos proyectos lo que es vivido por las personas que los quieren realizar como frustraciones:

“(...) no me habilitan el camping porque no tengo el baño que ellos me pidieron, pero es un camping agreste, siempre te piden algo nuevo, hace un montón que vengo con esto, nunca termina el trámite (...)” (CC).

“Para habilitar el camping Parques nos exige un baño, lo empezamos a hacer, está bastante adelantado pero le faltan las duchas, no nos alcanzó la plata para terminarlo, Luz Sapag le dio algunos materiales a mi marido cuando se afilió al MPN (antes era justicialista) pero no nos alcanzó para terminar. El plano del baño lo hizo Parques” (NV).

“Cuando era chico Parques controlaba todo, había que pedirle permiso para todo, siempre nos querían echar (...)” (PC).

La comunidad Curruhuinca que padeció el accionar represivo de Parques Nacionales está distribuida en parajes ubicados dentro de la jurisdicción del PNL: Trompul Bandurrias, Payla Menuko, Pil Pil, Quila Quina y recientemente Comandante Díaz. Hasta mediados de los años 2000 existía en Payla Menuko una sola comunidad mapuche, la “Curruhuinca”. En Noviembre del año 2007, un grupo de familias del paraje Payla Menuko (conocido también como Puente Blanco) anunció que se separaba de la Comunidad Curruhuinca. La separación fue una decisión producto de varias situaciones conflictivas que fueron diferenciando demandas, modalidades de lucha e intereses.

Uno de los procesos que desencadenó la ruptura estuvo asociado a una serie de movilizaciones y demandas judiciales efectuadas por un grupo de jóvenes mapuche de la comunidad Curruhuinca de Payla Menuko, vinculadas al reconocimiento territorial particularmente de un sector lindante al Cerro Chapelco, disputado también por la comunidad Vera, el “denominado lote pastoril 69 A o más conocido como la base del Centro de Esquí del Cerro Chapelco (...) estas dos comunidades mapuche aquí citadas han venido desarrollando actividades agro pastoriles, (...) y desde hace algo más de treinta años se les han superpuesto actividades turísticas relacionadas con la práctica del esquí en temporada invernal y aquellas vinculadas con el denominado turismo de aventura durante la temporada estival” (Impemba, 2008:5). El gobierno provincial arregló con “la Comunidad Vera el pago de un canon de u\$s 50 mil por el uso que la empresa Nieves del Chapelco hace de dicha tierras, canon que en virtud

del acuerdo firmado debería ser modificado este año¹⁹⁶, acuerdo que no cumplió y al que se sumó el reclamo de la comunidad Curruhuinca que sigue demandando un sector del lote. Según el diario La Mañana de Neuquén, “el Gobierno fue cauto y con precisión de cirujano trabajó de modo tal de solucionar las cuestiones que entiende le competen y dejar el grueso del conflicto, es decir el territorial, en manos de las dos comunidades, que por el momento no se ponen de acuerdo”¹⁹⁷. El arreglo del gobierno con la comunidad Vera es producto de una negociación política en la que la comunidad Curruhuica salió perdiendo. Durante este proceso, las familias que tuvieron mayor protagonismo y llevaron adelante medidas de fuerza, exponiéndose a la represión policial, fueron las que posteriormente se retiraron de la comunidad. Las diferencias dentro de la comunidad Curruhuinca comenzaron a ser visibles a partir de la implementación de metodologías de lucha incorporadas por el grupo no seguidor del MPN. Los referentes políticos de la comunidad Curruhuinca (lonko y comisión directiva) respondían al MPN, esperando de él las soluciones a los conflictos en los territorios. Esta dependencia y subordinación fue denunciada y combatida por este grupo que no coincidía ideológicamente con el partido-gobierno provincial.

Entre los años de 1990 y la primera década del 2000 se mantuvieron numerosas disputas político-territoriales en toda la provincia. Durante este período algunos jóvenes del paraje Payla Menuko participaron en muchos de los conflictos mapuche [Pulmarí (1995), Loma de la Lata (2001), Villa La Angostura (2003), la reforma de la Constitución Provincial (2006), Paineofilú (2006/8), entre otros]. A través de estas experiencias, se fueron formando políticamente reconfigurando sus formas culturales dentro de un espacio de lucha, discutiendo, teorizando y apropiándose de conceptos y metodologías pertenecientes a paradigmas dominantes desde su propio espacio conceptual (Rappaport y Ramos Pacho, 2005). La ausencia de apoyo y acompañamiento de los líderes (lonko y autoridades menores) de la comunidad en los conflictos, llevaron a este grupo a plantear el problema dentro de la comunidad como una cuestión de falta de representación y cuestionaron la legitimidad de las autoridades, demandando mayor espacio de participación. Estas necesidades no fueron escuchadas, agudizándose los enfrentamientos¹⁹⁸ cada vez mayores con las autoridades políticas de la comunidad Curruhuinca, situación que culmina con el

¹⁹⁶ Extraído de: https://www.lmneuquen.com.ar/noticias/2012/8/27/se-estancaron-las-negociaciones-entre-las-comunidades-mapuches_160036.

¹⁹⁷ Extraído de: https://www.lmneuquen.com.ar/noticias/2012/8/27/se-estancaron-las-negociaciones-entre-las-comunidades-mapuches_160036.

¹⁹⁸ Que incluyeron golpizas, amenazas de incendios, denuncias judiciales, discusiones, ataques verbales en medios de comunicación local e incluso maleficios.

alejamiento de un grupo de familias que conformaron entonces la comunidad Payla Menuko y empezaron a gestionar la personería jurídica¹⁹⁹.

Según los relatos, las razones que los llevaron a separarse van desde discriminaciones intracomunitarias hasta diferencias político-partidarias:

“nos cansamos que nos discriminaran dentro de la comunidad, en las asambleas siempre se iba llorando una viejita porque no la reconocían como mapuche, a los que tenemos apellidos españoles nos decían que no éramos mapuche, y a los que tenían apellidos mapuche distintos a Curruhuinca tampoco los consideraban, hasta hace unos años el lonko no podía tener otro apellido” (LD).

“el lonko es un puntero de Sapag, responde al MPN” (FC).

Otro hecho que mencionaron como significativo en relación a las causas de la separación es la actitud que tomaron las autoridades de la comunidad Curruhuinca frente a la contaminación del agua que sufrieron en el año 2002, debido al volcado directo de desechos en el río que desemboca en el paraje, producido por los dueños de cabañas y complejos hoteleros en el cerro Chapelco. Frente a esta situación que culminó varios años después con el pago de un canon a la comunidad y la realización de una planta de tratamientos de desechos ellos refieren que *“no es controlada por el municipio y sólo funciona en la temporada de esquí, el resto de año se siguen contaminando, al día de hoy tenemos miedo del agua que tomamos”* (LD).

El momento en el que se hizo el acuerdo por el agua contaminada en el cerro Chapelco constituye un punto de inflexión según los testimonios de los miembros de la comunidad que se alejaron de la Comunidad Curruhuinca:

“De qué nos sirve a nosotros la plata si nos están contaminando el agua con mierda, de qué sirve la plata si tomamos agua con mierda” (LD).

“la piba que investigó el tema del agua, que comprobó que estaba contaminada se tuvo que ir de San Martín, trabajaba en la municipalidad pero vio mucha corrupción, la amenazaron y se tuvo que ir” (FC).

Es preciso aclarar que la Comunidad Curruhuinca no ha reconocido en ningún momento la separación de la fracción que conformó la comunidad Payla Menuko.

¹⁹⁹ Según los integrantes de la comunidad Payla Menuko la personería no va a salir nunca porque la provincia no los quiere reconocer porque los considera “combativos y rebeldes”.

Durante el trabajo de campo desarrollado entre Agosto de 2012 y Marzo de 2013, participé de la primera reunión (luego de seis años de no juntarse) entre el Lonko de la Comunidad Curruhuinca y algunas autoridades de Payla Menuko. Este encuentro se produjo como estrategia para enfrentar la política de Parques, caracterizada por el no reconocimiento de los derechos de la población originaria. La necesidad de unirse y *“hacer política mapuche y contrarrestar la política winca”* (FC) fue el argumento que adujeron para la realización de este nuevo acuerdo.²⁰⁰

Un punto importante a mencionar es que la separación de Payla Menuko constituyó un hecho significativo no sólo a nivel intercomunitario, sino también adquirió relevancia en el ámbito extracomunitario. Desde el año 2009, cuando realicé mi primer viaje de campo, pude escuchar comentarios acerca de las diferencias políticas que existían entre las tres comunidades (Payla Menuko, Curruhuinca y Vera), diferencias que en el año 2012 estuvieron aún más consolidadas. Ante esta situación se incrementaron los comentarios de habitantes de la ciudad un tanto condenatorios y punitivos acerca de las rupturas y desunión del “pueblo mapuche”:

“se pelearon todos contra todos, están separados, no se hablaron más” (HC, agente sanitario).

“unos mapuche fueron a la radio mapuche y les rompieron la antena, ahora no se escucha tanto la radio, antes llegaba hasta villa la angostura” (RC, agente sanitario).

“cada comunidad está por su lado, pelean por separado porque tienen diferencias políticas, algunas están más con el MPN y otras no” (NF, vecino de San Martín de los Andes).

“a la radio de la montaña fue el lonko a hablar mal del werken de la confe, están enfrentados, y también fueron con la lonko Vera a Neuquén a denunciarlo a la provincia” (AF, maestro y vecino de Payla Menuko).

“no se pueden poner de acuerdo ni entre ellos, por eso la provincia no se mete, les dijo que resuelvan entre ellos lo del Cerro Chapelco pero como están peleados”

²⁰⁰ La Comunidad Curruhuinca al día de hoy no reconoce la separación de este “grupo”, por lo que el acercamiento que se produjo a través de esta reunión significaba una nueva etapa en la construcción de una “política mapuche”, que si bien responde a una coyuntura particular no se puede negar que es parte de un proceso que se viene gestando desde hace años.

nunca van a resolver nada, no van a darles nada si no se juntan” (AM, agente sanitaria).

“son muy conflictivos, yo no me meto a favor de ninguno, me mantengo al margen porque sino te toman como que sos partidario de alguno de ellos y después te toman como enemigo, acá en la escuela prefiero no pedirle ayuda a ningún lonko” (GP, directora de escuela de Pil Pil).

La idea que subyace en estos comentarios es que los miembros de las diversas comunidades deberían estar juntos por ser todos mapuches, como si eso fuera lo naturalmente esperable y obligatorio debido a su origen étnico. Este tipo de comentarios expresan una forma de concebir los “otros/indios/indígenas” de acuerdo a lo que Tamagno (2006) definió como “censores de indigenidad”. Este concepto plantea que se piensa la pureza y autenticidad de los indígena, en este caso mapuche, en función de que estén todos juntos sin demostrar fricciones, siendo homogéneamente todos indios se supone que deberían pensar todos de la misma forma, por lo que lo “natural” sería que se mantuvieran unidos. Las razones de las diferencias intercomunitarias, si bien son conocidas y comprendidas, e incluso apoyadas, aparecen oscurecidas frente a los discursos que priorizan el ideal de unión mapuche por sobre todas las diferencias existentes. A su vez, la construcción de alteridad que supone la aboriginalidad, está caracterizada por interpelaciones etnizadas y racializadas que se basa en la presunción de autoctonía de sujetos colectivos (Beckett, 1988). En cuanto tal, se define como subjetividad hegemónicamente determinada, condicionada y estimulada por los recursos que se encuentran en disputa, los medios políticos disponibles y las concepciones sociales sedimentadas en contextos particulares enmarcados en diferentes Estados Nacionales (Briones, 1998 en: Kropff, 2011). La desconfianza acerca de la “autenticidad” indígena o de aboriginalidad permanecen implícitos (incluso de manera no consciente) como telón de fondo de las relaciones interculturales mantenidas entre actores de instituciones públicas o privadas y miembros de comunidades mapuche.

Las familias de Payla Menuko son visitadas desde 1984 por el agente sanitario RC. Durante el trabajo de campo, acompañé numerosas oportunidades a RC en sus recorridas casa por casa. De esta manera tuve un acercamiento que me permitió vincularme gradualmente con las familias del paraje. En primer lugar el agente sanitario me presentó a las “autoridades” de la comunidad Payla: el kona LD, la maestra de mapuche de la escuela CG, me señaló la casa del werken FK de la Confederación Mapuche Neuquina (CMN), también la casa de un maestro AF que vive

allí hace más de 25 años, entre otros y me explicó el proceso de ruptura intracomunitaria que se dio hace unos años (2007), por lo que me dijo que el paraje es compartido por miembros de la comunidad mapuche Curruhuinca incluido su lonko AE que vive en Payla Menuko desde hace algunos años pues anteriormente vivía en Trompul Bandurrias; y un grupo de familias que se separaron de esta comunidad y se conformaron en la comunidad Payla Menuko, con sus autoridades elegidas por ellos. De a poco fui concertando reuniones, encuentros y visitas cada vez más frecuentes con diversas personas de las comunidades. Visité 20 familias de la comunidad de Payla Menuko y me vinculé mayormente con 15 de ellas. Cabe aclarar que éstas se encuentran emparentadas entre sí. No hubo una elección predeterminada, sino que en la mayoría de los casos resultó de mi acercamiento a la escuela, al local de artesanías, al área de co-manejo de Parques donde trabajan varios miembros de la comunidad, espacios en los cuales pude compartir charlas y mates, a partir de los cuales se fueron construyendo relaciones, que con el paso del tiempo se afianzaron. Las invitaciones a los diversos hogares del paraje fueron multiplicándose a medida que me iban conociendo. Otro factor que me facilitó la buena recepción en los hogares es que las familias vecinas comparten lazos de parentesco. Una vez que comenzaba a visitar a una familia, conocía a algún familiar vecino, que posteriormente visitaba, y así fui conociendo cada casa y cada familia. En ciertas ocasiones, en un mismo día visitaba varias viviendas continuas, unas al lado de las otras, en las cuales viven distintas generaciones familiares.

A través de sus relatos pude ir reconstruyendo sus trayectorias familiares, sociales y políticas, sus padecimientos y expectativas con respecto a la salud y a la vida. Al relacionarme con algunos jóvenes de entre 25 y 40 años pude escuchar sus historias de vida y conocer el accidentado proceso de adscripción étnica que comenzó a partir de interrogantes que se formularon sobre sus identidades durante la adolescencia:

“íbamos al colegio del Arenal, no había colectivo, íbamos caminando por Trahunco, pasábamos por lo de los Vera y bajábamos por ahí (...) en la secundaria nos discriminaban, éramos indios, pero en la comunidad nos decían que nosotros no éramos Curruhuinca, le preguntábamos a los viejitos pero no querían hablar, tuvimos que ir a hablar con gente de otras comunidades, fuimos encontrando respuestas, nos contaron las cosas que pasaron, nuestra historia (...)” (VC).

“durante la adolescencia muchos de nosotros estábamos en un ballet de folclore, las chicas se hacían trenzas y los chicos nos vestíamos de gauchos,

actuábamos en escuelas, hasta que nos dimos cuenta que eso era parte de la colonización, ser criollo, cantar el himno nacional, por eso dejamos de ir al ballet, no somos criollos, somos mapuche (...) no me gusta el folclore, el discurso patriótico facho” (GC).

“estuvimos en muchos cortes de ruta, acompañando las luchas mapuche en Loma de la Lata, en Painefilú, con los Quintriqueo en Villa La Angostura, en Pulmarí, en Neuquén cuando fue la reforma de la Constitución, nos mandaron a la policía, nos cagaron a palos” (CG).

“cuando vino Sobisch acá fuimos al hotel del instituto donde estaba para protestar, NC la agarró de los pelos a la mujer del lonko AE, adentro había negociado el canon por el agua contaminada del Chapelco, nos cagaron porque el lonko aceptó la plata, después ya no podíamos decir nada, desde afuera les tiramos piedras pero vino la policía y nos pegaron bastante (...)” (GK).

“en Loma de la Lata resistimos más de una semana, dormíamos a la noche en un colchoncito sobre la tierra, las casas era de cartón, el viento a la noche parecía que iba a arrancar los techos y las paredes, se movía todo, encima hacía mucho frío y de día había un sol que te morías, no había ninguna sombra, después el lonko arregló, les dieron plata pero de qué les sirve las camionetas 0 km si están todos enfermos, se mueren jóvenes, de cáncer, por la contaminación (...)” (VC).

Según Ameghino (2011) el aumento de población mapuche joven tuvo también una consecuencia importante y positiva en la vida comunitaria, que es el fortalecimiento social, cultural y político (posibilitando y catalizando procesos de lucha y protesta). A través de los testimonios de los jóvenes de Payla Menuko citados anteriormente, puede verse el camino recorrido en el proceso de consolidación del grupo. La discriminación dentro y fuera de la comunidad, el silencio de la historia por parte de los mayores, los interrogantes acerca de sus orígenes, la conformación de su identidad étnica²⁰¹, las reivindicaciones del reconocimiento de identidad, los derechos territoriales, la autonomía, etc., les permitió pensar en una inclusión sin asimilación (Ameghino, 2011).

²⁰¹ Siguiendo a Bartolomé, entendida como la forma ideológica de las representaciones colectivas de un grupo étnico; en tanto la conciencia étnica es una forma ideológica de representaciones colectivas que implica relaciones intrasociales. La conciencia étnica no se realiza por oposición sino en la relación entre el nosotros y es el resultado de la relación del grupo con su historia (Bartolomé 1987; 1997:77).

La antropóloga Laura Kropff (2011) ha trabajado con jóvenes mapuche y ha estudiado las articulaciones de agencia mapuche que han desafiado las construcciones hegemónicas de aboriginalidad, edad y espacio. Para analizar la edad, distingue entre “grados de edad” y grupos de edad”. Los grados de edad, organizados como etapas sucesivas de la vida, estructuran la movilidad de las subjetividades que definen a partir de reglas específicas de conducta y de haces de roles (Kertzer, 1978). Su definición es cultural e históricamente específica. Los *grupos de edad* definen una instancia de articulación de agencia que se desarrolla con base en los procesos de identificación que producen los sujetos en el marco de las interpelaciones. En tal sentido, la categoría *juventud* define un grado de edad con cuyas interpelaciones se ven obligados a dialogar los diferentes grupos de edad que, en su desplazamiento, se ubican en ese lugar social. Las organizaciones mapuche tienen, a pesar de sus múltiples diferencias internas, una agenda común en lo relativo a los derechos territoriales de las comunidades y el respeto a la diferencia cultural (véase, entre otros, Briones, 2006; Kropff, 2005; Radovich y Balazote, 2000; Ramos, 2004). Una de las características del activismo de los jóvenes mapuche que más impacto público ha tenido a partir de 2001 es la vinculación que esta nueva generación establece entre su propia experiencia como jóvenes de la periferia urbana y su pertenencia al pueblo mapuche. La autora analiza que la autoidentificación como jóvenes mapuche urbanos implicó proyectar en los mapuche del campo ciertos atributos vinculados con la fortaleza cultural e identitaria, y se sienten frustrados o engañados cuando no los encuentran y que la realidad cotidiana en las áreas rurales se aleja del estereotipo construido por la matriz hegemónica de alteridad que sitúa la pureza cultural tradicional en el campo. Así como en los espacios urbanos, los pobladores de las áreas rurales participan en un proceso histórico/político que implica transformaciones, disputas y negociaciones con múltiples agencias. Los jóvenes en el campo, aunque se han quedado, no tienen conciencia de la identidad. Los que se han ido tienen más conciencia. Si bien, en el caso de Payla Menuko, los jóvenes no se autoidentifican como mapurbes, comparten algunas características, como la búsqueda de conocimientos, historias, prácticas, en comunidades rurales distantes. En forma similar que en la comunidad Mariano Epulef analizada por Kropff, los jóvenes mapuche aprendieron a hacer rogativa y a hablar en mapuzugun, y volvieron. En el caso de Payla Menuko los jóvenes no se fueron a vivir en la ciudad, más bien, permanecieron en la comunidad, ubicada a tan solo 7 kilómetros.

Las generaciones de adultos que tienen más de 45 años han transitado recorridos diferentes a los de los jóvenes. Muchos de ellos, durante los años 1960 y 1970, han migrado por diferentes localidades dentro y fuera de la provincia:

“me fui a trabajar a Piedra del Águila, una represa que luego se terminó de construir, trabajaba como mecánico. Nunca pude ahorrar, le mandaba plata a mi madre y vivía y también gastaba en vino, jugaba a las cartas y tomaba (...) cuando volví a Payla, el lonko le preguntó a su madre quién era yo, de dónde venía, porque estaban llegando muchas personas por la tierra y ellos desconfiaban que no fueran de la comunidad, después el lonko me contó que le había preguntado a su madre sobre mí y que ella le dijo que yo había nacido allí (...) nos separaron de la comunidad Curruhuinca hace 7 años, queríamos que F (C) fuera el lonko pero ellos no querían que alguien que no fuera de apellido Curruhuinca fuese lonko. F (C) es tío mío (...) al final terminó siendo lonko A (E) que tampoco es Curruhuinca” (TB).

“(...) trabajé en vialidad mucho tiempo como soldador, por ser hijo mayor de viuda, sostén de familia, también estuve en Alicurá como soldador profesional, volví a San Martín, después pasé a la municipalidad, y ahora estoy en Parques, pero soy municipal (...) tengo 54 años, milito desde los 15 años, ya estoy cansado de la política, me quiero dedicar más a mi familia, a hacer cosas en la casa que la tengo abandonada, tengo 6 hijos y 3 nietos (...)” (FC).

“de joven trabajé en varios lados, conocí varias provincias, hice distintos trabajos, coseché, cociné, hice limpieza, después volví acá (...) ahora estoy bien, hace unos cuantos años que soy portera en la escuela” (VrC).

Otros comenzaron a trabajar en el “pueblo” en esos años, muchas veces como empleadas domésticas, mucamas, albañiles, empleados municipales:

“yo trabajo desde los 5 años, limpié casas mucho tiempo en el pueblo, fui empleada doméstica, mucama, después tuve a mi hijo, él me decía cuando era chico que quería trabajar pero yo no quería que deje de estudiar, no lo dejé, ahora está estudiando, le falta poco para terminar, hace muchos años entré a trabajar en la escuela con un Plan Trabajar y después pidieron un cargo de mantenimiento y lo pude tomar, así que quedé fija en la escuela, de portera” (MA).

“yo trabajo desde siempre durante la temporada en hoteles del pueblo, de mucama, limpio, después se acaba, es un trabajo temporario, mi marido trabaja de albañil en el pueblo pero tampoco es estable” (LC).

“(...) acá es difícil vivir de lo mismo que antes, mucha gente va a trabajar al pueblo desde siempre y otros hace 20 años más menos, porque ya no queda madera, leña, a veces hay poca agua, hay huertas pero dan para autoconsumo de la familia, las mujeres trabajan de mucamas, limpiando casas y los hombres en obras de construcción, de albañiles y auxiliares, también algunos trabajan en la municipalidad, de choferes, o changas (...)” (TB).

La situación de empleo de las familias de Payla Menuko es mayormente en el sector informal, lo que significa que con respecto a la cobertura de salud, dependen del sector público.

3.6- LAS REPERCUSIONES DE LAS INTERVENCIONES SANITARIAS EN PAYLA MENUKO

Las comunidades mapuche en los inicios del Sistema de Salud Pública eran consideradas como representantes de una cultura atrasada, con hábitos nocivos para la salud, es decir que comprendían un riesgo para ellos mismos y para el resto de la sociedad. La organización del Plan de Salud Rural a nivel local reglamentó las tareas de los agentes sanitarios priorizando los recorridos a todo el área rural llevando la presencia del Estado hasta los rincones más lejanos en donde hubiera un asentamiento humano. Su objetivo era lograr que la población asentada en estos territorios cambiara sus comportamientos “dañinos/destructivos” y realizara prácticas definidas como “saludables” desde el ámbito de la Salud Pública. La peligrosidad de esta población originaria residía en el mantenimiento de costumbres peligrosas como los partos domiciliarios, la curación de diversas dolencias a través de plantas (yuyos), ceremonias, entre otras prácticas. La lectura de Salud Pública sobre el pueblo mapuche disperso en comunidades dentro de la provincia expresaba que éstas no sólo estaban expuestas a riesgos autoimpuestos (producto de sus conductas) sino que exponían al resto de la población. Esto justificaba la intervención que debía lograr “educarlos” para que asimilaran los patrones socio-sanitarios y culturales de la sociedad “civilizada”. Esta tarea fue efectuada por los agentes sanitarios quienes la desarrollaron minuciosamente, casa por casa, año tras año, y los resultados para Salud Pública fueron finalmente positivos ya que lograron una alta tasa de vacunación y de partos hospitalarios, que aumentaron considerablemente en todo el área, así como el ya nombrado descenso de los diversos tipos de mortalidad infantil (pre y post-natal).

Durante las recorridas por el área rural, el agente sanitario RC debe, según la normativa, observar y visitar a las familias de acuerdo a dos criterios: “de riesgo” y “lo

emergente”. La mayoría de las familias lo recibían en sus casas, compartían con él mates, charlas y también se resolvían pedidos de turnos, medicamentos y otros recursos. Estos dispositivos como mencioné podrían ser entendidos como dispositivos de escucha y pacificación (Fassin, 1999), sin embargo también eran valorados por las personas como espacios en los cuales recibían contención sin que ello significara mantener o reproducir una actitud pasiva.

3.7- LOS SENTIDOS Y LAS PRÁCTICAS DE SALUD DE LA COMUNIDAD PAYLA MENUKO

Las políticas de salud aplicadas por los agentes sanitarios han planteado, como referí, prácticas controladoras y homogenizadoras. Los criterios sanitarios son uniformes en tanto sus objetivos son definidos desde una lógica biomédica que universaliza cuerpos y patologías. Si bien en el trabajo cotidiano que realizan, los agentes sanitarios han adquirido conocimientos brindados por las personas que visitan y hasta revalorizan e inclusive algunos han incorporado y promueven prácticas de salud “nativas”, desde las políticas estatales no ha existido una reflexión y menos aún un reconocimiento de otros saberes médicos y, por ende, de otras concepciones acerca de la salud²⁰². Por ello, en este trabajo se da cuenta también de la perspectiva de la comunidad Payla Menuko acerca de la salud y el bienestar, así como sus prácticas en torno a ellos, sus formas de cuidado, señalando los puntos en común con la mirada sanitaria oficial y las divergencias con respecto a ella.

Las normativas sanitarias promovidas en la población mapuche tenían como finalidad “integrarla” al cuerpo de la provincia desde una posición subordinada. Esto se logró en el caso de Payla Menuko a través de la presencia estatal constante. La atención realizada periódicamente en el puesto constituyó una estrategia para controlar a la población e introducir prácticas y pautas sanitarias. El edificio del puesto sanitario fue donado por la iglesia bautista a mediados de los años 1980. Desde ese momento el uso de la biomedicina fue mucho más frecuente en tanto se hizo más accesible. Tal como refiere Menéndez (2004) es difícil encontrar grupos indígenas que no tengan que ver directa o indirectamente con el uso de medicina alopática.

3.7.1- LA MEDICINA “POPULAR” EN PAYLA MENUKO

Es importante resaltar dos puntos o presupuestos de los que partí, que luego, debido a las observaciones en el campo fueron modificados: el primero era el

²⁰² Hay una salvedad, que la constituye el proyecto del centro de salud intercultural en el norte de Neuquén (Aluminé) que igualmente está siendo implementado muy incipientemente.

supuesto de que la “salud mapuche” en tanto medicina Tradicional/Popular era un tema fácil de indagar y “hablar” con las personas de la comunidad, pues la salud no parecía a simple vista ser un tema tabú o problemático; el segundo supuesto se relacionaba con la creencia de que existía una demanda concreta por parte de la comunidad de servicios y atención pública de salud en la comunidad que respetara la medicina tradicional.

El primer supuesto fue refutado ante las reiteradas evasivas y las desconfianzas iniciales explicitadas por los integrantes de la comunidad Payla Menuko y de las otras cuatro comunidades mapuche próximas a San Martín de los Andes. Me empecé a dar cuenta que había subestimado el tema y la valoración del mismo por parte de las comunidades. Recién después de varios meses de visitas y conversaciones me relataron vivencias relacionadas con la salud, aclarándome que es un tema:

“reservado, es parte de los que nos quedó por eso la tenemos que cuidar del winka, lo que sabemos es para nosotros, lo tenemos que resguardar, no queremos que usen nuestros conocimientos sin el sentido que les damos, después lo van a querer vender (...) yo te voy a contar cosas de mi propia experiencia, que tiene que ver con mi vida, si vas a otra casa te van a contar otras cosas, pero la salud mapuche es una sola (...)” (VC).

El segundo supuesto fue también problematizado luego de varios meses de comenzado el trabajo de campo. Mi suposición sobre la necesidad de un centro de salud intercultural en la comunidad que respetara y promoviera el uso de la medicina tradicional no constituía una demanda de esta comunidad²⁰³.

Según Menéndez (1994, 2003), la medicina denominada tradicional/popular es una forma institucionalizada de atención de la enfermedad porque instituyen una determinada manera de “pensar” e intervenir sobre las enfermedades y, por supuesto, sobre los enfermos. Es expresada a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc. Las consultas a hueseros, curanderos y yerberos han sido habituales en los miembros de la comunidad. En Payla Menuko era frecuente la utilización de medicina popular socializada en la vida cotidiana:

“nuestro hijo de tres años tiene problemas de constipación, por eso nosotros usamos aceite de oliva, es muy bueno, le damos una cucharadita de aceite de oliva” (LD y VC).

²⁰³ Este punto será abordado específicamente al final de este capítulo.

“para curar el empacho, la persona puede estar presente o a distancia. Siempre recibo una señal de que alguien cercano se encuentra enfermo, hoy me sentía un poco descompuesta, me dolía la cabeza, dije seguro que me van a pedir que cure a alguien, y al rato me mandaron un mensajito para que curara el empacho a un sobrino mío, y más tarde a una vecina de una hermana, es así la huevada, algo pasa o tengo un malestar o una señal que me avisa que alguien está mal, lo presiento” (CG).

Además hay varios integrantes de la comunidad que concurren a curanderos, pero no cualquier curandero. Puede ser incluso criollo pero si dice que hace medicina mapuche no es considerado confiable, tampoco lo es cuando mezcla prácticas de curación religiosas (católicas) con prácticas de medicina mapuche. Muchas veces acudían a partir de ser recomendado:

“lo llevé a un curandero del Arenal, tenía mucho dolor de cabeza que no se le pasaba con nada, es de confianza, me lo recomendaron varias personas que se han curado gracias a él” (SE).

“había ido a varios médicos, pero seguía mal, le habían hecho un mal, yo sé quién, al final lo llevé dos semanas al curandero que voy siempre, cerca del arroyo, le lavó la cabeza y lo sanó” (MPC).

A su vez, algunos miembros de la comunidad curaban el ojeo. Esta práctica también de tipo “popular”/“tradicional” es muy frecuente, incluso según referían entrevistados, muchas veces el ojeo no era intencional, sino que una mirada fuerte podía producirlo. Sus síntomas comprendían dolor de cabeza principalmente, que puede ser acompañado por descomposturas estomacales u otros. Sin embargo, cuando era intencional podía hasta producir la muerte, situación vivida y relatada por CG *“nosotros éramos 14 hermanos pero mis cuatro primeros hermanos murieron ojeados”*.

La esposa de LD también curaba el ojeo y en casi todas las familias que visité en la comunidad, alguno de los integrantes de las mismas también realizaba la práctica de curación del ojeo.

3.7.2- LAS MEDICINA MAPUCHE EN LA COMUNIDAD PAYLA MENUKO

Durante una visita a la casa de VC, una de las referentes jóvenes de la comunidad, me dijo:

“acá hemos discutido entre todos lo que para nosotros es la salud mapuche, la medicina mapuche (...) ser mapuche no es como una religión, como los budistas que hay en todo el mundo, que cualquier persona se puede convertir en budista, ser mapuche no se puede traspasar, y la medicina o salud tampoco (...) cuando nació mi hija pedimos la placenta para enterrarla y plantar un árbol porque cada uno tiene un newen (fuerza) y está representado por un árbol que es parte de la persona, que le pasa lo mismo que a la persona (su forma humana). Si se enferma el árbol también sufre” (VC).

Según el kona LD la medicina mapuche les ha permitido resolver problemas de salud que los profesionales del hospital no pudieron. La gestión de la visita a la comunidad de un machi de Chile les generó la posibilidad de reactualizar conocimientos de medicina mapuche que permanecían latentes pero difusos en la memoria de los jóvenes de la comunidad. A partir de las visitas del machi fueron recordando y retomando experiencias de enfermedad pasadas en las cuales sus familiares de mayor edad los habían atendido y curado utilizando prácticas que fueron heredadas culturalmente. En este sentido, LD me comentó algunas características de la medicina mapuche:

“nosotros tenemos nuestra medicina. Hay lawenes para todo. Para hacer el lawen hay que salir temprano a buscar las plantas, tiene que hacerse de una forma especial, tiene un tiempo que hay que respetar, en ciertas horas del día, hay que tomarlo como se debe, si es un tratamiento que indicó el machi hay que seguirlo (...) “yo tenía cálculos en los riñones, me hicieron la ecografía y que aparecieron piedritas, el machi me dijo qué lawen tomar, lo tomé y se me disolvieron, se me fue la arenilla, antes me dolía cuando orinaba, el machi me dijo que a la semana ya no los tendría y así fue” (LD).

La recuperación de prácticas y saberes de medicina mapuche a través de la gestión de la atención de machis chilenos/as que viajaron al paraje para realizar su trabajo remitía un proceso de recuperación, revitalización y actualización de conocimientos de medicina mapuche en un contexto de separación de la Comunidad Curruhuinca y conformación de la Comunidad Payla Menuko producida en 2007.

El machi que visitó y aún visita la comunidad es VC, quien según referentes de la comunidad:

“es muy amigo del lonko de Aluminé, él siempre fue allí a curar, nosotros lo contactamos y vino acá. Al principio no sabíamos como tratarlo, es un hombre serio, a mí me daba miedo preguntarle cuando no le entendía, habla mapuzugun durante la consulta. Cuando está en trance, conectado con las fuerzas, los espíritus le dicen el problema que tiene la persona y lo que necesita para curarse, el traductor va anotando lo que el machi en medio del trance le dice, las plantas que debe utilizar, cómo preparar el lawen. Al principio me daba cagazo, verlo así, como poseído, después me acostumbré” (GC).

Desde hace más de 8 años, el machi comenzó a atenderlos en Payla Menuko. Él realiza ceremonias colectivas, familiares y también atención individual según el diagnóstico y efectúa el seguimiento de sus pacientes que dejó en tratamiento durante sus visitas anteriores. Algunos testimonios refieren:

“a mi compañera la curó un machi que vino de Chile, ella se perdía, se quedaba dura, al principio no entendíamos, no sabíamos qué le pasaba, creímos que era depresión u otra enfermedad, la vieron lo médicos y nada, se olvidaba de las cosas, estaba ida, después el machi nos explicó que estaba poseída, tomada por un espíritu malo, una noche ella salió y nosotros decimos que en la noche no hay que andar, que en el día se hacen las cosas y a la noche hay que estar en la casa, descansar. Ella salió y un espíritu malo le entró. El machi le sacó el espíritu, le extrajo el mal, el espíritu, como una ciruela, se la dio al chancho, le pasó el espíritu al chancho. Después anduvo bien de nuevo” (LD).

“(...) una vez el machi hizo una ceremonia de curación colectiva, fuimos con mi familia y le llevamos lo que nos pidió para los espíritus, comida, ropa, herramientas y otras cosas, además después cuando va entrando en contacto con los espíritus y hablan por su boca va pidiendo más cosas que hay que traerle, un ayudante que vino con él esa vez, traduce lo que dice en mapuzugun, después el machi despierta y no recuerda nada de lo que pasó, a veces es peligroso porque se enfrenta con fuerzas poderosas que lo pueden lastimar, incluso está el peligro de no poder volver, cuando es un espíritu malo y con mucha fuerza, el machi se debilita y el ayudante lo ayuda para poder volver, es una pelea dura que tiene un riesgo muy grande para el machi (...)” (GC).

“la enfermedad se produce porque hiciste algo que sabías que no tenías que hacer (...) la medicina mapuche es preventiva, trabaja con la prevención, uno sabe a

qué fuerzas se expone en el día y en la noche, son fuerzas en las que nosotros creemos, que vemos y sabemos que existen, si vamos en la noche sabemos que no hay que andar porque te podés encontrar con un espíritu malo y podés enfermarte, o está nevando y salís en remera, seguro que te va a doler la garganta, cuando enfermamos sabemos que hicimos algo que no teníamos que hacer y para curarnos también tenemos que tener voluntad para curarnos, para estar bien, eso le faltó a mi hermana (...) para los mapuche 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. Lo que a veces pasa es que una persona te puede hacer mal por envidia o sin querer también te puede ojear, cuando nace un bebé nosotros creemos que durante el primer mes sólo puede ver 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 (...)" (VC).

La causa de las enfermedades, según la medicina mapuche, está relacionada con los desequilibrios que pueden ocurrir en cualquiera de las dimensiones que posee la persona. Puede ser consecuencia de infringir una norma como salir de noche cuando circulan los espíritus malos o no abrigarse cuando nieva, o provocada por otra persona que tuvo la intención de hacer mal. La sanación mapuche pasa por encontrar el origen del desequilibrio y a partir de ello poder reconstruir y resituar el equilibrio y desde luego reparar el acto de transgresión que pudo suceder (Lincoleo, 2003). A su vez, cosmovisión mapuche de salud es definida por el Proyecto de la Red de Salud Mapuche (compuesto por la organización Epu Bafkeh de Los Toldos- Buenos Aires, comunidad Kospí de Fiske Menuko- Río Negro, la organización El Ñire de Corcovado- Chubut, y las comunidades Felipín, Quimchao y Gramajo de Zapala- Neuquén, así como el Hospital Mapuche de Nueva Imperial, y el centro de salud Boroa Filulawen- IX Región, Araucanía Sur) que analiza Sabatella (2011). La misma permite conectar los procesos históricos y afectivos con el hecho de enfermar o estar saludable y con el *kume felen* (estar bien). Los padecimientos producidos por la negación de la identidad, la pérdida de territorio y la estigmatización se podrían invertir a partir de múltiples actividades como: la lucha por el territorio, la recuperación de prácticas medicinales, la recuperación y realización de ceremonias, entre otras. La red define la salud territorialmente (Sabatella, 2011).

Según varios entrevistados, el genocidio de gran parte del pueblo mapuche y la apropiación del territorio por parte del Estado causaron un desequilibrio y daño a la salud mapuche que aún permanece latente y que según refieren persistirá hasta que no se reconozca sus derechos relacionados con la propiedad comunitaria del territorio, hasta ese momento no se podrá conseguir el ordenamiento mapuche, y por ende la salud del Pueblo Mapuche. Es por ello que una de las principales demandas de la comunidad Payla Menuko es el reconocimiento del derecho territorial para lograr la recuperación y el restablecimiento del equilibrio/orden mapuche. Esto no significa que en otro plano como el de la cotidianidad las familias no articulen diversas prácticas y saberes de salud.

3.7.3- ARTICULACIONES ENTRE FORMAS DE ATENCIÓN

Según Menéndez (2004), la articulación entre diversas formas de atención debe ser pensada primero en el nivel de las prácticas y representaciones de los grupos subalternos, ya que son los sujetos y grupos sociales los que, en función de sus necesidades y posibilidades generan dichas articulaciones. Más aún, son los conjuntos sociales, los que en función de sus necesidades, construyen nuevas eficacias simbólicas.

Las articulaciones entre formas de atención de salud en Payla Menuko se relacionaban en muchos casos con el tipo, gravedad y urgencia del problema y en función de ellas llamaban o recurrían al machi, al farmacéutico, al médico y/o agente sanitario, al curandero, al huesero, estableciendo a veces diversas combinatorias o articulaciones:

“nosotros llamamos al machi y viene a atender acá, si es urgente y el machi no puede venir, directamente nos vamos a verlo a su casa, pero cuando me siento mal, me duele algo, que no es muy grave, la garganta, o tengo tos o fiebre, voy al farmacéutico, le cuento lo que me pasa y me da algún remedio, a veces no me da nada porque me dice que se va sólo, no es un comerciante, si no te puede ayudar te lo dice, si es algo para ir al hospital o al médico te lo dice, pero si es algo que puede solucionar él te da el remedio y te explica cómo tomarlo, cuándo, muchos de la comunidad vamos directamente a verlo a él, le tenemos confianza y siempre la pega, sabe mucho, es más rápido y funciona lo que te da” (FC).

“te conviene verlo al farmacéutico, es de confianza y te soluciona el tema más rápido, porque si pedís turno en el hospital o con un médico podés estar esperando

días, o semanas, y si es una boludez o algo sencillo ya se te pasó para cuando tenés turno, andá ahora, no pierdas el tiempo” (GC).

Las consultas al médico que realizaban eran por “controles y consultas pediátricas”, aunque también eran aprovechadas por las mujeres para consultar sobre otros problemas de salud:

“mañana es la visita médica, así que aprovecho para llevarlo al gordo a vacunar y de paso le pregunto a la doctora por un zarpullido que me salió, no sé si es una alergia, el machi me dijo que tome lawen todas las noches y hace un tiempo que ya se me terminó, pero mientras tanto la voy a ver al doc para que me vea, a ver si me da algún remedio” (CC).

“llevé a mi hijo con la doctora porque andaba mal, con fiebre y granitos en la boca, me dijo que es un virus que les agarra a los chiquitos de tres años, en el jardín están todos contagiados, les salen ampollas en la boca y no quieren comer porque les duelen, dice que se les va solo, que no hay que darles nada, así que pobrecito ahí se le va pasando de a poco, de paso aproveché para pedir turno con la nutricionista” (VC).

Además también concurrían al médico del puesto por “controles de embarazos”, enfermedades estacionales (resfríos, gripes, gastroenterocolitis, alergias, entre otros), búsqueda de anticonceptivos, leche, firma de libretas para subsidios estatales (Asignación Universal por Hijo/a) y seguimiento clínico de patologías crónicas (diabetes, hipertensión, asma, hipertiroidismo, entre otros).

En ocasiones asistían al hospital luego de utilizar otras formas de autoatención que no les dieron resultado o presentaron escasa eficacia. Según Menéndez (2003), la autoatención es el primer nivel real de atención e implica decidir la autoprescripción y el uso de un tratamiento en forma autónoma o relativamente autónoma. Está conformada por las representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales. Además, el hecho de que la población utilice fármacos e inclusive autonomice su uso evidencia que reconoce su eficacia y además que en gran medida aprende dicha eficacia a través de la relación directa o indirecta con el personal de salud (Menéndez, op.cit).

En Payla Menuko, las familias se autoadministraban medicamentos farmacológicos, pero también elaboraban remedios cotidianamente a través de la utilización de plantas y yuyos en forma de infusiones o ungüentos. Es más, no era necesario tampoco tener una dolencia específica, los tomaban en forma preventiva o como primera medida ante un dolor:

“para el dolor de garganta y la tos te podés hacer malva verde quemada con azúcar, le ponés un poco de agua caliente, la dejás unos minutos y te tomas la infusión, eso te alivia el dolor (...) para el resfrío te hacés un té de llantén o vahos y te calma enseguida, el cedrón también lo podés macerar, o tomar como té para el dolor de estómago (...) además podés tomar una buscapina o serral” (ViC).

Según Menéndez, la eficacia que presentan las diversas formas de atención es la que determina el tipo de articulación. Es decir que, de acuerdo a los resultados que obtienen a partir de la aplicación de los diversos conocimientos y prácticas, van a utilizar, desechar, articular y complementar las diferentes modalidades de atención de los proceso de salud-enfermedad. En Payla Menuko, cuando el proceso patológico no era resuelto mediante autoatención concurrían a los servicios del hospital:

“me sentía re mal en navidad, tenía dolor de estómago, náuseas, me tomé una buscapina y no me hizo nada, vomité varias veces a la madrugada, me hice lawen con unas yuyos y tampoco, seguí vomitando y yendo al baño, al amanecer no podía más y me fui al hospital, ahí me dejaron unos días, me dieron suero, creo que me pusieron también reliverán y me dejaron en observación, estuve casi una semana y me dieron el alta” (MC)

3.8- TENSIONES ENTRE SABERES Y PRÁCTICAS EN SALUD

Para entender las tensiones que existen en torno a los saberes y prácticas en salud es indispensable que incluyamos los procesos de hegemonía/subalternidad de los grupos indígenas en los que los PSEA deben ser relacionados con procesos económico- políticos e históricos que condicionan y determinan estos procesos diferenciales (Menéndez, *op.cit*).

La falta del reconocimiento territorial por parte del Estado es un hecho clave que produce constantemente tensión en diversas dimensiones de la vida mapuche. En este sentido, el no poder disponer del territorio funciona como un determinante de los procesos de salud-enfermedad-atención a nivel de la comunidad, ya que el territorio

mapuche es un concepto multidimensional que incluye la diversidad de entidades, fuerzas, dimensiones, elementos, recursos físicos y naturales, un orden y equilibrio entre ellos, indispensable para su reproducción social y el mantenimiento de la salud comunitaria:

“la salud es territorio, sin territorio no somos nada, ahí está todo lo que necesitamos para vivir, hasta que no nos reconozcan el territorio comunitario no vamos a estar bien, no vamos a tener equilibrio ni salud, el orden mapuche se tiene que restituir, por eso luchamos por el reconocimiento legal de nuestro territorio y por nuestros derechos como pueblo originario” (FC).

La apropiación del territorio y la violencia estatal desde diversas instituciones impactaron directamente sobre los PSEA mapuche y son los responsables entre otros de la escasa transmisión del mapuzugun, lo que significaba un problema de salud referido por autoridades de la comunidad, en tanto manifestaban que en él se mantenía, protegía y transmitía el Kimun (conocimiento mapuche). La acción estatal y la religiosa fueron logrando reducir su ejercicio, impactando directamente en la transmisión y reproducción de saberes y prácticas mapuche. Con el transcurso del tiempo, las tensiones en la comunidad frente a la presencia de salud pública materializada en las visitas médicas y del agente sanitario se fueron aplacando, aunque permanece al día de hoy cierta controversia en cuanto a las metodologías curativas e incluso hay ocho familias que nunca han asistido a la consulta médica mensual.

Las tensiones entre saberes y prácticas en torno a los procesos de salud-enfermedad-atención que pude observar en la comunidad Payla Menuko estaban ligadas a procesos sociales, económicos, políticos e históricos. La desconfianza hacia los agentes estatales y hacia las instituciones que representaban era uno de los factores que condicionaban la adopción de conductas y prácticas definidas y promovidas desde el Estado provincial. Esta desconfianza ha sido traspasada de generación en generación y continúa latente, potenciada en ciertas ocasiones y con ciertas instituciones (Parques Nacionales) por el contexto de conflicto territorial. Las desigualdades que han sufrido y sufren en numerosas dimensiones como producto de su condición étnica inciden en sus PSEA. La etnicidad ha sido reconocida como un determinante de los PSEA. Es decir, que la condición étnica conlleva una desigualdad en salud. Payne (2006) demostró que la clase social, la raza, la edad y el género tenían efectos distintivos en la salud, la enfermedad y la muerte. Pertenecer a alguna división social, según el autor, confiere al individuo oportunidades desiguales de

acceso a los recursos sociales. Siendo las divisiones sociales más importantes en la sociedad contemporánea la clase social, el género y la etnicidad. En Payla Menuko, la visita médica al puesto sanitario del paraje se realizaba una vez por mes, por ende, había restricciones en el acceso a los servicios, los que se encontraban concentrados en el área urbana (a 7 km de distancia). Frente a esta situación varias entrevistadas han referido:

“el médico viene una vez por mes, nosotros queremos que todos los días haya un médico o un agente sanitario en el puesto” (CC).

“la atención del médico es el último miércoles de cada mes. Para nosotros es poco, se creen que nos enfermamos una vez por mes, justo para cuando vienen ellos” (VC).

“¿qué hacemos si se enferma nuestro hijo cualquier día de la semana?, lo tenemos que llevar al pueblo, al hospital, porque acá vienen sólo una vez por mes y a veces ni siquiera viene un médico” (CG).

Las tensiones entre saberes y prácticas de salud se producen muchas veces en función de la cosmovisión y la etiología de las enfermedades de acuerdo a la perspectiva de la salud mapuche. La concepción mapuche acerca de los causas de las enfermedades (fuerzas, espíritus, seres humanos, excesos o por deficiencias) producían reticencia para acudir a los servicios basados en la medicina científica (Torres Parodi, 2003).

Otro aspecto, que supuso tensiones que se manifestaban en las familias de la comunidad mediante actitudes reticentes, era la relación que mantenían con el médico en tanto pacientes. Los sesgos ideológicos del personal y los servicios producían diferencias en la atención dentro de las mismas instituciones prestadoras de servicios. Las situaciones de subestimación de personas de la comunidad así como la provisión de información poco clara durante las consultas médicas rurales o en el hospital generaban diversos malestares y resistencias a la hora de seguir las indicaciones o asistir a la consulta. Durante el trabajo de campo me tocó en una oportunidad acompañar a MV de la comunidad Payla Menuko a la guardia del hospital, tenía mucha fiebre y taquicardia. Había tomado ibuprofeno pero no le bajaba la fiebre y transpiraba mucho. “Bajamos” al pueblo, al hospital. Cuando llegamos a la guardia le pidieron sus datos y la llamaron. Entramos al consultorio MV, su hija mayor CC (35 años) y yo. Le contamos a la médica lo que había hecho MV hasta ese momento y la

médica sólo me hablaba a mí, casi no la miró a MV. En ese momento decidí irme del consultorio debido a que me molestó la situación de discriminación que realizaba la profesional. Esperé afuera y luego de unos 20 minutos salieron, me contaron que le dieron por suero una medicación y nada más. No le dijeron qué medicación le inyectaron. A los días volvió al hospital y le dieron unos antibióticos que no terminó de tomar. Durante las consultas MV no habló casi ninguna palabra, siendo a su hija a quien le hicieron unas pocas preguntas.

Otro ejemplo que relató un adulto mayor de la comunidad también sucedió en el hospital: *“(...) me habían citado en el hospital el lunes a las 7 de la mañana para operarme. El doctor no me operó, me tuvo esperando hasta el mediodía y no me explicó por qué no me operaron y encima para ir a esa hora al hospital nos habíamos ido caminando temprano (son como tres horas) y nos volvimos en un taxi que salió 150 pesos (...) me acompañó mi mujer que también tiene 70 y pico de años, salimos muy temprano caminando porque no hay transporte hasta el hospital y tampoco podemos pagar la ida y la vuelta en taxi. Estoy enojado y decepcionado, porque no entiendo por qué no me operaron y por que nadie me explicó nada, volvimos a casa igual que como salimos, sin ninguna respuesta, va, igual no, fue peor la vuelta, sin operar y con el gasto del viaje sin sentido”* (DC, padre de lonko PC).

A los problemas de comunicación en la relación médico-paciente se sumaba la discriminación cuando entraba en juego la condición étnica.

Las condiciones de vida de las familias de la comunidad y del pueblo mapuche están directamente relacionadas con la conquista española, la campaña del desierto y las posteriores acciones de control estatal, que los colocó en espacios reducidos limitando sus fuentes de subsistencia, llevándolos a tener que emplearse como mano de obra en trabajos mal remunerados y migrar a lugares lejanos de sus hogares. La tenencia de empleos informales impactaba directamente en los PSEA de la comunidad:

“ahora tengo varios trabajos, limpio casas, me hace bien trabajar pero me canso mucho, a la noche me duele todo y sigo mal del estómago, hace poco estuve de nuevo internada en el hospital” (MC).

“hice el curso de agente sanitaria y ahora tengo que terminar la secundaria para poder concursar, pero como estoy trabajando en dos lugares no me queda tiempo ni energía para estudiar (...) cuido a una viejita que vive cerca y es menos duro que otras changas que tuve, ahora sólo me duele un pierna, el músculo” (CC).

Otra tensión que se generaba en la comunidad era en torno a los consejos/recomendaciones de los agentes de salud pública sobre hábitos y conductas de alimentación (por casos de obesidad, diabetes y alcoholismo identificados)²⁰⁴ y sobre el consumo de alcohol. La débil identificación de la relación entre los estilos de vida y los factores económico/cultural y socio-histórico los llevaba a plantear fórmulas/soluciones universales para estos problemas, como la adopción de una dieta balanceada, el ejercicio físico y la restricción del consumo de alcohol. Las familias de la comunidad advertían dificultades para cambiar sus formas de vida y cumplir con estas prescripciones, en algunos casos por diferencias ideológicas/culturales y otros básicamente por obstáculos económicos:

“tengo diabetes pero no tomo medicación, el doctor me dijo que tenía que tomar dos pastillas todos los días, yo no creo que me hagan nada, voy a pedirle a la machi lawen para la diabetes, en ella sí confío” (CG).

“fui a la nutricionista y me empezó a decir que tenía que comer todo dietético y hacer gimnasia, ahí yo le dije que vivía en área rural, que comemos mucho pan, comidas de campo y que no tenemos para conservar la comida y comemos eso también porque es lo más barato, trato de comprar pan negro cuando puedo (...) fui un día al gimnasio (risas)” (VC).

“le dije al agente sanitario A que el viejito vivió siempre así, toma, no tiene casi nada en su casa, vive solo, pero no sirve de nada que lo visite y le diga que no tome o que le hace mal, que lo único que puede hacer es visitarlo de vez en cuando” (CC).

Otra tensión se generaba en relación a las “resistencias” a seguir indicaciones médicas o asistir a la consulta médica:

“mi madre era diabética y se murió de cáncer, el último tiempo le dieron morfina por los dolores (...) la mamá de mi marido también tuvo cáncer y se murió (...) mejor amiga tenía 40 años y se murió el año pasado de cáncer de útero. Esa huevada no tiene cura. Yo soy diabética, pero no hago tratamiento, no me gusta, no voy al médico, si total no se cura, no les creo, cuando me tenga que ir me iré, es así la cosa, si vas al médico te reta, no podés comer nada, pero nada de lo que hagas te cura, así

²⁰⁴ En el cierre de ronda se registraron nueve familias que tienen al menos un miembro con diabetes, cinco familias poseen algún miembro que presenta obesidad y diez familias que tienen o han tenido problemas de alcoholismo.

que yo sigo igual, como siempre, si me agarra algo que sea rápido, de una, me voy y listo pero viví como quise, la vida es así, nadie la tiene garantizada” (CG).

“no voy al médico nunca, si estoy muuy mal voy a la guardia, la otra vez fui porque me dolía mucho la cintura, no me podía mover, casi no caminaba del dolor, por el ciático (...) la enfermera me inyectó algo, decadrón o algo así, me tengo que dar dos inyecciones más, no sé si voy a ir, depende si se me pasa o no, además tengo que llamar al machi para que venga para acá, hay varias personas que necesitan que venga a verlas, él es directo, te habla sin ningún problema, tenés que bancarte escuchar cosas que no te gustan porque él te dice las cosas que uno no quiere escuchar, las cosas que sabés que hacés mal, y que sabés que te van a joder la salud, que no sólo son por lo biológico sino que están relacionadas con los comportamientos, lo que hacemos y cómo nos llevamos con las otras personas sean o no familiares (...)” (FC).

Un informante no mapuche que vive en la comunidad hace aproximadamente 30 años me comentó que a la gente de la comunidad no le gusta ir al médico: *“mi vecino RI no va al hospital, va directamente a la farmacia, no le cree al médico, él tiene su explicación de lo que le pasa, de lo que le salió, con mi ex mujer lo llevamos varias veces al médico pero no funciona, porque no les cree. No coincide con su propia experiencia de enfermedad. Para mí una cosa es la guardia del hospital, que funciona y que ahí sí te curan, te dan algo, te operan, actúan rápido y eso crea en la persona una sensación de agradecimiento, de haber encontrado respuesta al malestar, que es distinto a como funciona el resto del hospital y la atención que brinda (...) yo mismo si puedo no ir no voy, hace dos años todos salimos a defender el hospital pero eso no significa una demanda puntual de la comunidad con respecto a la Salud Pública, ni que tengan un modelo o proyecto mapuche de hospital” (AF).*

Pude observar que las situaciones de resistencia ante las prácticas de los agentes de salud (no sólo los agentes sanitarios) como prescripciones para que tomen determinados medicamentos, para que sigan tratamientos crónicos, para que las mujeres embarazadas se realicen los “controles de embarazo”, iban en paralelo a situaciones de apropiación de discursos y saberes de la medicina oficial como vacunar a los niños, realizar el parto en el hospital, existiendo también situaciones de readaptación o resignificación de narrativas y prácticas de Salud Pública como medicarse con remedios alopáticos comercializados en las farmacias de la ciudad mediante el autodiagnóstico.

Muchas de las situaciones conflictivas o tensiones referidas anteriormente estaban atravesadas en los relatos por dos conceptos. El respeto y el reconocimiento son dos términos que se encuentran en casi todas las demandas y reclamos de las comunidades mapuche dirigidos a los diferentes niveles estatales. Los testimonios de varias familias mapuche, no sólo de Payla Menuko, refieren que vivieron numerosas situaciones en las que no se las respetó. Salud Pública como he referido anteriormente no contempla ni ha contemplado las diversas prácticas socio-culturales a la hora de ejecutar sus intervenciones. Éstas muchas veces no respetan las creencias, costumbres y prácticas mapuche. Según Sennett (2003), las intervenciones de agentes estatales dirigidas y efectuadas en familias pobres de Chicago, EE.UU., se caracterizaron por una falta de respeto no intencional, incluso no significaba necesariamente un insulto, pero tampoco le concedía a las personas reconocimiento, simplemente no se las veía a cada una como un ser humano integral cuya presencia importa. En este sentido, durante una conversación mantenida con referentes de la comunidad Payla Menuko, FC expresó otra situación frecuente en la que desde Salud Pública no se los ha respetado: *“ayer tocaron la puerta de casa unas enfermeras, estaba MV adentro, les preguntó qué querían, eran unas siete estudiantes de enfermería que las mandaba el hospital. ¿Cómo las mandan así a las casas? Es violento, yo no voy a tocarles la puerta de sus casas y me meto adentro a hacerles preguntas de sus vidas, qué comen, con quién viven, cómo es su baño (...) tenían un formulario con preguntas, era ofensivo, nos preguntaban si nos lavamos las manos, qué comíamos, es una mierda eso, ¿qué se creen que somos?, es una falta de respeto, no pueden caer así, querer que las reciban en las casas y entrar a hacer preguntas, no tenían ni una credencial, ni un permiso que dijera quiénes eran y para qué venían, me parece que está re mal, no vamos a abrirle la puerta a nadie más que manden así (...) antes ya tuvimos mucho tiempo a los cristianos acá, misioneros que nos visitaban, yo llegué hacer un curso sobre religión, estudié la biblia, nosotros ya no creemos en la huevada esa, es parte de la colonización (...)”* (FC).

San Martín de los Andes presenta una segregación del espacio según la cual las comunidades originarias y el resto de las clases bajas se encuentran en el área rural y periurbana y las clases medias y altas en el centro urbano y en los cada vez más crecientes barrios privados. A su vez, la “ayuda social” del Estado que ha sido vehiculizada por medio de políticas públicas es violenta porque desconoció, y lo sigue haciendo a pesar de discursos de reconocimiento, un proceso histórico de dominación y despojo que causó las condiciones de vida deficitarias de las comunidades mapuche. Siguiendo a Sennett (2003), es posible analizar la caridad y piedad del Estado en Neuquén como una forma de enmascarar esta falta de respeto primigenia y

que aún persiste. Según este autor, los trabajadores sociales estatales en EE.UU., al pertenecer a otra clase social más alta que los destinatarios de sus acciones, es decir, la diferencia de clase tenía el poder para violentar a los pobres, la caridad misma tiene el poder de herir, la piedad puede engendrar menosprecio y la compasión puede estar íntimamente ligada a la desigualdad. En las políticas sociales todo el tiempo está explícita una frontera de desigualdad, representados ambos términos por los dadores y los destinatarios de “ayuda”, cuyo traspaso implica repensar las intervenciones estatales que son mayormente discriminatorias y ofensivas (caridad, paternalismo, compasión, entre otras). En el caso de Neuquén, es posible plantear este análisis en el ámbito de la salud, en donde la diferencia de clase más evidente es representada entre los profesionales de salud y la población mapuche, allí puede verse nítidamente dicha frontera de desigualdad de clase y de origen socio-cultural. Estas desigualdades son un obstáculo, siguiendo a Sennett (2003), para el respeto recíproco entre individuos. El respeto, dice, es fundamental en las experiencias de las relaciones sociales y del yo, y se da a partir del reconocimiento que conlleva reciprocidad.

En Payla Menuko existieron mecanismos encubridores de las desigualdades que corroen el respeto. En primer lugar, la iglesia católica, que se asentó históricamente en el territorio de la comunidad, a través de sus discursos y actos de caridad, dejó una carga pesada en el receptor, quien puede no tener nada para devolver, según Douglas (en Sennett, 2003), salvo la sumisión. A su vez, la compasión cristiana pregonada en forma de piedad puede humillar al receptor cuando la compasión sustituye a la justicia, pues la piedad siempre significa desigualdad (Arendt, 1963 en Sennett, 2003). Durante años las familias de la comunidad fueron creyentes y permanecieron sumisas, sin demandar ni reclamar sus derechos, situación que comienza a revertirse fuertemente a partir de los años 1990 y 2000. En segundo lugar, otro mecanismo encubridor es el discurso de Salud Pública del derecho universal a la salud que oculta una desigualdad de hecho, no visibilizando ni respetando la diversidad sociocultural existente. El mismo niega las diversas concepciones y prácticas de salud legitimando solamente la salud y la medicina occidental biomédica. Sin embargo en Payla Menuko, así como en otras comunidades, prevalecen concepciones de salud que se encuentran ancladas al territorio. Esto a su vez conlleva cierta conflictividad en un contexto como el de San Martín de los Andes, en el que conviven diversas miradas y opiniones con respecto a la presencia mapuche y sus demandas.

3.9- LOS PROBLEMAS EN TORNO A LA PRESENCIA MAPUCHE EN SMA Y SUS DEMANDAS

En primer lugar es preciso mencionar el contexto en el cual se producen las demandas de las comunidades mapuche. El proceso de desarrollo acelerado que ha vivido San Martín de los Andes en los últimos 20 años ha impactado en la vida de las comunidades mapuche. El perfil turístico de la ciudad condicionó el aumento de precios de las propiedades y de las tierras, que sumado al crecimiento demográfico y la escasez de tierras urbanizables, generan situaciones de tensión con las comunidades que reclaman el reconocimiento de su territorio, muchas veces disputado con propietarios privados, inmobiliarias, con el municipio, parques, ejército y gendarmería. Desde el despegue turístico, se ha producido un aumento constante del valor de la tierra por la presión del mercado inmobiliario que busca satisfacer la demanda de tierra para la construcción de viviendas, etc. En los últimos años se ha observado un aumento de inversión en tierras como refugio de valor del capital económico. Esta situación aleja a una proporción cada vez mayor de la ciudadanía al mercado formal de la tierra, en particular los sectores de menores ingresos, que se ven obligados a ocupar tierras ilegalmente (Werner, 2007). En este complejo escenario los reclamos de las comunidades mapuche son considerados “excesivos”, “injustos” y “políticos”. Muchas veces fui testigo de comentarios que señalaban a las comunidades como “hiper-demandantes” e interesadas. Además, tanto en instituciones públicas como el hospital (profesionales médicos y no médicos), el Parque Nacional Lanín (guardaparques y administrativos) y las escuelas (docentes y auxiliares) así como en otros ámbitos de la ciudad como bares, clubs y comercios he escuchado y me han expresado diversas opiniones acerca de la desconfianza o sospecha sobre la autenticidad de “los mapuche” de San Martín de los Andes. En reiteradas oportunidades aparecieron algunas frases que se repetían y circulaban en el cotidiano. En mis registros escritos, pude observar que cuando comencé a realizar el trabajo de campo, al presentarme y contar que mi tema de investigación se relacionaba con la Salud Pública y las comunidades mapuche de San Martín de los Andes, los comentarios que recibía eran:

“pero acá no vas a ver mucho de eso, están todos muy mezclados, los mapuche están en las comunidades de Aucapán, cerca de Junín, te conviene ir ahí si querés conocer la salud mapuche” (MP, médico del hospital).

“acá no hay mapuche verdaderos, los de acá no hablan la lengua ni conservan sus tradiciones, están cerca de la ciudad y tomaron las costumbres de acá” (JM, vecina de San Martín de los Andes).

“vienen al hospital, no hacen caso, no hablan mucho, son callados (...) los mapuches de esta zona no son de acá, vinieron todos de Chile (...) no estoy de acuerdo que el Estado le pague a una maestra para que enseñe mapuche o artesanías a la comunidad en la escuela, eso se lo tienen que enseñar en la familia (...) ellos quieren beneficiarse y conseguir cosas” (HC, agente sanitario).

Estos comentarios acerca de la escasa autenticidad de los mapuche son frecuentes en los ámbitos que mencioné. Los mismos pueden analizarse en el marco de la construcción hegemónica de aboriginalidad, relacionada a su vez, siguiendo a Kropff (2011), con la dualidad campo/ciudad. Según el análisis de esta autora, se ha producido una espacialización hegemónicamente de la aboriginalidad, una ruralización de la aboriginalidad, que propone la idea de que la migración hacia la ciudad implica la disolución de la identidad étnica (Ramos y Delrio, 2005). En este sentido, la proximidad con la ciudad genera desconfianza en tanto desidentificaría. En cuanto al espacio, siguiendo a la autora, la dualidad campo/ciudad es una construcción asimétrica de lugar que se instauró en el proceso de consolidación y expansión del capitalismo, y que devino lógica explicativa de lo social (Williams, 2001). Esta construcción naturaliza y sustancializa las relaciones sociales de producción impuestas por el sistema, espacializando subjetividades también asimétricas basadas en la oposición fundante de la modernidad: civilizado/salvaje (Svampa, 1994). A la vez, se trata de un esquema que espacializa el tiempo; por un lado, coloca el pasado en el espacio rural y el presente/futuro en el espacio urbano y, por otro lado, define el campo como el lugar de lo estático, y la ciudad como el lugar del cambio. En términos étnicos, los mapuche quedan circunscritos al campo y, en esa operación, también quedan relegados al pasado (véase, entre otros, Szulc, 2004). El constante contacto con la ciudad desvirtuaría la autenticidad mapuche. A su vez, en relación a ello, actúan los ya mencionados “censores de autenticidad” mencionados anteriormente. Tamagno (2006) utilizó este término para referirse a aquellos que se arrogaban el derecho a decir quiénes y cómo son o deben ser los indígenas; juzgando sus grados de conciencia o coherencia en función de unas pocas evidencias. Sin embargo, las definiciones (acerca de lo que es o debe ser un indígena) de estos censores se difundieron ampliamente y fueron funcionales para los distintos representantes de la burocracia estatal frente a los reclamos de reconocimiento. En este sentido la

antropología ha colaborado históricamente a través de su corriente relativista, en la que conceptualiza las culturas como entidades estables, cerradas, que mantienen una historia, costumbres, una lengua y características particulares que las diferencian de otras, esencializándolas. El relativismo, siguiendo a la autora, reconoce la racionalidad diferencial de cada grupo étnico pero deja de lado las consecuencias de la expansión colonial sobre los grupos étnicos, debido a que la cultura refiere casi exclusivamente a aspectos simbólicos y que se excluye o reduce el uso de la historicidad. Cuando se produce el contacto intercultural (entre dos culturas diferentes) una de ellas se modifica, pierde su autenticidad original, se “acultura”. Esta visión ha sido reproducida socialmente, dando lugar a este tipo de discursos de certificación de autenticidad cuya lógica se basa en que el cambio es producto del desarrollo. La aculturación tiende a ser pensada en términos de complementariedad entre las partes en relación, donde una de esas partes es considerada como estable, con escasas dinámicas de cambio propias, y donde el motor del cambio es referido a los contactos con las sociedades occidentales (Menéndez, 2006). Esta visión ha sido reproducida por muchos trabajadores del ámbito de la salud pública así como de otros sectores ya mencionados, que consideran que las comunidades que viven cerca de la ciudad de San Martín de los Andes han sufrido un proceso de aculturación (a diferencia de las de Junín de los Andes que se encuentran alejadas y más aisladas), y que la proximidad con la ciudad los contaminó en su “esencia”, por lo que ya no pueden ser consideradas como las auténticas comunidades mapuche que deberían vivir como en el pasado. Ahora se han modernizado y por lo tanto ya no son “indios verdaderos”, han cambiado, les han contagiado los peores hábitos de la civilización occidental. Estas representaciones acerca de los resultados de la aculturación pueden evidenciarse en los siguientes testimonios:

“les dan cosas, les hicieron los chalets porque están en política” (SC, chofer de la ambulancia).

“ahora están divididos, vas a las 11 de la mañana y están durmiendo, no tienen huerta, nada, tienen casas hechas por el Estado, chalets” (RC, agente sanitario).

“piden mucho, a los políticos les conviene darles, por eso les dan de todo y a nosotros nada” (HC, agente sanitario).

“lo único que quieren es plata, ya los conocemos en el INAI, los mapuche son todos iguales, si no les dan plata, arman quilombo” (Abogado del INAI en una reunión con autoridades del PNL).

“me quiero ir a trabajar a otra escuela, estoy cansado de los peleas, siempre hay algún problema con los mapuche” (MP, maestro de la escuela Payla Menuko).

“andan en súper camionetas, tienen plata, ¿qué clase de indios son?, yo no les creo nada” (DL, vecino de San Martín de los Andes).

“le puso a la hija Gilda, ese no es un nombre mapuche, ¿qué tiene eso de mapuche? Ella es de la comunidad y el chico no, le tiene que poner el apellido de ella porque si no lo reconocen como de la comunidad” (HC, agente sanitario).

En las citas pueden advertirse cómo la presencia mapuche suscita pensamientos y comentarios condenatorios, moralistas y racistas. Sin embargo, muchos de los que sancionan discursivamente las conductas y demandas de los mapuche, en sus prácticas operan en sentido contrario a lo expresado verbalmente. Además pude observar que tanto en sus acciones cotidianas como en determinadas situaciones expresaban apoyo y aprobación con respecto a la cuestión mapuche:

“son los que primero estuvieron acá, es justo lo que piden, en la escuela tenemos una maestra de mapuche” (EC, director de la escuela Payla Menuko).

“sufrieron la mal denominada conquista del desierto, los mataron, les sacaron las tierras y a los que sobrevivieron los mandaron al campo para que no se vean” (RC, agente sanitario).

“tienen una historia difícil, han sufrido violencia histórica, es importante enseñarle a los chicos lo que pasó, que ellos mismos vengan a contarles” (RP, docente de escuela media de San Martín de los Andes).

“desde hace mucho tiempo los he acompañado en sus luchas, ellos tienen derechos, están reclamando lo que les corresponde” (IF, artesano y militante social de la agrupación Vecinos Sin Techo de San Martín de los Andes).

Las personas que me hicieron este tipo de acotaciones se relacionan personalmente con personas de las comunidades, atienden, enseñan y tienen vínculos -incluso familiares- con ellos desde hace muchos años. Estos comentarios expresan relaciones interculturales situadas en un determinado contexto histórico-sociopolítico y económico, en el que se reflejan tensiones sociales características de relaciones de poder entre grupos socio-culturales diversos en el contexto aludido. Tal como expresan los actores citados, las comunidades mapuche despiertan sentimientos encontrados, contradictorios, dentro de las instituciones públicas como fuera de ellas. En este contexto complejo es que son leídas las demandas y reivindicaciones de las comunidades.

4- LAS DEMANDAS MAPUCHE EN PAYLA MENUKO

Las demandas en relación a la Salud Pública que presentaba la comunidad que pude relevar en un primer momento se chocaron con el supuesto que tenía previamente a realizar el trabajo de campo. En un principio supuse que la Salud Pública respetuosa de la medicina tradicional era una demanda prioritaria para la comunidad mapuche como sucedía en Chile (sobre todo en la región IX, en donde existen dos hospitales de salud intercultural: Nueva Imperial y Makewe, y un centro de salud intercultural en Puerto Saavedra), muy cerca de la localidad de San Martín de los Andes (280 km aproximadamente). Este supuesto fue desacreditado con el correr del trabajo en campo. Pude concluir a través de las entrevistas y observación participante en las unidades domésticas, escuela, puesto sanitario y local de artesanías de la comunidad que la demanda de la atención pública de salud con perspectiva intercultural no constituía una problemática significativa para las familias de la comunidad. Cuando indagué a mis interlocutores acerca de la posibilidad de proponer servicios de salud intercultural, me dijeron que en este momento no constituía una prioridad en sus demandas. Me comentaron que conocían algunas de las experiencias de salud intercultural en Chile pero no tenían en vista realizar ese tipo de proyectos en la comunidad, ya que preferían de esta manera resguardar los saberes sobre medicina tradicional mapuche. Si bien en Payla Menuko existe un puesto sanitario que depende del Hospital, estuvo cerrado varios meses debido a reformas que, en principio, estaban co-financiadas entre el hospital y la comunidad, a través de un subsidio que había recibido. Según las autoridades de Payla (lonko y otros referentes), el hospital no había cumplido con su parte y por eso se había quedado paralizada la obra. En los 6 meses que estuve allí no se finalizaron los trabajos de remodelación. En cuanto a la atención médica mensual se realizaba en la

escuela que está en el paraje, dentro de un aula, lo que significaba que se armaba una fila en el sum de la escuela, con muchos niños pequeños, que debían esperar su turno parados afuera del “consultorio”. Muchas mujeres refirieron que ser atendidas de esa forma era incómodo y no había privacidad. Cuando conversé con las autoridades de Payla Menuko sobre la obra de la salita dijeron que no sabían nada, que nadie les dijo nada, que el hospital no había cumplido con el convenio, pero que ellos no iban a hacer nada más, que el que tenía que hacer era el hospital y si no hacía nada quedaría todo así. Me dijeron:

“la Salud Pública no es una prioridad para nosotros porque a pesar de que estemos remodelando el puesto, acá cada uno se atiende con sus formas, con yuyos, otros van a la farmacia, y cuando no queda otra vamos al hospital (...) lo más importante ahora es recuperar nuestro territorio (...) sabemos que en Aluminé están haciendo un centro de salud intercultural pero acá no sé si es posible, ahora la prioridad es otra” (LD).

“los problemas que tenemos en la comunidad son muchos, el tema de la Salud Pública que vos preguntás no es hoy por hoy una necesidad ni una preocupación principal de nosotros, cuando no queda otra vamos al hospital a atendernos y listo, cuando viene el agente sanitario hablamos con él, nos saca algún turno, pero nada más” (CaC).

“cuando fue la crisis en el hospital, que estuvieron a punto de cerrarlo, nosotros salimos a la calle y acompañamos a los compañeros de Salud Pública, pero no es una de nuestras demandas, nosotros no reclamamos un hospital o Salud Pública, acompañamos una lucha política en contra de la privatización, de la precarización laboral, de los despidos de trabajadores, apoyamos esa lucha como grupo político, salimos a defender y apoyar los reclamos de compañeros que nos había acompañado en nuestras luchas, pero el hospital y la Salud Pública no es una demanda de la comunidad” (FC).

En Salud Pública la designación de agentes sanitarios para realizar las visitas domiciliarias a las comunidades mapuche de San Martín de los Andes desde hace más de treinta años ha permitido interacciones cotidianas y periódicas en condiciones de asimetría y hegemonía/subalternidad pero no por ello estas relaciones interculturales fueron obstaculizadas, las mismas constituyeron en el caso estudiado las dos caras del reconocimiento, de los agentes sanitarios hacia la conformación de Payla Menuko

como comunidad y de Payla Menuko hacia los agentes sanitarios como principales referentes de Salud Pública en el territorio mapuche.

Los referentes de la comunidad de Payla Menuko, y tal vez esto podría extenderse al resto de las comunidades mapuche de San Martín de los Andes, señalan que la Salud Pública con o sin perspectiva intercultural no constituye una reivindicación/demanda en este momento, sin embargo el ámbito sanitario es un espacio en el que desarrollan estrategias etnopolíticas. Tanto la comunidad Payla Menuko como la comunidad Vera, Curruhuinca y Cayún han efectuado gestiones para la apertura de puestos sanitarios en sus territorios, en las cuales se realizarían las visitas médicas mensuales.²⁰⁵ En ninguno de los casos se ha planteado incorporar la medicina mapuche en la atención de salud pública, sino que la demanda de servicios públicos de salud constituye un espacio político que están disputando, que si bien tiene por detrás una necesidad concreta relacionada con la ausencia de efectores públicos de salud próximos a la comunidades, también está íntimamente relacionado con lograr el reconocimiento por parte de Salud Pública de las demandas de las comunidades referenciadas territorialmente. La prioridad o eje de disputa gira en torno al reconocimiento de sus territorios, en tanto éste afecta seriamente el desarrollo de sus vidas y por ende su salud.

El territorio tiene una dimensión histórica que es reconocida en las memorias (Carrasco, 2002), a partir de las cuales pueden relacionarse los desplazamientos y expropiaciones territoriales con el desarrollo de modelos productivos. Haciendo un paralelismo con el caso estudiado por Sabatella (2011), en su trabajo esta relación está representada por el monocultivo de soja, en tanto en el presente estudio, se relaciona, con el boom inmobiliario y turístico en San Martín de los Andes y las empresas concesionarias de la pista de esquí del cerro Chapelco, entre otros. Estas situaciones son percibidas como causa de la falta de salud, y es allí donde se actualizan memorias sobre las formas de ocupación territorial y relaciones naturaleza-cultura de los ancestros. Siguiendo a Sabatella (2011), ha sido el crecimiento –en nombre del desarrollo- el que ha dejado fuera a las producciones agropecuarias familiares y minifundistas, en el caso de Los Toldos estudiado por ella, forzando las ventas territoriales y en el caso de San Martín convirtiendo las tierras en propiedad del PNL, desplazando a los pobladores mapuche a los límites del pueblo y en los trabajos

²⁰⁵ La comunidad Vera tiene una casa en Trahuco que han destinado para la atención sanitaria pero tuvieron inconvenientes porque la médica de planta no quería asistir porque decía que no se cumplían las condiciones para la atención, por lo que el hospital mandó un arquitecto para realizar reformas. La comunidad Cayún tiene destinado un espacio en Trompul para la construcción de un puesto sanitario pero no están aún los fondos. La comunidad Curruhuinca también gestionó un espacio en Quila Quina para la construcción de un puesto pero el espacio “pertenece” a Parques, quienes no quieren cederlo. Payla Menuko como ya referí había acordado con el hospital las reformas del puesto, pero según sus referentes la obra estaba parada.

más precarizados. Los espacios que hoy ocupan y las condiciones de ocupación territorial les limitan sus posibilidades vitales de existencia, y es por ello que la demanda central se encuentra focalizada en el territorio, que conlleva la demanda sobre los recursos que se encuentran dentro de él y la autonomía para disponer y administrar los mismos no sólo como reconocimiento de sus derechos sino para evitar desequilibrios ocasionados por el descuido y contaminación del territorio efectuado por personas ajenas a las comunidades, como muestran los siguientes testimonios:

“el problema de salud ahora es el agua, tengo material sobre lo que hicieron, sería bueno si te interesa que hagas un informe sobre el tema hasta donde puedas [me dio a entender que era peligroso meterse con el tema]. A la bióloga le re costó comprobar la contaminación, que viene con materia fecal, se tuvo que ir a vivir a otro lado, estaría bueno que investigaras el tema del agua, a la planta de tratamientos de residuos del cerro, porque funciona mal, nadie la controla, tengo mucho material que te lo puedo dar (...) El lonko es un puntero de Sapag, cuando aceptó el canon lo queríamos matar, no le importa que el agua esté contaminada, que la sigan contaminando, otra vez nos cagaron, el estado sigue controlando el territorio y los curruhuinca le hacen el juego (...)” (FC).

“los que tiene plata hacen lo que quieren, los dueños de los hoteles pueden hacer lo que quieren, contaminar el agua y no les hacen nada, nosotros arrancamos una ramita y ya nos denuncian, a pesar de que el estado les hizo construir la planta de tratamiento de los deshechos el agua sigue mala, encima ellos siguen haciendo los manejos de plata, están recibiendo muchos cánones por el cerro, pero a nosotros no nos sirve porque nos están contaminando el agua con mierda, ¿de qué sirve la plata si tomamos agua con mierda? Por eso necesitamos que nos reconozcan el territorio y decidir nosotros mismos” (LD).

“cuando los chicos se enferman, le duele la panza, o tienen fiebre, vomitan o les salen granitos en la boca nosotros sabemos que es por el agua, no es buena, a veces viene con mucho gusto a lavandina, cloro pero eso no quiere decir que sea potable o esté bien, tampoco se puede tomar con ese gusto fuerte, igual no nos queda otra, en general la hervimos (...)” (CIC).

La contaminación del agua en el cerro Chapelco por parte de los dueños de las cabañas y complejos hoteleros es la causa de los reiterados problemas de salud²⁰⁶ de las familias de la comunidad, que no disponen de la administración del territorio y se ven afectados por las acciones que realizan “dueños” y arrendatarios de espacios colindantes a la comunidad.

El hecho de que no pueden disponer del territorio ni administrar sus recursos (sin contar con el permiso de Parques) denota la desigualdad no sólo económica sino política y social, que se vincula a su vez con el tipo de ciudadanía que privilegia el Estado Nacional. La inexistencia de control estatal a los “propietarios privados” que contaminan genera no sólo impotencia, frustración y bronca, sino que representa para la gente de la comunidad un problema fundamental que repercute en la salud. El no poder disponer del territorio depende de instituciones estatales (para que controlen la contaminación que generan privados) y esto pone en evidencia la política de ciudadanía del Estado que subordina a la población de Payla Menuko al reconocer solamente los derechos de los propietarios. A esto se suma la persistencia de viejas ordenanzas de Parques en cuanto a la utilización de la madera. Si bien se ha avanzado mediante convenios (como el que se firmó con la Comunidad Cayún para la utilización de la madera caída), en el resto del Parque Nacional Lanín no se puede cortar ni recolectar madera, aún si está caída y seca en el piso. En Payla Menuko esto significa un problema que incide en la salud de las familias mapuche, si se tiene en cuenta que la leña es un recurso imprescindible en invierno ya que no existe otro medio para enfrentar el frío. La escasez de madera que condiciona las posibilidades de calefacción y de mantenimiento de la salud de todos los habitantes del paraje (más aún de niños y ancianos), sumado al elevado valor de dicha madera, refleja nuevamente las desigualdades, producto entre otros factores del no reconocimiento del derecho territorial, que repercute directamente en el derecho a la salud.

La medicina y salud mapuche están relacionadas con el territorio, que desde la perspectiva mapuche posee un “orden”. En el lenguaje cotidiano es frecuente escuchar las menciones de un orden mapuche que se encuentra tensionado, afectado por diversas razones. Como ya he referido, el orden mapuche implica un equilibrio multidimensional dentro de un marco universal, requiere que exista armonía entre las diferentes fuerzas, seres, espíritus, en los diversos espacios del mundo mapuche (*Wenu mapu*-tierra de arriba, *Nag mapu*-tierra de abajo, *Anka mapu*- entre la tierra y el cielo y *Minche mapu*-debajo de la tierra). Cuando la persona vive en armonía consigo

²⁰⁶ No sólo desde lo biológico, sino en relación a la salud mental, en tanto al día de hoy sigue existiendo desconfianza con respecto a la potabilidad del agua y muchas mujeres de la comunidad expresaron que viven con miedo de que los niños y adultos mayores padezcan envenenamientos por la contaminación.

mismo, su familia, su comunidad, el medio ambiente y los seres espirituales en que cree, está en equilibrio completo, y por tanto, no aparece síntoma ni signo de enfermedad (Burgos, 2003 en: Castro Venegas, 2003). A lo largo de la historia el pueblo mapuche ha sufrido desequilibrios provocados externamente que es preciso volver a mencionar debido a su prevalencia en los relatos recabados: la conquista, la organización de los Estados Nación y sus mecanismos de sometimiento y de asimilación; y en el caso de Payla Menuko varios de sus pobladores me han comunicado que el desorden que viven en el presente está condicionado por la falta de reconocimiento territorial, por el no poder disponer de la tierra, del territorio, entendido éste no como propiedad, sino como un espacio al que ellos pertenecen, del cual forman parte y comparten con otras especies, seres y fuerzas. VC me explicó que *“los mapuche pensamos, sentimos y vivimos la falta de equilibrio como causa de las enfermedades, por eso no se puede comparar con la medicina oficial, ni las causas ni el tratamiento”*.

Otra referente de la comunidad refirió con respecto a la salud:

“no hablamos de la salud mapuche con gente de afuera porque es nuestra, es poco lo que nos quedó y no queremos que nos la saquen como todo, después van a querer vender las plantas, hacer negocio, no queremos eso, tenemos que cuidar el conocimiento mapuche que nos queda que está acá, en los árboles, los pájaros, todo el territorio nuestro y sus fuerzas (...)” (CG).

El territorio, según las personas de la comunidad, tiene las huellas de su historia como pueblo y conforma su vida; es la base material y espiritual de su identidad. En él se sustenta la medicina mapuche: provee “a los machi y otros agentes de la salud de distintos componentes medicinales como lo son las plantas medicinales, cortezas de árboles, raíces y minerales: todo el concepto de *baweh (lawen)*” (Lincolee, 2003 en Castro Venegas, 2003). El desorden producido por la falta de reconocimiento territorial genera un daño en la salud del pueblo mapuche.

Otro causante del desorden identificado por la gente de la comunidad tiene que ver con el avance histórico de la sociedad occidental *“winka”* en sus territorios. Al quedar reducidos a ciertos espacios y debido al crecimiento de la población, quedan cada vez menos lugares para las futuras generaciones, sin mencionar la escasez de agua potable y de leña. Las dificultades de subsistencia familiar en el paraje condicionaron los desplazamientos de personas de la comunidad hacia espacios urbanos, producto del cercamiento estatal que fue acorralando a las comunidades limitando sus posibilidades de existencia e imponiéndoles una forma de vida diferente.

Esta comunidad ha sufrido la pérdida de su lengua y muchas de sus costumbres, así como también migraciones forzosas hacia la capital de la provincia en busca de trabajo durante las décadas de 1960 y 1970. Sin embargo, uno de los mayores daños que padecieron fue la pérdida irreparable de conocimientos. Según la *Pillankuse* ME de Paineofilú (autoridad y guía de las ceremonias al pie del volcán, concedora de hierbas y plantas de la medicina mapuche):

“el principal problema de salud que tiene hoy el pueblo y las comunidades mapuche es la pérdida de Kimun (conocimiento), mucho ya se perdió y nunca se va a poder recuperar, la falta de comunicación entre las comunidades, se ha perdido la transmisión de muchos aspectos de la vida mapuche, de la naturaleza de donde se obtienen los lawenes para curar, entre otros saberes” (ME).

Ella mantiene una comunicación constante con miembros de Payla Menuko con los cuales compartió situaciones de “lucha mapuche”. Además realiza trámites²⁰⁷ y consultas con referentes de la comunidad Payla Menuko que trabajan en el Área de Co-Manejo del PNL, por lo que se encuentran conectados a pesar de la distancia entre sus comunidades. A su vez, ME mantiene relación con comunidades de Chile que se organizaron para recuperar elementos culturales como canciones, juegos, historias que conocen los ancianos de distintos lugares y también prácticas de cuidado y curación de la salud mapuche.

En Chile han conseguido la apertura de varios centros de salud mapuche y dos hospitales interculturales. Funcionan como proyectos que todos los años están sujetos a evaluación según su rendimiento los financian o les reducen el presupuesto (Cetti, 2008). Allí atienden machis diariamente (como en el Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Temuco, Chile, Figuras XVII y XVIII).

²⁰⁷ Su comunidad también se encuentra dentro de la jurisdicción del PNL, por lo que para realizar la invernada y veraneada tiene que realizar una serie de trámites burocráticos y pedir permisos al PNL.



Figura XVII Hospital Intercultural de Nueva Imperial, Temuco, Chile.



Figura XVIII. Rewe de machis del Centro de Salud Mapuche de Nueva Imperial.

Esta situación es conocida por los miembros de la comunidad Payla Menuko y refieren que Chile está más avanzado en ese aspecto aunque también les genera un poco de incertidumbre, en tanto me han dicho que, con respecto al Hospital de

Makewe, les parece que han mercantilizado la medicina mapuche a través de la venta de remedios basados en conocimientos mapuche. En este sentido, cuando les pregunté su opinión sobre el proyecto de Centro de Salud Intercultural en Aluminé²⁰⁸ también tuvieron reparos en cuanto a la utilización de la medicina mapuche, que podría ser apropiada por los *winkas* para comercializarla.

Con respecto a los logros en materia política, referentes y autoridades de Payla Menuko expresaron que en relación al reconocimiento de derechos territoriales y la aceptación de sus derechos como pueblo originario, en Chile se encuentran muy atrasados. La represión hacia las comunidades mapuche en los últimos años se ha acrecentado y expandido en su territorio (*Gulu mapu*). Las autoridades de Payla sostienen que en las dos últimas décadas han conseguido junto a las demás comunidades del PNL grandes avances con respecto al reconocimiento y escucha de sus reivindicaciones y reclamos históricos, aunque se encuentran todavía muy alejados del horizonte de cumplimiento de derechos. Algunos avances están relacionados con la apertura de espacios institucionalizados con participación efectiva de miembros de las comunidades mapuche.²⁰⁹

Es en este contexto en el que es posible entender la utilización, apropiación y resignificación de diversas medicinas y formas de cuidado que realizan las familias de la comunidad mapuche de Payla Menuko, incluida la medicina mapuche, como estrategias etnopolíticas con las cuales pueden disputar recursos y el cumplimiento de derechos en torno a las políticas de reconocimiento.

Siguiendo los estudios realizados por Boccara (2006) sobre salud intercultural en comunidades mapuche de Chile, pero que puede extenderse a este lado de la cordillera teniendo en cuenta la experiencia en Payla Menuko, la gente mapuche concibe la salud como espacio conectado con otros ámbitos de la vida, donde se repolitiza la salud, ya que se la conecta a la vida de la comunidad como a la construcción de una opinión colectiva.

La agencia de familias de la comunidad Payla Menuko, vehiculizada a través de estrategias etnopolíticas, está abocada a disputar un espacio social y territorial en el marco de las políticas de reconocimiento, en el que la asociación entre el reconocimiento del derecho territorial y la salud es parte de la concepción mapuche de bienestar, que será logrado sólo a partir del restablecimiento del equilibrio/orden del

²⁰⁸ Es preciso aclarar que al momento de la realización del trabajo de campo, el centro de salud intercultural era un proyecto que no estaba implementado. Actualmente ha sido inaugurado y está funcionando incipientemente.

²⁰⁹ Como ha sido la incorporación de una maestra de cultura mapuche en la escuela N°161 y la creación del Área de Co-Manejo en el Parque Nacional Lanín, espacio en el que participan autoridades de diferentes comunidades mapuche que se encuentran dentro de la jurisdicción del PNL y referentes de la Confederación Mapuche Neuquina.

territorio mapuche. El planteo de la comunidad Payla Menuko es georreferenciado, ya que ubica la salud en el territorio, la expresión:

“la salud es territorio, sin territorio no somos nada” (FC).

Tiñe políticamente el concepto de salud, colocando el reconocimiento efectivo/material (no sólo enunciativo) del territorio como condición indisociable de la salud mapuche, por ende la salud adquiere significado político.

Retomando esta idea, en el próximo capítulo describo y analizo las estrategias etnopolíticas que desarrolla la comunidad Payla Menuko a través de las cuales canaliza sus demandas frente al Estado. Por último, analizo la incorporación de un corpus de prácticas y discursos jurídicos por parte de la comunidad Payla Menuko como recursos políticos propios, que caracterizan lo que han denominado “política mapuche”, para disputar espacio social y territorial en el marco de las políticas de reconocimiento.

CAPÍTULO IV

LAS ESTRATEGIAS ETNOPOLÍTICAS EN TORNO AL TERRITORIO MAPUCHE

En este capítulo describo y analizo las estrategias etnopolíticas mapuche a través de las cuales canalizan sus demandas frente al Estado. Destaco cómo las formas mediante las cuales la comunidad Payla Menuko responde a las acciones estatales repercuten en las posiciones políticas que asumen, en donde el territorio aparece como eje de reclamo y como fuente de salud. La asociación entre el reconocimiento del derecho territorial y la salud comprende un planteo georreferenciado mediante el cual la salud adquiere significado político. Por último, analizo la incorporación de un corpus de prácticas y discursos jurídicos por parte de autoridades y miembros de la comunidad Payla Menuko como recursos políticos propios con los que fueron conformando una modalidad particular para disputar espacio social y territorial que denominaron “política mapuche”, en el marco de las políticas de reconocimiento.

4.1- ACCIONES COLECTIVAS MAPUCHE Y LA CONSOLIDACIÓN DE LA COMUNIDAD PAYLA MENUKO

Desde mediados del siglo XX, las comunidades mapuche llevaron adelante demandas a las autoridades locales (denuncias judiciales, cortes de ruta, conferencias de prensa y otros) para reclamar sus derechos territoriales. En el año 1994 la comunidad Curruhuinca²¹⁰ logró el título de la propiedad comunitaria otorgado por el Estado argentino (10.540 hectáreas de superficie), quedando pendiente el reconocimiento del Cerro Chapelco²¹¹, que sigue siendo uno de los reclamos más significativos de los últimos veinte años.

En el año 1995 se produjo un hito en la historia de las reivindicaciones mapuche en la que participaron representantes de las comunidades de toda la provincia (entre ellos jóvenes de Payla Menuko). En el “conflicto de Pulmarí”²¹²

²¹⁰ Estaba conformada en ese momento por cuatro parajes: Trompul Bandurrias, Pil Pil, Quila Quina y Payla Menuko.

²¹¹ El caso del reclamo por el Territorio del Cerro Chapelco es importante no sólo por su significado en términos económicos, ya que el valor inmobiliario es millonario, sino porque es emblemático de la lucha mapuche en contra de la contaminación del agua producida por propietarios de cabañas y del complejo hotelero del cerro.

²¹² En 1988 se crea la Corporación Interestadual Pulmarí, entidad destinada a garantizar la restitución de las tierras de Pulmarí a las comunidades mapuche de la zona. Este ente, que comienza a funcionar en 1989, trabaja bajo una lógica en la que el Estado se afirma como dueño de las tierras y las administra, ejerciendo una tutela sobre las comunidades, controlando sus actividades y determinando sus necesidades. Esta situación y el hecho de que en vez de otorgar tierras a las comunidades comenzara a

recuperaron 42.000 hectáreas de sus reclamados territorios ancestrales. En el año 2000, comenzó a funcionar el área de “Co-Manejo intercultural” entre la Administración de Parques Nacionales (APN) y los Pueblos Originarios de la Argentina. En Neuquén, se definió la participación de representantes del Parque Nacional Lanín por la APN y de la Confederación Mapuche Neuquina (formalmente CIN: Confederación Indígena Neuquina) por el Pueblo Originario Mapuche²¹³. El Co-Manejo constituye un logro altamente significativo ya que es visualizado como un paso previo al reconocimiento efectivo de la propiedad (enunciado en la constitución, leyes y declaraciones) y el manejo directo de los recursos del territorio mapuche.²¹⁴ En el año 2001, las familias de Payla Menuko tomaron la escuela N° 161 para reclamar la incorporación en la currícula escolar de la asignatura Lengua y Cultura Mapuche logrando la contratación de una maestra de la comunidad. En el año 2002 la comunidad mapuche Curruhuinca de San Martín de los Andes con el apoyo de representantes de la Confederación Mapuche Neuquina (CMN) cortaron el acceso a las pistas de esquí del Cerro Chapelco. Los motivos estaban relacionados con la contaminación del agua de los arroyos de Payla Menuko producidos por el vertido de líquidos cloacales, proveniente desde la cuenca del arroyo Quitrahue en el cerro, que realizaba la empresa Nieves del Chapelco S.A. En consecuencia, el complejo turístico fue clausurado²¹⁵. En 2006 las comunidades mapuche de toda la provincia se movilizaron para demandar que el reconocimiento de la pre-existencia de los pueblos originarios y sus derechos, enunciados como tales en la Constitución Nacional de 1994, se incluyeran en la Constitución Provincial. Luego de varios enfrentamientos entre las fuerzas de seguridad provincial y nacional y organizaciones mapuche, se logró que en el artículo N° 53 de la Constitución Provincial se incorporaron algunas de sus demandas.

En el año 2007, como ya mencioné en los anteriores capítulos, un grupo de familias del paraje Payla Menuko se separan de la comunidad Curruhuinca y

concesionarlas a empresarios nacionales y extranjeros fue lo que motivó la ola de denuncias que culminó en el denominado “conflicto Pulmarí”, cuando las comunidades y la Confederación Mapuche Neuquina deciden ocupar la oficina de la Corporación (Nahuel y otros, 2004) el 17 de mayo de 1995. El proceso de Pulmarí ha sido estudiado por diversos investigadores como: Carrasco y Briones (1996, 2000); Valverde (2009); Papazian (2013).

²¹³ Las comunidades están organizadas en Identidades Territoriales conformando 5 Zonales; 2 de ellas están relacionadas con el área protegida, es decir que se encuentran dentro del Parque Nacional Lanín: la Zonal Wijice (zona Sur del Parque: Curruhuinca, Cayún y Payla Menuko; zona Centro: Raquithue, Lafquenche y Linares) y la Zonal Pewence (zona Norte: Lefimán, Aigo, Ñorquinco y Nienigual/Salazar).

²¹⁴ A partir de la participación mapuche en el co-manejo del Parque Nacional Lanín (PNL) se han conseguido logros como el permiso para la recolección de leña caída y de los piñones hasta entonces prohibido, para el desplazamiento de animales (veraneada-invernada) y la designación de la primer Guardaparques Mapuche producto de un convenio entre las comunidades y la APN. El actual Guardaparques es integrante de la comunidad Payla Menuko

²¹⁵ Actualmente las familias de Payla Menuko refieren que el agua sigue contaminada a pesar del funcionamiento de la planta de tratamiento de residuos cloacales que construyeron en el cerro. Las familias demandan que sólo está en actividad durante la temporada invernal por lo que en el resto del año se seguiría contaminando el agua.

constituyen la comunidad Payla Menuko. La ruptura fue consecuencia de un largo proceso en el que se fueron consolidando divergencias en los criterios de construcción política. El trámite para obtener el reconocimiento legal de Payla Menuko como comunidad, por medio de personería jurídica, se encuentra actualmente estancado²¹⁶. Sin embargo, ello no le ha impedido lograr el apoyo de las comunidades que se encuentran dentro del PNL²¹⁷ y en la CMN en sus demandas y disputas. En 2008, la comunidad Paynefilú de Pampa del Malleo (a 25 kilómetros de Junín de los Andes) tomó la escuela N° 357 ex “Mamá Margarita”²¹⁸ regida por tres monjas, luego de varios años de demandar la participación de la comunidad en los contenidos de la currícula y de reclamar el cierre del hogar-albergue por ser una práctica ajena a la comunidad en tanto alejaba a los niños de sus familias que no vivían lejos. La comunidad Paynefilú pidió a Payla Menuko apoyo y colaboración para elaborar una currícula “intercultural” debido a su experiencia en dicho campo. Uno de los resultados de la intervención comunitaria en la escuela fue la creación de una institución de carácter laico y público con participación de actores comunitarios bajo la figura de educadores mapuche.

Estas son algunas de las acciones colectivas del movimiento de las comunidades mapuche de Neuquén²¹⁹ en las que han participado y se han formado políticamente los jóvenes de la comunidad Payla Menuko. De este modo, afirmo que el posicionamiento de la comunidad Payla Menuko en el campo político durante la última década generó más canales de comunicación y demanda con y para el Estado; y aunque las negociaciones más fluidas se dan en torno a aquellos temas que les resultan prioritarios (las demandas territoriales), este posicionamiento también les ha permitido asumir una postura activa y defensiva de otros derechos, a través de diversas estrategias etnopolíticas.

²¹⁶ La provincia de Neuquén sostiene una reglamentación (Decreto 1184/02) que desconoce el principio de autoidentificación, permite al Estado intervenir en la vida de las comunidades y exige mayores requisitos que los requeridos nacionalmente, poniendo numerosas trabas para el reconocimiento formal de la personería. El Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) no inscribe en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RE.NA.C.I.) personerías de esta provincia desde 2005 aproximadamente, sin dar explicaciones de ningún tipo. El Estado provincial tampoco ha realizado inscripciones en los últimos 20 años. El resultado es que, actualmente, hay diez comunidades sin personería en la provincia (En <http://odhpi.org/2013/07/personerías-juridicas-en-neuquen-odhpi-informa/>).

²¹⁷ En el año 2007 la Comunidad Curruhuinca decide retirarse del Área de Co-Manejo del PNL. Este alejamiento constituyó un hecho político que repercutió en el cuestionamiento de la legitimidad de la representación de las comunidades en un organismo estatal. A pesar de ello el Co-Manejo siguió funcionando con el apoyo del PNL y de las comunidades integrantes. Los referentes políticos de Payla Menuko siguieron participando y en el año 2013, luego de seis años de haberse apartado del Co-Manejo, se reincorporó nuevamente la comunidad Curruhuinca.

²¹⁸ Nació como escuela rancho en 1940 bajo la órbita nacional. En 1978 de la mano de la Congregación María Auxiliadora se instaló en este predio la escuela albergue que se comenzó a denominar “Hogar Mamá Margarita”. La ocupación del establecimiento por parte de las monjas data desde hace 28 años y es puesta en cuestión a mediados del 2006 por la comunidad Paynefilu.

²¹⁹ Las acciones colectivas desarrolladas por el pueblo mapuche en las que han participado integrantes de la comunidad Payla Menuko son numerosas y trascienden el objetivo de este trabajo, sin embargo debido a que han adquirido mayor visibilidad social y mediática es preciso mencionar los conflictos de Loma de la Lata (2001, 2011) y Villa La Angostura (2003).

4.2- ESTRATEGIAS ETNOPOLÍTICAS DE LA COMUNIDAD PAYLA MENUKO

Las estrategias etnopolíticas comprenden un conjunto de acciones planificadas, orientadas hacia fines específicos en torno a la identidad étnica²²⁰, con las cuales los pueblos originarios pueden disputar recursos y cumplimiento de derechos.

Las familias mapuche de Payla Menuko lograron posicionarse como comunidad, tanto frente al Estado Nacional como frente a comunidades mapuche aledañas desarrollando estrategias etnopolíticas, siendo reconocidos por diversas áreas del Estado nacional, provincial y municipal como: Salud Pública, Turismo, Vivienda, Desarrollo Social, Fiscalía, Concejo Deliberante, Producción Rural; Educación; Parques Nacionales, Ejército, Gendarmería y otros.

4.2.1- EN SALUD

La relación continua con el agente sanitario les valió un rápido reconocimiento como comunidad legítima por parte de un funcionario estatal. El acercamiento del agente sanitario a cada familia de la comunidad Payla Menuko ha sido constante durante más de 30 años. El trabajo continuo y permanente le valió al agente sanitario el reconocimiento de esta población como referente de salud pública. A su vez, a partir del vínculo cercano y de confianza con el agente sanitario un grupo de familias del paraje obtuvo de él uno de los primeros reconocimientos como comunidad, luego de que se separaran de la comunidad más antigua y numerosa de la zona.

Una estrategia etnopolítica de esta comunidad implicó la recuperación de la medicina tradicional mapuche que es puesta en práctica cotidianamente por sus pobladores y que se diferencia ampliamente de la medicina oficial. La conservación y actualización de sus conocimientos de medicina tradicional, mediante la recuperación de la relación con médicos mapuche (*machis*)²²¹ que concurren al paraje para atender la salud de la población, los ayudó a fortalecerse intracomunitariamente y frente a las comunidades aledañas. La medicina es *kimun* (conocimiento), es el conocimiento como relación. La medicina es agencia, son las trayectorias grupales, es la forma de actuar determinadas posiciones para disputar

²²⁰ Siguiendo a Valverde y García (2007), planteo que la identidad étnica se relaciona con procesos de adscripción y des-adscripción étnica a partir de la compleja y dinámica relación que los actores establecen con distintos interlocutores y como producto de una disputa económica y política en la arena pública.

²²¹ Como ya se ha referido anteriormente, los/as machis representan una de las máximas autoridades mapuche, no sólo como curadores o médicos sino que también han sido históricamente líderes políticos, por ello constituyeron el principal objetivo militar de la Campaña del Desierto. En Argentina no han sobrevivido machis; los/as que asisten a Payla Menuko provienen de la Región IX de Chile.

sentidos y espacio político. Siguiendo a Sabatella (2011), la medicina es el territorio donde se inscriben sus trayectorias individuales, colectivas y familiares. La noción de medicina mapuche se entrama con los olvidos familiares y con los silencios de resguardo, contruidos y significados en contextos de desplazamiento y de dolor. A partir de la recuperación de la medicina mapuche, los sujetos van reactivando y actualizando las memorias que han sido silenciadas en el proceso de construcción de un pasado oficial.

Asimismo, en Payla Menuko, prácticas de medicina mapuche han sido “toleradas” por los efectores de salud estatales.

El proceso de recuperación de la medicina mapuche como estrategia etnopolítica no sólo está relacionado con la revalorización de las prácticas de medicina mapuche tradicional (como parte del proceso político de conformación de la comunidad) sino que tiene que ver con la imposibilidad de la medicina oficial de tratar y resolver problemas de salud que afectan a esta población. En este sentido, LD referente de la comunidad Payla Menuko refiere:

“Hace unos años viene el machi VC, él nos atiende, hablamos con él casi todos, nos dijo cómo es la medicina mapuche (...); cura mirando la primer orina del día, el aliento o también con la ropa del enfermo (...); el pulli le dice lo que tiene, porque nosotros no entendemos la enfermedad como ustedes, para nosotros no es un dolor de cabeza, sino que hubo un desequilibrio en una de las dimensiones de la persona y el machi tiene que escuchar lo que le dice el pulli, las causas del desequilibrio, si fue por algo que la persona hizo o porque alguien le hizo un mal, acá hizo varias curaciones colectivas, todo el tiempo habla en mapuzungun y se conecta con las fuerzas (...).”

La recuperación de la medicina mapuche como discurso y práctica utilizada en la vida cotidiana está relacionada con un proceso de recuperación “del conocimiento mapuche” perdido como consecuencia de la avanzada estatal sobre el territorio de las comunidades. También está relacionada con el proceso de autoafirmación que hizo Payla Menuko como comunidad mapuche independiente de la Comunidad Curruhuinca, ya que según VC:

“Cuando éramos adolescentes fuimos buscando qué era ser mapuche, nos fuimos encontrando, fuimos a otros lugares a buscar nuestra historia porque acá preguntábamos y no nos querían contar nada las personas más viejitas, le pregunté a mi tía abuela, pero no quería hablar. Teníamos preguntas sobre nosotros mismos,

quienes éramos, recorrimos muchos lugares de la provincia, y lo llevamos también a CC, el lonko filosófico de la comunidad Curruhuinca, por eso aprendió y abrió un poco la mente (...); las rogativas las hacía CC, los Curruhuinca nunca las dejaron de hacer, pero a veces yo me sentía como de afuera, nunca nos integraron, nos discriminaban porque no llevamos el apellido de ellos, a la tercera vez que fui, me dije que no iba a ir más porque me di cuenta que ser mapuche iba más allá de asistir al nguillatun. Después nos separamos y seguimos solos (...) lo que le pasó a los Curruhuinca es que el lonko no piensa en su gente, hace negocios (...); cuando nos fuimos de la comunidad fue porque no compartimos la forma de organización que estaban teniendo, por eso se generó un desorden que se tiene que volver a ordenar naturalmente”.

Además de recuperar y reaprender ciertos conocimientos de la medicina mapuche, también aquellos saberes solapadamente resguardados en las familias primeramente de los “wincas” y luego de las intervenciones efectuadas particularmente por representantes de Salud Pública se actualizaron a través del contacto con el machi VC. Pues a pesar de las ofensivas estatales, las familias siempre conservaron y replicaron algunas formas ancestrales de cuidado de la salud:

“Preparamos el lawen con las plantas que tenemos o las vamos a buscar por el bosque, las cortamos, las ponemos en agua y después tomamos el té (...); mi mamá acomodaba los huesos, era ngütanchefe, curó a muchas personas, pero recién hace pocos años me di cuenta de eso; cuando era chica no lo veía como parte de nuestros conocimientos, de nuestra medicina, tampoco lo podíamos hablar, no se hablaba mucho, hemos perdido conocimiento por el silencio, por miedo a que nos discriminen o denuncien, los grandes no nos querían contar la historia, por eso no me enseñó ni a mí ni a mis hermanos; no quedó nadie en la comunidad que cure los huesos, en Junín hay uno, acá sólo sabemos hacer algunos lawenes y yo curo el empacho (...)” (CG).

“Algunos lawenes ya sabíamos hacerlos, mi mamá sabía pero cuando vino el machi y me atendí con él, me explicó lo que tenía, me curé pero tenía que seguir un tratamiento (...). Además me enseñó cómo preparar mi lawen para cuando como algo que sé que es pesado o me puede caer mal, yo tomo mi té todas las noches, me lo preparo y lo tomo; él dice que ya sabemos lo que nos hace mal, que tenemos que cuidarnos, te dice todo de una, directo, te caga a pedos, es duro pero tiene razón, si comés facturas, tortafritas, pan, grasa muy seguido seguro que te vas a sentir mal del

estómago, te va a doler la panza, lo mismo que tomar alcohol, eso te desequilibra (...)" (CIC).

Estas prácticas promovidas por el machi eran incorporadas por las familias de la comunidad lentamente, incluso como refiere CIC, en numerosas situaciones han recibido regaños cuando no seguían el tratamiento adecuadamente o lo interrumpían. Sin embargo, como he referido anteriormente, la recuperación y actualización del manejo y utilización de los conocimientos de medicina mapuche es parte de una estrategia etnopolítica enmarcada en un proceso más amplio iniciado hace más de diez años y ligado a la conformación de la identidad de la comunidad de Payla Menuko.

4.2.2- EN EDUCACIÓN

La Educación Bilingüe Intercultural (EBI) establecida en la reforma de la constitución de 1994, según Díaz (1998), es contradictoria, ya que por un lado, promueve el respeto y reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios por medio de la elaboración de normativas; y por otro lado, en los hechos desconoce esas mismas normativas y promueve la desintegración y fragmentación de la organización mapuche, evaluación compartida en parte desde la perspectiva mapuche. Tal como refiere Díaz, la noción en boga de interculturalidad redibuja el mapa de la diversidad social y cultural desde las coordenadas de la gobernabilidad. Mediante la victimización y asistencia del otro, se deja que ocupe lugares culturales desde los que no ponga en tensión la estabilidad social, es por ello que este autor desconfía en tanto la EBI puede convertirse en un aliado 'espectacular' del sustento simbólico de las actuales formas de dominación económica, social y cultural, resultando así funcional al neoliberalismo, a través de reforzar su poder de admitir y dictaminar qué de aquello *inter* puede ser aceptable y *culturalmente* integrable (Díaz, 1998).

A pesar de que este tipo de análisis no escapa a las lecturas de las autoridades de la comunidad Payla Menuko, ellas desarrollan diversas estrategias etnopolíticas con las que disputan sentidos y espacios sociales, territoriales y políticos. La designación de una maestra de la comunidad en el nivel primario para enseñar la asignatura de Cultura Mapuche²²² posibilitó la difusión de elementos culturales que ya

²²² Según los referentes de esta comunidad, no consiste solamente en la incorporación de la enseñanza del mapudungun en las escuelas con el fin de recuperar el idioma que fue históricamente condenado, sino de transmitir conocimientos y valores mapuche considerados por ellos como imprescindibles.

no se comunican en las familias. Su nombramiento se obtuvo como consecuencia de la demanda comunal con relación al programa educativo para niños de la comunidad.

A partir de una serie de reuniones colectivas, elaboraron una currícula logrando el fortalecimiento intracomunitario.



Figura XIX. Escuela N° 161 de Payla Menuko.

La inserción de la docente mapuche en la escuela del paraje facilitó una relación fluida con las autoridades escolares y el reconocimiento institucional de la comunidad. Estos logros son producto de un largo proceso de lucha y organización en torno a demandas de reformas educativas que comenzaron en mayo de 2001, cuando familias de Payla Menuko tomaron la decisión de no enviar durante 15 días a sus hijos a la escuela, debido a la deficiente formación expresada en la gran cantidad de jóvenes repetidores en el segundo nivel educativo. Según varios miembros de la comunidad:

“Los chicos no aprendían nada, repetían de grado y muchos dejaban de estudiar. Les hicieron una prueba y salió que no sabían nada” (TB, auxiliar de mantenimiento de la escuela).

“Nos juntamos para discutir qué hacer porque nos dimos cuenta que no les estaban enseñando a los chicos, había muchos que repetían y otros que pasaban de grado pero terminaban séptimo y no sabían contar” (CG, docente mapuche).

“Cuando terminaban la primaria y podían seguir la secundaria, les costaba y dejaban porque no entendían, además cuando bajaban al pueblo a estudiar también encontraban otros problemas, se empezaban a juntar con otros chicos y faltaban a clases, se quedaban en la calle” (VC, auxiliar no docente de la escuela).

El conflicto se incrementó con la designación de una autoridad directiva que no estaba de acuerdo con la participación mapuche en la organización y definición de las temáticas educativas. El grupo de jóvenes que luego conformarán la comunidad Payla Menuko consideraba imprescindible la educación mapuche en la escuela debido a que sus padres y abuelos no les transmitieron el mapuzungun ante la discriminación existente. La medida tomada por los padres -que contó con el apoyo del equipo de educación de la Coordinación de Organizaciones Mapuche (COM) y de profesores de la Universidad Nacional del Comahue- dio como resultado el alejamiento de la directora y la conformación de una Comisión Intercultural²²³. La misma está conformada por 4 personas que trabajan junto con los maestros de la escuela N° 161 de Payla Menuko (Figura XIX) en la planificación institucional. Desde el año 2000, en la provincia de Neuquén existe el cargo de maestro de Lengua y Cultura Mapuche, situación que refleja la implementación de una política de reconocimiento impulsada incipientemente a partir del ya mencionado Artículo N°75 de la Constitución Nacional de 1994 y continuada con la reforma de la Constitución Provincial de 2006. La experiencia desarrollada en Payla Menuko, se enmarca en este contexto. Autoridades y miembros de la comunidad refirieron que el logro obtenido en el ámbito educativo les permitió fortalecerse internamente como comunidad y ocupar estratégicamente un espacio mediante el cual no sólo obtuvieron reconocimiento institucional, sino que también les permitió promover prácticas culturales que habían sido silenciadas y negadas en los ámbitos domésticos de numerosas familias del paraje. Este logro en torno a la educación intercultural en la escuela de la comunidad constituyó una experiencia de organización que continuó en diversas áreas.

²²³ <http://www.me.gov.ar/monitor/nro3/escuela.htm>

4.2.3- EN RECURSOS Y TERRITORIOS PROTEGIDOS

Integrantes de la comunidad Payla Menuko participan en el “Área de Co-Manejo”²²⁴ del Parque Nacional Lanín, junto con las autoridades (lonkos) de las comunidades que se encuentran en la jurisdicción de Parques Nacionales. Esta inserción les permitió negociar y disputar grados de participación en la toma de decisiones con respecto a la administración de los recursos que se encuentran dentro de su territorio. El sustento de sus demandas de participación en las decisiones con respecto al territorio se basa en leyes municipales, provinciales, convenciones y declaraciones nacionales e internacionales sobre derechos de los pueblos indígenas como la Declaración de Barbados (1971), la Convención N°169 de la OIT (1989), el Convenio sobre la Diversidad Biológica (1992), el artículo N° 75 de la Constitución Nacional reformada en 1994, entre otros.

A nivel local, en 1937, con la creación del PNL, se otorgó un “permiso precario de ocupación y pastaje” (PPOP) a las poblaciones de las comunidades, mientras algunas otras fueron expulsadas de sus territorios. Se impuso una política de restricción y control en el uso y manejo de los recursos naturales, o sea, los usos pastoriles y leñeros tradicionales de las comunidades, en forma unilateral por parte de la institución del Parque. En los años 70, el pueblo originario Mapuche empieza a darse nuevas formas de organización para reivindicar sus derechos logrando gradualmente reformas legislativas, en el ámbito internacional y en el nacional, potenciadas con la vuelta a la democracia en 1983.

A fines de la década del 90 y en plena crisis institucional de la APN, la Confederación Mapuche Neuquina en carácter de organización representativa de las comunidades mapuche, realiza una ocupación de la intendencia del Parque Nacional Lanín, planteando a la APN un cambio de relación. En el año 2000, se realiza un Taller para debatir una construcción conceptual realizada por la institución mapuche (CMN), denominada Territorio Indígena Protegido, con autoridades políticas mapuche y representantes de la APN y del Gobierno Nacional, en el que la Confederación Mapuche Neuquina propone la definición de Co-Manejo Intercultural como nueva relación institucional entre las partes. Así queda definido el Co-Manejo como una nueva relación con rango de política institucional.

El PNL tiene su sede central en San Martín de los Andes y cuenta con 2 unidades de gestión descentralizadas: en Aluminé y en Junín de los Andes. Las

²²⁴ El Área de Co-Manejo, es un espacio dentro del organigrama institucional que no posee presupuesto propio. Una de las demandas de las comunidades es que se jerarquice y constituya en Departamento de Co-Manejo.

comunidades Mapuche están organizadas en Identidades Territoriales conformando 5 Zonales: 2 de ellas relacionadas con el área protegida, la Zonal Wijice y la Zonal Pewence (Figura XX).

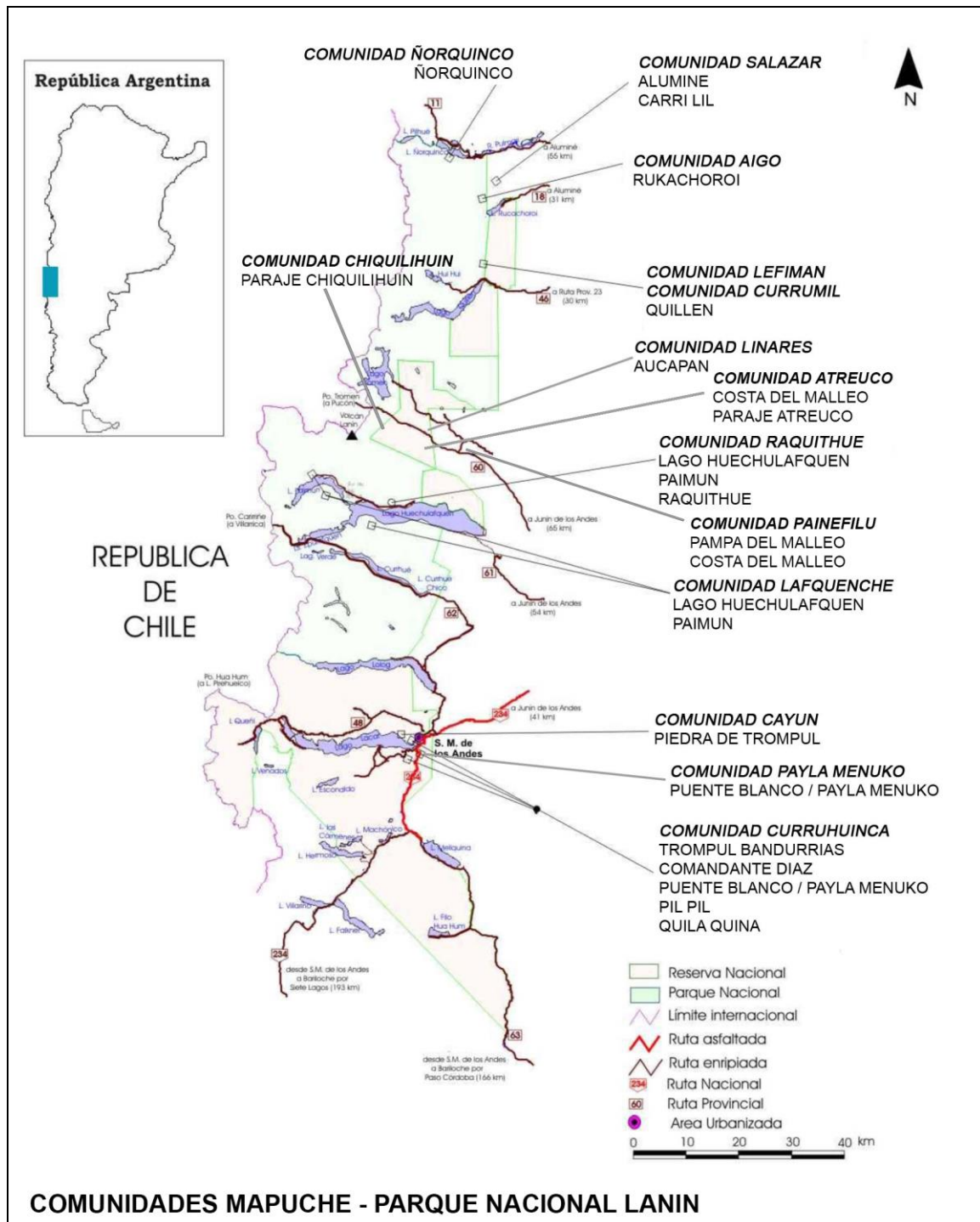


Figura XX. Comunidades Mapuche dentro del Parque Nacional Lanín (Elaboración propia en base a Documento del PNL, 2011).

La oficina del área de Co-Manejo se encuentra dentro del nuevo edificio del PNL. Todos los días se reúnen allí autoridades de las distintas comunidades mapuche

y representantes de la comunidad Payla Menuko que ocupan puestos de trabajo, logrados a partir de un proceso de negociaciones y acuerdos políticos, resultado de diversas medidas de fuerza realizadas por las comunidades. En la oficina de Co-Manejo llegan cotidianamente pedidos y consultas de miembros de las comunidades, pero también de otros actores que intervienen o quieren intervenir en el territorio mapuche, como empresas privadas (de turismo, de deportes, comerciales, inmobiliarias, entre otras) e instituciones públicas (municipales, provinciales, nacionales, de turismo, desarrollo social, vivienda, entre otros). En reiteradas ocasiones llegaron comunicados sobre resoluciones aprobadas por el PNL acerca de decisiones de acciones, actividades, programas que se realizarían en territorio de las comunidades, sin haberles realizado la consulta previa o el pedido de consentimiento obligatorio según las normativas vigentes. Ante estas situaciones, se discutía colectivamente las medidas a tomar, se realizaba un Informe escrito que se elevaba por vía jerárquica a la APN, siempre fundamentando las decisiones y posturas en las leyes y marcos normativos que contemplan el reconocimiento de sus derechos como pueblo originario.

El marco legal recopilado, que está enunciado en la normativa del área de Co-Manejo, ha sido apropiado, resignificado y reproducido por los referentes de Payla Menuko, quienes lo han convertido en una estrategia etnopolítica.

En una reunión con autoridades de APN, PNL, INAI²²⁵ y las comunidades mapuche del área protegida, sobre la reactivación del comité político de gestión, varios referentes de Payla Menuko expresaron sus demandas fundamentándolas en el marco legal vigente:

“Las leyes y derechos ya están, hay que interpretarlos y ponerlos en práctica; el territorio lo han reconocido como derecho pero no de hecho, pero nosotros sí, no vamos a quedarnos a que nos traigan soluciones, venimos a proponer; Parques toma decisiones unilateralmente y no es lo que acordamos, Parques está dentro de nuestro territorio y no al revés, este derecho ya está reconocido, nuestra pre-existencia en el territorio está en la Constitución Nacional de 1994 y en la Provincial, lo dice la Constitución; no vamos a explicarles a todos la pre-existencia, queremos que Parques cumpla con lo que dice, ¿por qué siguen haciendo cosas sin consultarnos?, no están cumpliendo con el consentimiento informado que también está en la ley y es obligatorio (...). Lo voy a decir una vez más, porque parece que no están entendiendo

²²⁵ El INAI es el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, organismo encargado de atender las problemáticas que afectan a los pueblos originarios. Depende del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación.

lo que les decimos: son dos cosas, queremos la reactivación del comité político de gestión y la creación del departamento de Co-Manejo con su presupuesto. Queremos saber si las decisiones del comité van a ser vinculantes, necesitamos juntarnos con el directorio de la APN para tratar estos temas, tenemos que hablar con la gente que tiene poder de decisión, sino nos siguen boludeando, tenemos que hablar con el directorio, fijemos una reunión para hacer una mesa de trabajo, que venga la presidenta de Parques y nos sentamos todos a hablar” (FC, Enero de 2013).

4.2.4- LOS INSTRUMENTOS LEGALES Y POLÍTICOS

La apropiación y utilización por parte de referentes de la comunidad de Payla Menuko de marcos legales vigentes, para el cumplimiento y ejercicio de derechos vinculados a la diversidad étnica y cultural dentro del Estado provincial, constituye una de las estrategias etnopolíticas más significativas.

Estas leyes se producen en un contexto mundial y nacional que habilita y propicia políticas de reconocimiento. Tal como refieren Rappaport y Ramos Pacho (2005), después de cuatro siglos de colonización y algunas décadas de diálogo entre organizaciones indígenas, simpatizantes de la sociedad civil y funcionarios del gobierno, los pueblos originarios se han apropiado de ideales universales –tales como autonomía y territorio- y los han convertido en eje de sus interpretaciones históricas y sociológicas, dando lugar a un discurso de autonomía política, reconfigurando sus formas culturales dentro de un espacio de lucha, discutiendo, teorizando y apropiándose de conceptos y metodologías pertenecientes a paradigmas dominantes desde su propio espacio conceptual.

Expresiones como “territorio”, “autonomía”, “política mapuche”, “derechos”, “marco jurídico”, “reforma de la constitución”, “el convenio 169 de la OIT”, “preexistencia de los pueblos originarios” aparecían constantemente en los diálogos y discursos cotidianos durante mi trabajo de campo. Estos términos, enunciados y fundamentos teóricos fueron apropiados en el proceso de lucha y formación de la organización mapuche Payla Menuko y representan sus consignas y demandas, además de expresar sus necesidades y exigencias con respecto al cumplimiento de las leyes existentes. En este contexto la disputa por el territorio (entendido como garante de la vida, equilibrio y salud mapuche) es llevada a cabo no sólo en el campo político sino también en el campo jurídico.

En el proceso de conformación de Payla Menuko, sus integrantes fueron adquiriendo conocimientos jurídicos. Los miembros de esta comunidad fueron construyéndose como sujetos políticos y demandando al Estado el cumplimiento de

derechos en términos de ciudadanía. En el proceso que atravesaron colectivamente hasta conformarse en la comunidad Payla Menuko, adquirieron conocimientos en relación a la lucha mapuche:

“Cuando empezamos a preguntar por nuestra identidad mapuche y nadie quería hablar, contarnos lo que había pasado, nuestra historia, fuimos a otras comunidades; estuvimos en Pulmarí [Figura XXI] que fue un hito en la historia mapuche, fuimos a apoyar la lucha, aprendimos mucho, empezamos a conocer la historia, rescatamos a Calfulcurá porque a pesar de haber negociado con el winca, lo hizo para conseguir cosas para su pueblo, y consiguió muchas cosas, pero lo traicionaron, igual resistió hasta lo último (...) la historia oficial no lo reconoce, no lo nombran (...); de Namuncurá (...) consideramos que fue usado por los blancos (...). También fuimos a Loma de la Lata, que está en Neuquén, en zona petrolera, resistimos la represión y al final la empresa les dio plata a las familias, y lo peor es que no se fueron de sus casitas humildes, que se caían, ranchos, la comunidad está siendo afectada por la contaminación (...); con la plata se compraron camionetas pero siguen en el mismo lugar, gente con la que luchamos ahora nos desconoce, nos ven y se hacen los que no nos conocen, me da bronca pero además no los entiendo (...) son peñis pero no estamos de acuerdo con lo que hicieron, además se van a seguir enfermado y las camionetas no les van a servir para nada” (VC).



Figura XXI. Construcción de una Ruka dentro del territorio recuperado en Pulmarí. (Foto extraída de: <http://argentina.indymedia.org>).

Otra referente de la comunidad Payla Menuko, comentó:

“Nos llamaron para que fuéramos a Pampa del Malleo, cerca de Junín, porque había una escuela-hogar que estaba subsidiada por el Estado pero la administraban las monjas, y algunas familias denunciaron maltratos y abusos de autoridad. También nos acompañó el maestro AF; lo propusimos como mediador/comunicador de la comunidad. Había dos monjas y los padres estaban preocupados por la educación de sus hijos, además de los maltratos. Las monjas no quisieron trabajar en conjunto y se fueron. Discutimos entre todos los conceptos mapuche, cuáles eran más importantes o tenían más peso y en qué grado de la escuela debían enseñarse. AF nos ayudó, fue duro porque había padres que no querían que se fueran las monjas, querían entrar a la escuela, no entendían que nosotros no las echamos, ellas se fueron solas, no quisieron quedarse a construir en conjunto (...); tuvimos tomada la escuela mucho tiempo, venían con palos a la puerta, nos querían echar pero no pudieron, después de eso la escuela pasó a manos de la comunidad, ellos decidieron cómo enseñar y los horarios, las fechas para festejar, pusieron idioma mapuche y telar, ya no es más hogar porque no hacía falta, los chicos que van viven cerca, fue una experiencia de

lucha muy linda, no sabés qué orgullo me da, nosotros volvimos fortalecidos como grupo” (CG).

Un referente de la comunidad y también representante de la CMN me explicó la estructura de la organización mapuche:

“Con el tiempo aprendimos a organizarnos internamente y con el resto de las comunidades de la provincia, entendimos que era mejor descentralizar las decisiones; desde hace algunos unos años estamos organizados en zonales, tenemos una organización descentralizada, antes decidían los de Neuquén lo que había que hacer en los territorios que ellos no estaban, ahora las decisiones locales son tomadas por las comunidades afectadas” (FC).

Otro de los referentes de Payla Menuko recordó uno de los momentos que también los marcó como grupo:

“En el 2006 hemos estado en Neuquén cuando se votaba la reforma de la Constitución, fue muy violento, no querían que saliera el reconocimiento de la preexistencia de los pueblos originarios, tuvimos que enfrentarnos con la policía, con la gendarmería, nos cagaron a palos, pero logramos que las cosas que discutimos las pusieran como nosotros decidimos, a pesar de que algunas cosas quedaron afuera quedó explicitado claramente el reconocimiento de la preexistencia de los pueblos originarios en la provincia; fue uno de nuestros logros, la acción colectiva, desde lo político aprendimos mucho, fuimos madurando, fue un paso muy importante que lográramos esto, porque nos dio un respaldo legal que sirve para seguir luchando y demandando nuestros derechos” (LD).

Estos planteos y conquistas de derechos efectuados por el colectivo mapuche pueden interpretarse como un proceso de lucha que lleva a “la recuperación de la noción de ciudadanía como emancipación de los sujetos socialmente construidos” (Boaventura de Sousa Santos, 2007). La ciudadanía, según Fleury (2010), no puede dejar de ser comprendida en toda su complejidad contradictoria: entre lo individual y lo colectivo, entre lo público y lo privado, entre la homogeneidad y la singularidad, la ciudadanía, como una identidad compartida, supone la igualdad y la inclusión de los individuos en la comunidad política, por ello la ciudadanía es de por sí conflictiva.

Por otra parte, otra de las autoras que ha contribuido en los debates sobre la ciudadanía y los derechos del nosotros y de los otros sobre las diferencias es Seyla

Benhabib (2006). Esta autora refiere que el surgimiento de nuevas formas de política identitaria en todo el mundo complicaron y aumentaron las tensiones centenarias entre los principios universalistas introducidos por la Revolución Francesa y la Americana y las particularidades de la nacionalidad, la etnia, la religión, el género, la raza y el lenguaje (Benhabib, *op. cit.*). Desde fines de 1970, dice la autora, las reivindicaciones por el reconocimiento de identidades basadas en el género, la raza, el lenguaje, la etnia y la orientación sexual han desafiado la legitimidad de democracias constitucionales establecidas. La co-existencia de diversos movimientos en un mismo espacio político-temporal obtuvo como respuesta un normativismo prematuro que reificó identidades grupales dadas, no cuestionó el significado de la identidad cultural y fue acompañado del abandono del estudio de estas temáticas por el predominio del “constructivismo”. En este proceso, los teóricos multiculturalistas defendieron movimientos que luchan por mantener la pureza o particularidad de las culturas irreconciliables con ciertas cuestiones de tipo democrático, por eso propone un modelo democrático deliberativo que permita la máxima controversia cultural dentro de la esfera pública, en instituciones y asociaciones de la sociedad civil y a través de ellas. El planteamiento de la autora es partidario de un universalismo constitucional y jurídico en el sistema de gobierno, con la existencia de ciertos tipos de pluralismo legal y de participación en el poder a nivel institucional, a través de parlamentos regionales y locales; ambos –dice- son perfectamente compatibles con enfoques democráticos deliberativos. Si bien este debate está referenciado en países centrales, algunas de las discusiones (sobre pluralismo jurídico y espacios o consejos locales con participación mapuche, entre otros) han llegado aquí, aunque de manera muy incipiente tanto en el ámbito del Estado como de las organizaciones políticas mapuche.

La pregunta que hay que formular en relación a la existencia de culturas minoritarias dentro de los Estados es, según Benhabib (2006), si se quiere preservar las culturas minoritarias dentro de un Estado democrático liberal o ampliar el círculo de inclusión democrática, a lo que agrega que la inclusión democrática y la continuidad y conservación de las culturas no son mutuamente excluyentes. De allí su crítica hacia el multiculturalismo, que desconoce que no hay culturas puras ni es posible identificarlas como totalidades significativas diferenciadas, pues no son internamente homogéneas y coherentes, sino que las culturas se construyen en las relaciones que mantienen con otras. El entender las culturas como prácticas humanas complejas de significación y representación, de organización y atribución, divididas internamente por relatos en conflicto, es decir, constituidas a través de diálogos complejos con otras culturas, implica un desafío en términos de ciudadanía y derechos.

Según la autora, los derechos territoriales indígenas constituyen una agenda históricamente postergada por los Estados, que suelen esgrimir como excusas, un pretendido desconocimiento, un temor a la balcanización, al cuestionamiento de la soberanía nacional y/o de las fronteras internas. Temor que, según Benhabib (2006), es infundado ya que la autonomía constituye una facultad (de dirigir sin tutelaje extraño los intereses específicos de la vida interna de una población) no sólo viable dentro de contextos nacionales integrados, sino que debe darse, por definición, al interior de los Estados, conllevando una relación jurídica y normativa en relación a éstos (García Hierro en Benhabib, *op. cit.*).

En Neuquén, durante su conformación como Estado provincial las relaciones interculturales con el pueblo mapuche en torno al territorio y la ciudadanía fueron conflictivas. Cuando el Estado pretende convertirse en provincia, se preocupa por homogenizar una realidad multiétnica borrando con una mezcla de coerción y persuasión todas las culturas menos la que pretendía constituir como dominante (Llobera, 1997 en: Mombello, 2005). Según Mombello (2005) la marcación y demarcación de “otros internos” es también constitutiva del proceso de conformación de la identidad neuquina, proceso en el que se desarrolla una política muy activa basada en un “pluralismo tolerante” (Briones y Díaz, 2000 en: Mombello, 2005) que busca la incorporación subordinada del “otro interno” a partir de una operación de reconocimiento superficial de su distintividad.

A partir de la vuelta a la democracia y en el marco de las reivindicaciones de los derechos humanos en el contexto neuquino, se incorporan dentro de este marco las demandas del pueblo mapuche con respecto a los derechos territoriales y como pueblo originario pre- existente a la conformación del Estado Argentino. Es decir, que a partir de los años 80 hubo una confluencia de demandas que siempre existieron pero que a partir del contexto democrático adquieren relevancia y visibilidad. Se fortalecieron las organizaciones mapuche que por un tiempo constituyeron una fuerza política cohesionada.

Como ya referí anteriormente, durante los años 1990 y 2000 en San Martín de los Andes, jóvenes mapuche de Payla Menuko experimentaron un proceso de lucha colectiva por el reconocimiento de sus derechos, lo que los fue definiendo políticamente como comunidad. La demanda más resistida por el Estado provincial continúa siendo al día de hoy el reconocimiento territorial.

Es preciso aclarar, como refiere Barabas (2006), que el reconocimiento territorial no debe ser pensado como promoviendo la exclusión sino la transformación

de las relaciones interétnicas al interior de los etnoterritorios²²⁶. Lo cual es aún más claro si se observa que, a pesar de las variedades internas en cuanto a discursos, las organizaciones indígenas no pretenden la segregación, sino el reconocimiento estatal de su existencia como opciones culturales con derechos especiales (Jimeno, 1996). Como anteriormente referí, siguiendo a Benhabib (2006), el separatismo o “la balcanización” mapuche constituye una excusa estatal infundada, por lo menos en el contexto socio-político actual. Con respecto a las demandas territoriales, la comunidad Payla Menuko las ha canalizado a través de estrategias etnopolíticas como la apropiación de discursos jurídicos y marcos legales nacionales e internacionales. A través de estas estrategias se han fortalecido sus demandas con un sustrato legal, logrando estar mejor posicionados para disputar en espacios de negociación y articulación política con representantes estatales.

Según Briones (2002), la reciente transmutación estatal en términos de una política de reconocimiento de los derechos indígenas emerge como un cambio sustancial y positivo. Iniciándose a partir de 1983, con la apertura democrática, avances en el reconocimiento de derechos a los pueblos originarios y en acciones orientadas a satisfacerlos. Este “vuelco” comporta que, en relativamente poco tiempo, pasamos de un modelo de Estado indiferente y fuertemente orientado a la homogeneización, a otro que al menos en su discurso constitucional (Artículo 75 inc. 17) se compromete con el reconocimiento de los derechos de los pueblos originarios.

En el año 1985 se declaró, al promulgarse la Ley Nacional 23.302, “(...) de interés nacional la atención y apoyo a los aborígenes y a las comunidades indígenas existentes en el país, y su defensa y desarrollo para su plena participación en el proceso socioeconómico y cultural de la nación, respetando sus propios valores y modalidades. A ese fin, se implementarán planes que permitan su acceso a la propiedad de la tierra y el fomento de su producción agropecuaria, forestal, minera, industrial o artesanal en cualquiera de sus especializaciones, la preservación de sus pautas culturales en los planes de enseñanza y la protección de la salud de sus integrantes” (Artículo I); y a los efectos de esta ley se reconoció el derecho a “personería jurídica a las comunidades indígenas radicadas en el país. Se entenderá como comunidades indígenas a los conjuntos de familias que se reconozcan como tales por el hecho de descender de poblaciones que habitaban el territorio nacional en la época de la conquista o colonización e indígenas o indios a los miembros de dicha comunidad. La personería jurídica se adquirirá mediante la inscripción en el Registro

²²⁶ Son territorios culturales o simbólicos que se establecen en relación con el proceso de identificación étnica y la práctica de las culturas a través del tiempo, como territorios históricos e identitarios (Barabas, 2002). Esta definición se opone a interpretaciones ahistóricas y despolitizadas de los mismos, que los describen como contrapartes de identidades étnicas inalteradas.

de Comunidades Indígenas y se extinguirá mediante su cancelación” (Artículo N° 2). Pero si bien dicha ley fue promulgada el 30 de septiembre de 1985, el decreto N° 155 que la reglamenta corresponde al 17 de febrero de 1989 y la resolución N° 4811 que la modifica, adecuando los requisitos de tramitación de personería jurídica a los considerandos constitucionales es aún posterior, correspondiendo al año 1996.

En 1992 el Estado ratificó los términos del convenio 169 de la OIT que lo compromete a adoptar las medidas que se requieran para “... salvaguardar a las personas, las instituciones, los bienes, el trabajo, las culturas y el medio ambiente de los pueblos interesados... [de conformidad con sus] deseos expresados libremente”. El acuerdo contempla el respeto por la integridad de sus valores, prácticas e instituciones y por sus derechos a controlar su propio desarrollo económico, social y cultural, como su relación con sus tierras o territorios.

La reforma constitucional de 1994 reconoció la preexistencia étnica y cultural de las comunidades a la formación del Estado, fundamento jurídico que avala sus derechos consuetudinarios a la tierra.

En relación con los marcos legales mencionados, se realizaron los Censos de Población Nacional de los años 2000 y 2010 y la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) del año 2004, que relevaron la población indígena conforme lo establecido tanto en la Constitución Nacional como en la mencionada Ley 23.302 “de Protección a Comunidades Aborígenes”²²⁷.

La última respuesta gubernamental a los reclamos y demandas en torno a la satisfacción de estos derechos territoriales ha sido la Ley 26.160²²⁸ del año 2006, de “emergencia en materia de posesión y propiedad de las tierras que tradicionalmente ocupan las comunidades indígenas originarias del país, cuya personería jurídica haya sido inscripta en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas u organismo provincial competente o aquellas preexistentes, por el término de 4 (CUATRO) años”²²⁹ (Artículo 1°); y suspensión -por el plazo de la emergencia declarada- de la ejecución de sentencias, actos procesales o administrativos, cuyo objeto sea el desalojo o desocupación de las referidas tierras (Artículo 2°); así como promover la realización de un relevamiento técnico-jurídico-catastral de la situación dominial de las tierras ocupadas por las comunidades indígenas (Artículo 3°).

La reglamentación de la Ley 26.160, realizada en el año 2007 a través del Decreto 1122, reconoció que “la emergencia declarada por la Ley N° 26.160 alcanza a

²²⁷ Son numerosas las críticas, todas ellas válidas, acerca de la elaboración de los censos y de la encuesta, que van desde el fundamento teórico de los mismos, hasta la metodología de recolección de datos, entre otros. Este tema traspasa los límites de este trabajo, por lo que no se abordará aquí.

²²⁸ Ley promulgada por decreto 1708.

²²⁹ Por art. 1° de la Ley N° 26554/2009 se ha prorrogado el plazo establecido hasta el 23 de noviembre del año 2013.

las Comunidades Indígenas registradas en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (Re.Na.C.I.) u organismo provincial competente, así como a aquellas preexistentes. Se entenderá por "aquellas preexistentes" a las comunidades pertenecientes a un pueblo indígena preexistente haya o no registrado su personería jurídica en el Registro Nacional de Comunidades Indígenas (Re.Na.C.I.) u organismo provincial competente" (Artículo 1º del ANEXO I). En el mismo año, y en función de lo declarado en el Artículo 3º del ANEXO I del decreto antes mencionado -en el cual se señala que el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas aprobará los programas que fueren menester para la implementación de un relevamiento técnico/jurídico/catastral que garantice la cosmovisión y pautas culturales de cada pueblo- se creó el Programa Nacional de "Relevamiento Territorial de Comunidades Indígenas- Ejecución de la Ley Nº 26.160" mediante la Resolución 587.

La ley 26.160 constituye un hito importante en relación al reconocimiento de derechos territoriales indígenas, pero no garantiza, per se, la resolución de conflictos de tenencia y titulación de tierras, ni una seguridad territorial. La misma implementación del "Programa Nacional de Relevamiento Territorial de Comunidades Indígenas" ha generado una serie de disputas entre los referentes de estos pueblos y los funcionarios estatales encargados de implementarlo, pues será en función de los criterios empleados para definir cuáles son y cómo están constituidas las denominadas "comunidades originarias" y para delimitar "las tierras que tradicionalmente ocupan" que este proceso se traducirá en información que podrá tanto facilitar como dificultar el dominio territorial de uno u otro actor político, sus posibilidades de organización, resistencia y/o lucha.

Las conquistas de derechos y los programas que se implementan, en consecuencia, constituyen respuestas del Estado a la movilización de los actores sociales y, a su vez, la legislación y las políticas públicas generan respuestas de parte de sus destinatarios, que en forma dialéctica dan lugar no sólo a transformaciones en la letra de las leyes sino también a modificaciones en el desarrollo y la implementación de las políticas de ellas derivadas.

En respuesta a las demandas y resistencias de los pueblos indígenas frente a las políticas y prácticas que hacia ellos dirigieron los Estados nacionales, fueron sancionadas -fundamentalmente a partir de la segunda mitad del siglo XX- numerosas leyes indigenistas. Su implementación se ha tornado sumamente compleja, fundamentalmente cuando se refiere a derechos territoriales cuya realización es necesaria e imprescindible para que estos pueblos puedan ejercer plenamente el derecho a la identidad. Dicha complejidad está dada por un lado, por las tensiones/contradicciones existentes entre el concepto de territorio y los criterios para

definirlo desde la legislación y las formas en que éste es pensado por los propios pueblos; y por otro lado, por los intereses políticos y económicos que la implementación misma de las leyes pone en juego y por las diferentes realidades a las cuales las normativas deberían dar respuesta.

En el contexto socio-político actual en San Martín de los Andes, en la comunidad mapuche Payla Menuko, observé que con la apropiación de estos discursos jurídicos, las prácticas de disputa política que llevan adelante por medio de su utilización, es decir, sus estrategias etnopolíticas, se han visto potencializadas. La comunidad de Payla Menuko ha acumulado experiencia en los distintos campos del Estado, poniendo en práctica estrategias en pos de demandas de reconocimiento fundamentadas en estos marcos legales.

4.3- EL RECORRIDO DEL HOSPITAL AL PNL O DE LA SALUD PÚBLICA AL TERRITORIO

El cambio de mi recorrido desde el Hospital al Área de Co-Manejo del Parque Nacional Lanín puede resultar ilustrativo del camino inesperado que tomó la investigación. Al inicio de la pesquisa concurría diariamente al hospital y desde allí partía para la comunidad con el agente sanitario RC, ya que quería observar las intervenciones definidas en el Programa de Salud Rural y ejecutadas por RC y cómo éstas eran asumidas, recibidas e interpretadas desde las concepciones de salud que poseían las familias de la comunidad Payla Menuko. Aproximadamente, luego de tres meses de trabajo en terreno y restándome la misma cantidad de meses para finalizarlo, mi ruta se modificó; comencé a concurrir cotidianamente al área de Co-Manejo del PNL y desde allí partía a la comunidad con integrantes de Payla Menuko. Este cambio se relacionó con lo que fui “hallando” en el campo. Como ya mencioné anteriormente, al principio, durante las visitas a las familias de la comunidad, mis interlocutores eran reacios a hablar de la salud mapuche pero cuando logré un grado de confianza con algunas personas de la comunidad, aparecieron relatos y testimonios que ubicaban la salud como una cuestión estrechamente vinculada con el territorio. Con el tiempo y las visitas cada vez más frecuentes al paraje, ya sin el agente sanitario, logré un acercamiento a la mayoría de las familias, del que resultó mi participación en el espacio institucional en el que se estaba disputando el territorio, principal demanda de la comunidad. El espacio institucional en el que existe un dialogo directo, sin mediadores, en donde ambas partes debaten sobre los intereses en común es el área de Co-Manejo del Parque Nacional Lanín, dialogo que igualmente se encuentra atravesado por relaciones de hegemonía/subalternidad. En el camino del

Hospital a Parques hallé que la salud desde la perspectiva de la comunidad Payla Menuko era disputada allí, en el espacio de Co-Manejo del PNL.

Como ya referí, el “Co-Manejo intercultural” es la política institucional que define la “nueva” relación entre la Administración de Parques Nacionales (APN) y los Pueblos Originarios de la Argentina. Surgió en el año 2000 entre el Parque Nacional Lanín y el Pueblo Originario Mapuche. El documento que relata la creación de esta política utiliza la expresión “nueva” debido a que anteriormente las relaciones entre el PNL y las comunidades fueron conflictivas y el PNL tuvo una actuación primordialmente represiva. Las relaciones entre el PNL y las comunidades son tensas, en parte producto de la historia ya mencionada, pero también a causa de las decisiones que sigue tomando el PNL unilateralmente con respecto al territorio mapuche como la construcción de rutas y circuitos turísticos, actividades deportivas, entre otros.

En una reunión con autoridades nacionales, provinciales (APN, PNL y Desarrollo Social) y municipales (concejales), una referente de Payla Menuko se refirió y criticó este tipo de prácticas por parte de instituciones estatales:

“Estamos cansados de que abusen de nuestra confianza, ninguno de nosotros trabaja de forma particular, tenemos un compromiso con el pueblo mapuche, creemos que ustedes como funcionarios tiene una responsabilidad, de seguir la gestión, nosotros necesitamos respuestas, queremos que hasta que no se reúna la mesa política se suspendan los temas que se relacionan con nuestro territorio, vamos a apostar a la mesa política pero tienen que entender que nosotros tenemos derecho a decidir sobre lo que pasa en nuestro territorio, está en el convenio²³⁰ de la OIT que ratificó el Estado Argentino, en la Constitución; ustedes decidieron que se hiciera la carrera de Columbia sin consultarnos, nos tienen que consultar, casi pasan por el rewe, nuestro espacio sagrado, lo iban a pisotear, tuvimos que ir allá para que no pasen, lo mismo pasó con la Huella Andina, no nos preguntaron nuestra opinión, qué es lo que pensábamos; deciden unilateralmente, por eso hasta que no nos juntemos en la mesa de gestión no vamos a tratar ningún asunto externo que afecte nuestro territorio, ninguna carrera ni proyecto gubernamental, nada, vamos a esperar a que funcione la mesa política de gestión para decidir” (VC).

²³⁰ El Convenio al que hace referencia VC es el N° 169 sobre los Pueblos Indígenas y Tribales, de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), de 1989; ratificado por Ley Nacional 24.071/91. El mismo dice en el: Artículo 5º, inciso 1: "Los derechos de los pueblos interesados a los recursos naturales existentes en sus tierras deberán protegerse especialmente. Estos derechos comprenden el derecho de esos pueblos a participar en la utilización, administración y conservación de dichos recursos".

A su vez, también dentro de la estructura de Parques se han elaborado normativas que fueron gradualmente incorporando las necesidades de las comunidades mapuche y que son utilizadas por las mismas para defender su territorio²³¹. Según una de las autoridades de Payla Menuko:

“Nuestros derechos fundamentales son el derecho al territorio, a la administración de nuestros espacios comunitarios, tenemos el derecho a la autonomía, es decir, a decidir y definir sobre nuestros territorios y la proyección de nuestro pueblo y el derecho al reconocimiento de la organización mapuche comunitaria y como pueblo. El marco jurídico que reconoce a los pueblos originarios está conformado por: el artículo 75 inciso 17 de la Constitución Nacional, el artículo 53 de la Constitución provincial, la ratificación del Convenio 169 de la OIT, la Declaración de la ONU²³² sobre los pueblos indígenas, los Decretos 700, 701 y 702 del 2010²³³ y la resolución 145²³⁴ de la APN’ (VC).

²³¹ La Resolución 006/88 APN: Artículo 1º: "Propiciar y apoyar todas aquellas acciones que tiendan a resguardar las pautas socioculturales propias de las Comunidades aborígenes existentes en jurisdicción de la APN en los P. N. Lanín y Laguna Blanca". Artículo 3º: Promover el desarrollo de actividades económicas no deteriorantes; La Resolución 204/00 APN: Declaración de principios preliminares para el Co-Manejo: Artículo 1º: "Aprobar la Declaración de Principios Preliminares surgida como resultado del Primer Taller sobre Territorio Indígena Protegido" y La Resolución 227/00: Creación del Comité de gestión del Co-Manejo entre la APN y la Confederación Mapuche Neuquina. Artículo 1º: "Apruébase la creación del Comité de Gestión, que estará integrado por representantes de esta Administración, de la Confederación Mapuche Neuquina y de las comunidades Mapuche vinculadas al Parque Nacional Lanín, para la identificación e instrumentación de las acciones acordadas en el primer Taller sobre Territorio Indígena protegido".

²³² La Declaración de la ONU a la que hace referencia VC es sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (13 de Septiembre de 2007). Artículo 3º: "Los Pueblos Indígenas tienen derecho a la libre determinación. En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural"; Artículo 10º: "Los pueblos indígenas no serán desplazados por la fuerza de sus tierras o territorios. No se procederá a ningún traslado sin el consentimiento libre, previo e informado de los pueblos indígenas interesados, ni sin un acuerdo previo sobre una indemnización justa y equitativa y, siempre que sea posible, la opción del regreso"; Artículo 28º: "Los Pueblos Indígenas tienen derecho a la reparación, por medios que pueden incluir la restitución, o cuando ello no sea posible, una indemnización justa, imparcial y equitativa, por las tierras, los territorios y los recursos que tradicionalmente hayan poseído u ocupado o utilizado de otra forma y que hayan sido confiscados, tomados, ocupados, utilizados ó dañados sin su consentimiento libre, previo e informado".

²³³ El decreto 700 crea la Comisión de análisis e instrumentación de la propiedad comunitaria indígena, estableciendo en el Decreto 701, que el INAI es el encargado de coordinar, articular y asistir en el seguimiento y estudio del cumplimiento de las directivas y acciones de la Ley 25.517. El decreto 702 incorpora a la estructura organizativa del INAI del Ministerio de Desarrollo Social, la Dirección de Afirmación de los Derechos Indígenas.

²³⁴ Artículo 1º: "Reconócese los conocimientos, innovaciones y prácticas de las comunidades Indígenas que ocupan áreas integrantes del sistema de la Ley N° 22.351 y entrañan estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y utilización sostenible de la diversidad biológica, garantizándose su respecto, preservación y mantenimiento, así como el respecto del desarrollo de las comunidades indígenas basada en su identidad, de conformidad con lo ordenada por el art 75, inc 17, de la Constitución Nacional, el Convenio N° 169 de la OIT, ratificado por Ley N° 24.071 y el artículo 8º, inciso j, del Convenio sobre la Diversidad Biológica ratificado por Ley N° 24.375"; Artículo 2º: "Garantízase, a través del Co-Manejo, la participación de las comunidades Indígenas en todo acto administrativo de la ADMINISTRACIÓN DE PARQUES NACIONALES referido a los recursos naturales existentes en las áreas que ocupan y a los demás intereses que las afecten, de conformidad con lo ordenado en la legislación citada precedentemente".

Todas estas resoluciones, disposiciones, decretos, ordenanzas y leyes nacionales y locales son resultado, en parte, de demandas efectuadas por los pueblos originarios. El pueblo mapuche los ha incorporado como recursos propios con los que sustentan sus estrategias etnopolíticas.

A su vez, las autoridades mapuche refieren que un logro significativo en el PNL fue la incorporación de la guardaparque mapuche GC, a partir de las negociaciones y acuerdos políticos estratégicos entre las autoridades mapuche y los representantes de Parques Nacionales. El hecho de que la guardaparque pertenezca a la comunidad Payla Menuko no es azaroso, tiene que ver con el proceso de conformación de la comunidad que ya he descrito, en el cual se potencializó la capacidad política y de organización de un núcleo de jóvenes, entre los cuales se encontraba GC. Ella me explicó el significado del territorio:

“Para nosotros es un todo -waj Mapu-, los recursos naturales, la superficie -xufken Mapu- y el subsuelo -minche Mapu- de la tierra, el aire -wenu Mapu-, la historia, las relaciones sociales, culturales, filosóficas y económicas. En el territorio no existen las partes separadas, sino que siempre están relaciones entre ellas, conforman el Todo o Waj mapu. Desde el marco jurídico, según el artículo 75°, inciso 17 de la Constitución de la Nación Argentina, se reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas, y el concepto asumido por la Ley Nacional N° 24.071, que ratifica el Convenio N° 169 de la OIT es importante porque en el artículo 13, inciso 2 del convenio dice que el uso del término ‘tierras’ en los artículos 15 y 16, deberán incluir el concepto de territorio, que quiere decir la totalidad del hábitat de las regiones que los pueblos ocupan o utilizan de alguna u otra manera”.

El concepto de territorio es expresado por los referentes de las comunidades en sus discursos y constituye uno de los principales *leit motiv* de sus prácticas de lucha. Pude escuchar en reuniones realizadas dentro y fuera del ámbito de Parques un lenguaje jurídico utilizado para demandar el reconocimiento y cumplimiento de derechos. Durante otra reunión para reactivar la mesa política con autoridades de la APN²³⁵, PNL e INAI, en la cual el clima era de mucha tensión debido a que la resolución que trajeron las autoridades de Parques sobre la conformación de la mesa política de gestión no era la que habían trabajado en conjunto durante un año, las autoridades mapuche expresaron su repudio con un discurso cargado de contenido legal/normativo vigente. Entre ellos, se destacaron las palabras de VC y FC (werken)

²³⁵ En esta reunión estuvo ausente la presidenta de la APN que se había comprometido en asistir pero que por un problema personal no pudo estar presente.

pertenecientes a Payla Menuko, DS (lonko de Aluminé) y AE (lonko de la comunidad Curruhuinca):

“Nosotros propusimos que se cree el departamento de Co-Manejo, para que disponga de presupuesto, que permita que todos puedan viajar para reunimos en la mesa política de gestión, en la resolución en la que trabajamos durante un año pusimos todo el fundamento legal, las resoluciones y leyes que reconocen nuestros derechos, la Constitución Nacional y Provincial, el Convenio 169 de la OIT, la Declaración de la ONU de pueblos indígenas, las resoluciones que dictó el propio Parques, y en estas dos hojas que ustedes traen no figura nada de eso, para qué trabajamos durante un año, me siento mal porque nos parece que no nos respetan nada, no respetan a nuestras autoridades, no entienden que nuestro pueblo tiene autoridades que se respetan y ustedes les hablan desconociendo que hablan con alguien que representa mucha gente, esto es una cargada, ¿dos hojas?, la resolución que hicimos tenía 10 páginas, ¿qué se pensaron?, ¿que no entendemos nada?, creyeron que esto iba a pasar así nomás? (...)” (VC).

“Somos preexistentes a todas las instituciones, no estamos adentro de parques, Parques está dentro de nuestro territorio, tienen que entenderlo, proponemos co-manejar con ustedes, pero las cosas son así, en Pulmarí nosotros ya casi estamos en condiciones de administrar nuestro territorio sin necesidad de Parques. Nosotros exigimos presupuesto para el departamento, porque sino no estamos en igualdad, que digan cuántos vehículos tiene Parques y cuántos las comunidades; no podemos reunimos si no hay transporte garantizado, necesitamos las condiciones mínimas; a nosotros nadie nos paga, tenemos una responsabilidad con el pueblo mapuche, lo hacemos por eso, después trabajamos como todos, nos cuesta mucho venir, viajar acá 5 horas de ida y 5 de vuelta, tenemos familia, no cumplimos un horario, por eso, si no tenemos igualdad de condiciones con Parques no se puede” (DS).

“Acá la cosa es sencilla, tenemos que discutir cómo va a funcionar la mesa política, si va a tener presupuesto y si va a ser vinculante, porque si no para qué nos vamos a reunir si después lo que decidamos no va a servir de nada, la resolución tiene que reconocer la presencia mapuche, tiene que decir que el departamento de Co-Manejo debe estar orientado por la mesa política, ustedes tienen que ver cómo hacen, de dónde consiguen que se destine presupuesto, pero sabemos que pueden hacerlo, hay muchas formas, sólo hace falta voluntad política, nos estamos cansando de este juego, nosotros no tenemos problema en tomar medidas de fuerza, tenemos derecho a

decidir sobre nuestro territorio que está reconocido por la Constitución, si no podemos resolver los conflictos urgentes con el directorio de Parques, vamos a ir directo al conflicto (...)” (FC).

“Los discursos no alcanzan, estamos cansados que nos bicicleteen, tenemos que definir plazos, el departamento de Co-Manejo dentro de Parques no es un departamento administrativo, es un actor político, tenemos que ser coherentes con los acuerdos que tomamos, sino se van a informar por los medios, esto está dentro del marco de derechos de los pueblos originarios que están reconocidos por el Estado nacional y en base a ese reconocimiento nuestro nos tenemos que mover, hoy no pudo venir la presidenta pero esto es una falta de respeto, parece que se nos ríen en la cara, sacaron el fundamento legal elemental de la resolución, nuestros derechos como pueblo mapuche, les pedimos un cuarto intermedio para discutir entre nosotros nuestra respuesta (...)” (AE).

Luego del receso en el que los representantes de las comunidades consensuaron no aceptar la resolución propuesta institucional, los referentes mapuche les comunicaron la decisión a las autoridades de la APN.



Figura XXII. Toma de la intendencia del PNL por las comunidades mapuche. 25/01/2013.
(Foto extraída de: Lacardigital.com.ar)

A continuación se transcribe la postura tomada:

“Primero quiero decirles, ya que el actual intendente no estuvo en el proceso, que esta resolución no tiene nada que ver con la que pensamos, debatimos, escribimos y consensuamos durante un año con los representantes de Parques. Nos parece ofensivo que vengan con esta propuesta, presentándola como si fuera la original y encima diciéndonos que esto era lo que nosotros queríamos y que no entienden por qué no la aceptamos, es un insulto, no la podemos aceptar porque no es lo que nosotros y ustedes plantearon, son dos hojas que no dicen nada, no dice que es una mesa política y ustedes dicen que es porque los abogados que la revisaron dijeron que no se podía poner esa palabra, ¿pero nos van a decir que tampoco se podía poner la Constitución, la Declaración de la ONU?(...) o esto no lo leyó ningún abogado o tienen que echar a los que lo hicieron (...); nosotros no somos lo que no queremos acordar, los que somos problemáticos, esto no tiene nada que ver con la resolución en la que trabajamos un año, con esto están diciéndonos que trabajamos un año para nada (...)” (VC).

Ese convenio/documento expresaba subrepticamente que el territorio mapuche seguía siendo patrimonio nacional administrado y controlado por el PNL. Ante la desaprobación expresada por la *lagmien* VC, quien denunció la omisión de dicho proceso y expresó el desacuerdo de las comunidades con dicha propuesta, el presidente del PNL la “atacó” verbalmente, levantando la voz, refiriendo que ella estaba equivocada.

La reacción del resto de los mapuche no se hizo esperar y el werken de la CMN tomó la palabra:

“Acá nos están faltando el respeto, no se puede seguir así, no le puede hablar así a la lagmien (VC), ¿quién se creen que son?, es una cargada, nosotros tenemos que hablar con los que tienen poder de decisión, que vengan acá, ya mismo vamos a avisar a los territorios, estamos en estado de alerta, no podemos aceptar que nos traten así, somos autoridades, no están entendiendo, díganle a PG (presidente de APN) que va a tener que viajar acá si quiere arreglar esto, vámonos a la mierda, Kefanfan, mari che weu²³⁶ (...)” (FC).

²³⁶ Grito de victoria mapuche, se hace agitando las palmas de la mano en la boca.

La reunión terminó con los representantes mapuche levantándose al grito de *kefanan*. La siguiente reunión se produjo luego de varios días de toma de la intendencia del PNL por parte de las comunidades mapuche (Figura XXII). Finalmente lograron que asistiera la presidente de la APN y la negociación duró todo el día. Los representantes mapuche estaban acompañados por las familias de las comunidades que permanecieron en la puerta de la intendencia hasta que finalizó la reunión. La participación mapuche en el área de Co-Manejo constituye una de las estrategias políticas mapuche:

“Nuestra participación en el proceso del Co-Manejo es una estrategia política mapuche, porque es un medio para lograr avances en el reconocimiento territorial y como pueblo, porque nos sirve para frenar las expulsiones y órdenes de desalojos y porque nos permite reafirmar el rol de las autoridades comunitarias mapuche. Al estar unidos, tenemos más fuerza y eso nos permite disputar en este espacio en mejor posición (...), ahora se viene el relevamiento, tenemos que estar juntos” (VC).

Si bien la ley 26.160 sobre el relevamiento territorial de comunidades indígenas es del año 2007, en Neuquén no se ha podido ejecutar. Las opiniones sobre el relevamiento estatal son diversas, los referentes de Payla Menuko consideran que es una lucha que se perdió en su momento y que ahora no se puede impedir su realización:

“Nosotros no estuvimos de acuerdo con hacer el relevamiento porque el Estado tiene una idea distinta, quiere marcarnos límites que para nosotros no existen, nuestro territorio es uno, además cuando lo marquen después no se puede hacer nada con lo que queda por fuera del límite que pongan. Es mentira que es por nosotros, lo que quieren es mensurar para poder vender y dejarnos a nosotros con un pedacito, conformes con un pedacito de tierra; además saben que la gente tiene necesidades y cuando los dejen como propietarios les van a poder comprar la tierra por nada; es muy perverso todo, están en juego intereses económicos de la provincia, de los privados, sobre todo las petroleras, quieren que nos quedemos con un pedacito de tierra y después van a conseguir el resto aprovechándose de las necesidades de la gente; por eso nosotros queremos fortalecer nuestra organización, que no nos dividan, porque ellos saben que cuando hay pobreza pueden coimear y cagarnos. La ley dice que tiene que haber participación de las comunidades en la comisión que va a hacer el relevamiento, además de la gente de provincia y de nación, pero ni eso se cumple, además hay mucha plata que se están disputando la provincia y nación; nosotros

estamos organizados y vamos a ver cómo empiezan a hacerlo y ahí vamos a decidir qué tipo de colaboración vamos a aportar” (FC).

“Hay mucha rosca con el tema del relevamiento, está la gente de JN en Neuquén que está con Pino, son antigobierno, se mandan solos, les llenan la cabeza desde Buenos Aires; está el MPN que quiere sacar provecho económico porque se destinó mucho presupuesto para hacer el relevamiento y se pelean por la plata con Nación; y además están los del INAI, con gente de la Cámpora. Nosotros podemos simpatizar o tener más afinidad con el kichnerismo pero los discursos no alcanzan, si no hacen lo que dicen y se comprometieron, nosotros tenemos nuestros acuerdos y métodos, el relevamiento se va a hacer, ya no se puede evitar pero nosotros vamos a luchar para que no nos caguen, para que se nos reconozca nuestro territorio” (VC).

El relevamiento territorial está enmarcado en las políticas de reconocimiento o interculturales. Según Briones (2002), en términos de políticas estatales hacia los pueblos indígenas, la vocación homogeneizadora y la convicción de una pronta desaparición física o cultural de componentes nativos redundará en medidas zigzagueantes que, contradictoria y simultáneamente, irán estimulando tanto la invisibilización como la marcación de ciertos ciudadanos como “indígenas”. A su vez, las políticas públicas de reconocimiento son analizadas y criticadas por los referentes mapuche debido a su carácter instrumental y paliativo, como se evidencia en los testimonios citados anteriormente.

Las autoridades mapuche de Payla Menuko presentan como preocupación y objetivo prioritario el reconocimiento del territorio. Para alcanzar dicho propósito elaboran estrategias mencionadas anteriormente y, entre ellas, retoman el discurso sobre interculturalidad del Estado provincial y lo resignifican, proponiéndolo como un objetivo que depende del reconocimiento del territorio. En vez de plantearlo como solución lo plantean como una meta, un horizonte que será alcanzado a través del reconocimiento efectivo del territorio por medio de la entrega de títulos de propiedad comunitaria.

En los relatos de referentes mapuche de Payla Menuko, recurrentemente aparece la mención de la interculturalidad como algo pendiente, como algo que se obtendrá sólo cuando haya un reconocimiento pleno de sus derechos como pueblo originario. Refieren que ha sido utilizado por muchas instituciones estatales, por sus funcionarios y por políticos como un discurso políticamente correcto que en lo concreto no modifica las condiciones estructurales de desigualdad en las que se encuentran,

por lo que la interculturalidad seguirá significando, en palabras de una autoridad de Payla Menuko:

“Sometimiento en tanto no exista un reconocimiento pleno y concreto de nuestros derechos como pueblos originarios” (FC).

En la búsqueda de este reconocimiento han ido construyendo y resignificando una identidad que es dinámica en tanto se constituye a partir de las relaciones con “otros”. En el campo de la Salud Pública, las comunidades mapuche han sido objeto de intervenciones sanitarias que tuvieron como objetivo la homogenización de la población dentro de los límites del Estado-Nación Argentino y la adquisición de patrones culturales de la “sociedad civilizada”. Sin embargo, a lo largo del tiempo, en relación a las normas sanitarias, las han resignificado, han adoptado aquellas que les eran útiles y rechazado las que les resultaban ofensivas o injustificadas. En este sentido, las familias de la comunidad Payla Menuko se relacionaron estratégicamente con los efectores de salud, para vehicular/ manifestar/ atender algunas de sus necesidades en materia de salud.

A su vez, interpelan los discursos de interculturalidad que manifiesta el Estado en tanto son formulados sin ningún cambio estructural, solamente sustentados a través de la buena voluntad y alguna política focalizada, con lo cual se conseguiría atenuar o resolver los conflictos étnicos pretéritos y actuales. Mediante la acumulación de la experiencia política en los últimos 30 años, las comunidades mapuche han capitalizado el aprendizaje en formas innovadoras de organización, más flexibles, para disputar espacios sociales y territoriales, incluso a través de la resignificación de términos impuestos desde el Estado, como el de interculturalidad. En sus trayectorias han podido revalorizar sus experiencias de lucha y acrecentar su agencia como se refleja en la expresión del Werken de la CMN, miembro de Payla Menuko durante una reunión con autoridades de otras comunidades:

“Tiene que haber un sinceramiento político por parte de las autoridades de Parques, qué entienden ellos que son las políticas interculturales, para poder luchar, pelear por lograr de una vez discutir con el municipio el armado y cumplimiento de políticas públicas interculturales concretas, qué cosas hacer, que escuchen las necesidades de las comunidades, basta de tanta huevada, sino esto de la interculturalidad es pura huevada, ya estamos cansados que usen esa palabra para todo y no hagan nada, la usan para seguir dominándonos, pero nosotros vamos a seguir peleando por nuestros derechos” (FC, autoridad de Payla Menuko).

“La interculturalidad es muy linda en el discurso pero para nosotros no va a ser realidad hasta que se reconozca el territorio y nuestros derechos, mientras tanto es sólo una palabra que usan muchos políticos para quedar bien, para nosotros es una mentira, hace falta más voluntad política del gobierno; cuando les conviene nos reconocen y hablan de los mapuche y cuando no, dicen que somos terroristas, revoltosos, que queremos independizarnos del estado, huevadas; para nosotros la interculturalidad se va a concretar cuando podamos disponer del territorio libremente, sin pedirle permiso a Parques ni al Estado, ahí va a volver a establecerse el orden mapuche, las fuerzas, ahí vamos a estar bien, sin que nos contaminen el agua, nos corten los árboles para hacer una pista de avión o lo que se les canta a ellos, por eso luchamos, por nuestro territorio, nuestro pueblo, nuestras vidas (...).” (CG, autoridad de Payla Menuko).

A través de estos relatos es posible señalar que las autoridades de Payla Menuko tienen una mirada crítica con respecto a todo lo que se define como “intercultural” desde el Estado. Si bien en Payla Menuko ha existido una “interculturalidad forzada” (Cabellos y Quitral, 2006) desde el primer momento, a partir de la radicación obligada de su población en el paraje, la obligatoriedad de tener que acudir a la escuela, hablar en español, hasta el tener que interactuar cotidianamente bajo la lógica de un sistema sociocultural y económico exógeno y sus instituciones. No se pensó ni se llevó a cabo una relación intercultural desde el dialogo respetuoso, ya que la sociedad dominante siempre ha actuado desde una perspectiva etnocéntrica, en que la cultura del otro es vista como inferior. Esto se expresó en el intento de llevar a cabo el proyecto civilizatorio, desarrollista, proyecto al que aún no se renuncia. Las actuales políticas sociales e indigenistas son una nueva manera de inducir la racionalidad occidental, que aun cuando ha tenido un mayor grado de apertura a experiencias interculturales en salud y en educación intercultural bilingüe, éstas son consideradas desde la perspectiva de los actores mapuche como una nueva manera de control, ya que es occidental el que define y controla qué espacios o fragmentos el sistema social entrega para que se den estas experiencias de interculturalidad, sería según Cabellos y Quitral (2006), una “interculturalidad controlada”. A su vez, “la interculturalidad controlada” es inventada, delimitada, en tanto que no es el sistema occidental en su totalidad ni en todo el territorio donde se lleva a cabo ésta, por ende es una “interculturalidad selectiva”. Los autores, que estudiaron la problemática intercultural en Chile, refieren que el “winka” opera desvinculado de una identidad, territorio o historia propia. Por esta razón la interculturalidad planteada desde el Estado

se define de forma irreflexiva (“interculturalidad irreflexiva”). La comprensión que la oficialidad tiene desde “arriba” es que en esta relación se debería dar una suerte de intercambio cultural, en el que, como proceso dialógico que es, los sujetos miembros de las culturas que interactúan asimilan algunos aspectos, códigos, costumbres, ritos, representaciones y maneras de ver el mundo del otro. Esta perspectiva de interculturalidad desde “arriba” desconoce e invisibiliza la racionalidad sobre la que se construye, una racionalidad que de por sí busca controlar los espacios en que ésta se da, estableciéndose así en una “interculturalidad crítica” para los actores mapuche. A partir de padecer una interculturalidad “forzada”, “controlada”, “selectiva” e “irreflexiva”, advierten su carácter paradójico, ya que socava justamente los principales sustentos de la simetría y la igualdad enunciados por las instituciones estatales.

Los referentes y autoridades mapuche plantean que la interculturalidad es un objetivo, un horizonte que se alcanzará cuando exista un pleno reconocimiento de sus derechos como pueblo originario, mientras tanto sólo será un discurso vacío. Los integrantes de Payla Menuko continúan sus demandas incorporando, criticando y resignificando conceptos y términos definidos desde afuera de las comunidades.

Es importante señalar que las demandas mapuche y de otros pueblos originarios adquieren visibilidad en un contexto internacional que favorece el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas. Esta apertura en cuanto a la visibilización y reconocimiento de pueblos originarios fue en paralelo a un proceso de juridización del derecho indígena a la diferencia cultural, que empieza a ser incorporado como parte de los derechos humanos (Briones, 2005). Si bien las expectativas de reconocimiento que acompañaron las luchas de los pueblos originarios se relacionan más con la ampliación e inclusión democrática, este reconocimiento, según Claudia Briones (2005), fue de la mano de lo que se denomina “avance del neoliberalismo” que se transnacionalizó (*ibid.*), en un contexto de globalización de políticas públicas. El auge de políticas de reconocimiento de la diversidad cultural o también denominadas políticas interculturales atravesó fronteras y éstas se implementaron en diversos ámbitos, entre los cuales se destacaron educación y salud. Estas políticas recibieron aportes desde diversas áreas.

Las investigaciones socio-antropológicas sobre salud intercultural han establecido una serie de recomendaciones que en el caso de Payla Menuko no podrían ser aplicadas. En primer lugar, la propuesta desarrollada por algunos autores sobre la necesidad de contar con traductores y facilitadores interculturales en los servicios de salud (Campos, 2004, Albó, 2004, Michaux, 2004, entre otros) debido al no manejo del lenguaje nativo por parte de los profesionales, en el caso de la comunidad mapuche de Payla Menuko no es necesario porque de hecho casi nadie en

la comunidad habla *mapuzungun*. Como he referido antes, fue una de las estrategias de supervivencia de la comunidad que respondió a la dominación y discriminación de los “*wincas*” en esta zona cercana a la ciudad de San Martín de los Andes. Otro aspecto importante que ha sido planteado en los trabajos socio-antropológicos está relacionado con el respeto del “parto andino” (Platt, 2006, Uriburu, 2006, Dibbits y Boer, 2002, entre otros), situación que en la provincia casi no existe debido a la intervención de Salud Pública desde los años 60 en adelante. Desde esos años se han prohibido los partos domiciliarios y en su mayoría desde ese momento son atendidos en el hospital. En San Martín de los Andes, a partir del año 1973, cuando se inauguró el hospital y la tarea de los médicos rurales y de los agentes sanitarios estuvo abocada a conseguir la realización de los partos en el hospital, se alcanzó este objetivo que es mencionado como uno de los “logros” del Plan de Salud. Si bien las mujeres mayores de la comunidad relatan las experiencias de sus partos en sus casas, es necesario aclarar que no comparten características con los descritos como “andinos” en los trabajos socio-antropológicos. Pero más allá de esta diferencia, lo más importante es que es una práctica que por distintos motivos (entre ellos la coerción institucional) ha sido abandonada, y no constituye al día de hoy una demanda de esta comunidad. Sin embargo, en diversas charlas con mujeres cuando mencionaba el tema, relataban situaciones en las que les resultó difícil conseguir que el hospital les diera la placenta de sus hijos para poder enterrarlas en la comunidad. Lo lograron pero tuvieron que enfrentar numerosos trámites burocráticos. Algunas mujeres jóvenes refirieron que sus abuelas parían en sus casas y casi sin dolor. Por lo cual, si bien hoy no constituye una demanda colectiva, esto no quiere decir que eventualmente se constituya como demanda. Por otro lado, también es importante explicitar que los agentes sanitarios también fueron objeto de coerción institucional ya que si en sus áreas de trabajo se conocía algún caso de parto domiciliario, se le descontaba del sueldo un porcentaje y constituía un deshonor como agente de Salud Pública.

Otro punto estudiado en salud intercultural son las situaciones de aislamiento de las comunidades indígenas, en las que la crítica accesibilidad a la atención de salud producida por la marginalidad geográfica de las poblaciones indígenas intentara ser saldada con la incorporación de médicos tradicionales (Baixeras, 2006, Callahan, 2006, entre otros). En este caso hay dos cuestiones a señalar: Payla Menuko no es una comunidad aislada geográficamente, se encuentra a 7 km de la ciudad y del hospital de San Martín de los Andes e incluso algunos de los pobladores tienen vehículos y además circula un colectivo cuatro veces por día que va a la ciudad y vuelve al paraje; pero lo más importante es que en Argentina, en Neuquén, en Payla Menuko, como ya he mencionado en el capítulo anterior de esta tesis, no hay médicos

tradicionales mapuche (*machis*). Los agentes que se dedican a la medicina mapuche son la/el machi, *gütamchefe* (componedores de huesos), *bawehtuchefe* (yerbateros), *püñenelchefe* (Matronas), entre otros. Salvo los/as machis, las otras jerarquías médicas aún permanecen en el territorio pero en número reducido y en general su atención no está disponible para miembros de otras comunidades. La figura y el rol de machi merecen una particular atención, ya que su función al interior de la cultura es de relevancia central -no por casualidad la campaña genocida de Roca se propuso como primer objetivo de ataque hacerlas desaparecer-, porque ellas/os mantenían la cohesión comunitaria y la fortaleza espiritual (Azpiroz Cleñan, 2007). La diversidad de fuerzas naturales existentes en la tierra constituyen las leyes sobre las cuales se sostiene la vida. La persona encargada de mantener el vínculo con este orden natural es el o la machi. Otra condición que debe cumplir un/a machi es la de hablar perfectamente el *mapuzungun* (el habla de la tierra) que es la lengua con la cual se establece el vínculo con la diversidad de vidas en el universo. En el territorio histórico mapuche del este de la cordillera, hoy llamado Argentina, no existen *machis* (*ibid.*). Del otro lado de la cordillera, en *gulumapu*, hoy Chile, se han iniciado procesos desde hace al menos 10 años donde coexisten los dos tipos de medicina, como son el hospital intercultural de Nueva Imperial, el hospital Makewe y el centro de salud mapuche en Puerto Saavedra (Figura XXIII). Como ya referí anteriormente, en Payla Menuko acude un machi que viene desde Chile y que también atiende en el Hospital Intercultural de Nueva Imperial y en su consultorio dentro de su casa en la localidad de Carahue. A su vez, cuando la urgencia lo requiere como ya he referido en el capítulo 3, también existe la posibilidad de ir a Chile a atenderse con otros machis. Varios miembros de la comunidad y de otras comunidades han atravesado la cordillera para realizar diversas consultas y tratamientos con especialistas de medicina mapuche.

Durante el trabajo de campo viajé con la maestra de mapuche de Payla Menuko y visitamos el consultorio-casa de la *machi* RB (Figura XXIV), en Carahue, quien también atiende en el centro de salud mapuche de Puerto Saavedra. La machi nos contó que desde hace varios años la convocaron para trabajar en Puerto Saavedra y allí atiende una vez por semana. Las experiencias de institucionalización de la medicina mapuche han sido objeto de investigación. Una de las críticas que realizan autores como Boccara (2007), Cuyul (2008) y Cetti (2008) está relacionada con las condiciones y objetivos de corte neoliberal que establecen los organismos internacionales para financiar los proyectos de salud intercultural, en el marco de las políticas de reconocimiento.



Figura XXIII, Centro de salud mapuche de Puerto Saavedra, Región IX, Chile.



Figura XXIV. Maestra mapuche de Payla Menuko y Machi RB. Carahue, Chile.

Este proceso neoliberal global caracterizado por dichas políticas de reconocimiento que comienza en los años 70 y se termina de consolidar entre los años 1990 y 2000 ha constituido el marco contextual en el que se desarrolló la conformación de la Comunidad Payla Menuko.

4.4- NEOLIBERALISMO, SALUD PÚBLICA E INTERCULTURALIDAD

El intercambio y diálogo entre diversos saberes como eje de las intervenciones socio-sanitarias constituyeron el marco conceptual e ideológico de las políticas de Salud Intercultural y Promoción de la Salud elaboradas por organismos internacionales y nacionales como la OMS y OPS y el Ministerio de Salud de la Nación desde los años 90, en pleno desarrollo del neoliberalismo. El abordaje de los problemas de salud de las comunidades indígenas planteado por estas agencias internacionales se centró en una mirada universalista y por ende etnocéntrica que presentaba una misma fórmula de resolución aplicable a todo contexto. Las políticas de Salud Intercultural y de Promoción de la Salud enmarcadas en la lógica neoliberal, plantearon programas focalizados como las iniciativas impulsadas en 1999 con la creación del Proyecto Regional “Mejoramiento de las Condiciones Ambientales (Agua y Saneamiento) en las Comunidades Indígenas”. A su vez, el Ministerio de Salud de la Nación en concordancia con la “Iniciativa para la Salud de los Pueblos Indígenas” (OPS, 2004) desarrolla los programas “ANAHI” (Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para poblaciones indígenas) en 2000 y el subprograma “Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios” (dentro del Programa Nacional Médicos Comunitarios) en 2005, que se enmarcan dentro del Plan Federal de Salud, política rectora del sector (Lorenzetti 2007). En la actualidad estas políticas, traducidas en programas de salud orientados a poblaciones indígenas y generadas en el contexto nacional e internacional, comprenden objetivos similares de asistencia, prevención de enfermedades y promoción de la salud enmarcados en la esfera del derecho a la salud de pueblos originarios; y su implementación es realizada principalmente por agentes sanitarios en las provincias que presentan los peores indicadores económicos y socio sanitarios que, no azarosamente, como lo demuestra el contexto sociohistórico, están asociados a pueblos originarios (Salta, Chaco, Formosa, entre otras). En Neuquén, no se implementaron políticas de salud intercultural y tampoco fueron demandadas por parte de las comunidades mapuche²³⁷. La dimensión intercultural, entendida como el

²³⁷ La excepción es Aluminé que tiene un proyecto de Centro de Salud Intercultural en la comunidad de Ruka Choroi, avalado por el gobernador Sapag. Los planos del edificio se realizaron de acuerdo a criterios mapuche, con asesoramiento del machi VC y ya se encuentran terminados, no así la construcción su construcción que es muy incipiente.

respeto de otras concepciones de salud y la articulación con ellas para la planificación de las intervenciones, está ausente en los programas provinciales de promoción de la salud que implementan los agentes (Programa de Salud Rural y Periurbana, Programa de Salud Sexual y reproductiva, Programa de Hidatidosis, Programa de Tuberculosis, Programa Materno-Infantil, entre otros).

En la comunidad mapuche Payla Menuko, el agente sanitario, en tanto representante de la Salud Pública, desarrolla una función que interpreto como misionera y moralizante de promoción de patrones de vida y de salud occidentales. La diversidad, en general, ha sido pensada desde la lógica sanitaria como obstáculo para el desarrollo regional en este caso, por ello se aplicaron los dispositivos de educación para la salud, para que aprendieran los patrones de conducta sanitaria. Cabe aclarar que durante el trabajo de campo pude apreciar que desde muchos sectores -no sólo el Hospital o Salud Pública- persisten estas ideas acerca de que los mapuche son “conflictivos”, “atrasados”, “no quieren progresar”, “no saben qué hacer con la plata”.

Un médico que trabajó varios años en la comunidad de Aucapán, en el departamento de Huiliches (Junín de los Andes), me dijo:

“Allá hablan mapuzungun y han conservado las tradiciones, la cultura, acá están más aculturados, vienen a la ciudad, van a la escuela al centro (...) lo que pasa ahora es que tienen las tierras pero no saben qué hacer con todo lo que tienen, no saben cómo hacerla producir” (MP).

Por otro lado, un maestro de la escuela que se encuentra en Payla Menuko me dijo:

“Estoy cansado, siempre tienen algún problema, siempre viene alguno a quejarse por algo, encima que les dan de todo, casas, chapas, subsidios” (MM).

En Parques, luego de una reunión ya descrita, entre las autoridades de la institución y las autoridades mapuche, en la cual los referentes de las comunidades se levantaron de la mesa como medida de fuerza ante la no respuesta de sus demandas, el abogado del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), que se supone que debe defender a las comunidades, le dijo a las autoridades de Parques:

“los mapuche son conflictivos, ya los conocemos, estamos acostumbrados, lo único que quieren es plata”.

También, en un bar del centro de la ciudad escuché conversaciones sobre los mapuche:

“¿para qué quieren que les den tierra si no saben qué hacer con la que tienen?, está todo desperdiciado”, otro hombre agregó: “son unos vivos, se dicen mapuche para conseguir cosas (...), encima los mapuche no son de acá, son de Chile”.

Estos comentarios los escuché de unos hombres que estaban leyendo una noticia en el diario local sobre el relevamiento territorial en las comunidades indígenas de la provincia que se iba a realizar en los próximos meses. Estos discursos circulan y son reproducidos por parte de la población urbana. A su vez, a ello deben sumarse las versiones locales sobre la historia mapuche escritas por Koessler²³⁸ (considerado uno de los “pioneros”) que también tuvieron una gran influencia en la reproducción de este tipo de mirada mítica y estereotipada a partir de la cual se esencializa “la raza mapuche”. Ello marca la distancia con los mapuche contemporáneos que representarían una deformación de aquella imagen del mapuche “ideal y auténtico”.

Además, las personas de la comunidad Payla Menuko conviven con estas representaciones sociales racistas y discriminadoras de ciertos sectores de la sociedad sanmartiniana, que incluso se expresan abiertamente en programas de radio y diarios locales, así como en los comentarios registrados en las versiones on line de los diarios de San Martín de los Andes. En ellos pueden leerse desde amenazas, hasta todo tipo de opiniones xenófobas sobre los mapuche. En relación a estas representaciones una integrante de la comunidad Payla Menuko expresó:

“yo tengo parientes que trabajan en el cerro, no dicen que son mapuche, se quejan de nosotros, ellos piensan como winkas, se creen que son winkas, dicen que nosotros estamos contra el progreso, que tenemos mucha tierra sin hacer nada, creen que porque tienen un trabajo, un sueldo eso basta, es suficiente, yo les dije que cuando los echen no van a saber qué hacer, porque las empresas son así, los van a dejar sin nada y ellos le son fieles a los tipos que contaminan el bosque y que los van a dejar sin trabajo cuando se les cante. Ahora quieren hacer una pista de aterrizaje de aviones para que la gente que va a esquiar llegue directo y no vaya a pueblo, nosotros no estamos de acuerdo, quieren talar un montón de árboles, por eso dicen que estamos en contra de progreso” (TB).

²³⁸ El Dr. Rodolfo Koessler llegó de Alemania y comenzó a trabajar en el hospital alemán en Buenos Aires, pero en 1920 se radicó en San Martín de los Andes. Fue el primer médico del pueblo. Su mujer fue Bertha Ilg de Koessler, una escritora y recopiladora de leyendas mapuche (Extraído de: <http://www.desdeelsurdigital.com.ar/>)

En este sentido, la relación que mantienen con la naturaleza, con las plantas, no significa para los habitantes de la comunidad vivir en el pasado en contra del cambio, según refieren:

“no es que estemos en contra del progreso, pero no entienden que nosotros somos felices con las plantas, los árboles, no queremos que le hagan daño al bosque, eso nos hace mal, no se puede destruir todo por plata, después no nos queda nada, la naturaleza, las plantas nos permiten convivir con ellas, todos somos parte del territorio y cada parte tiene una función, el agua, los árboles, los pájaros, es un equilibrio que no hay que alterar, hay que cuidarlo” (VC).

Estas diversas representaciones coexisten y atraviesan las relaciones interculturales y expresan las diferencias de clase y de etnia. La actual estructura de producción capitalista globalizada constituye un patrón con el cual se clasifica a los pueblos en: desarrollados, en vías de desarrollo y no desarrollados. En este contexto, la presencia de pueblos originarios es pensada como sinónimo de atraso, pobreza y obstáculo para dicho desarrollo. La población de Payla Menuko está inserta en la economía capitalista; lo que no se tolera desde las esferas de poder estatal y privado es que los mapuche pretendan ser dueños de un amplio territorio, que podría ser puesto al servicio del capital a través del mercado inmobiliario, debido al elevado valor que en los últimos años han adquirido las tierras en las que se encuentra la comunidad. El hecho de que aquellos que permanecieron en una posición subordinada, asociada a condiciones de pobreza y marginación, exijan y puedan disputar el reconocimiento de su territorio, que ha sido valorizado en los últimos años, ha suscitado actitudes reaccionarias por parte de sectores de la sociedad, pero sobre todo resistencia de los diversos niveles estatales.

Los referentes de Payla Menuko han expresado que la interculturalidad actualmente es un discurso políticamente correcto, que ha sido utilizado por los organismos gubernamentales y sus funcionarios para obtener rédito político. Los referentes de Payla Menuko desconfían de todo lo que se define como “intercultural”. Esta perspectiva está sustentada en sus experiencias colectivas de lucha en las cuales también utilizan este término pero planteándolo como una meta, como un fin, tal como ya he referido. Las relaciones interculturales entre el Estado (sea a través de Parques o Salud Pública) y el pueblo mapuche han sido conflictivas y desiguales históricamente. Las políticas interculturales han mediado relativamente estas relaciones, a veces incluso las han minimizado. Sin embargo, la interculturalidad situada en este contexto local constituido por varias comunidades mapuche, entre

ellas Payla Menuko, adquiere un sentido político específico en tanto encubre las injusticias y desigualdades históricas y actuales que se encuentran georreferenciadas. La identificación y denuncia de esta situación por parte de referentes de Payla Menuko es el resultado de un proceso de “capacitación en la experiencia colectiva de lucha”. Dicha capacitación a su vez, ha vehiculado acciones colectivas mediante la elaboración de diversas estrategias etnopolíticas, algunas de las cuales han sido descritas y analizadas en este capítulo.

4.5- EL TERRITORIO MAPUCHE COMO DETERMINANTE DE LA SALUD

En Salud Pública²³⁹ desde la década del 70, incluso antes, se debate sobre los determinantes sociales de la salud, entendiéndose que para que las personas sean saludables es necesario garantizar diversos derechos como educación, vivienda, alimentación, vestimenta, paz, trabajo, salud, entre otros referidos por la OMS/OPS desde la conferencia de Alma Ata (1978) en adelante.

En las charlas y entrevistas con autoridades y algunas familias de la comunidad Payla Menuko aparecía recurrentemente el reclamo del derecho al territorio unido a la salud. Si se tiene en cuenta la percepción y demandas del pueblo originario mapuche acerca del territorio, es posible comprender cómo se interrelacionan y condicionan el derecho a la salud y el derecho al territorio. La afirmación de uno de los referentes políticos de Payla Menuko:

“Sin territorio no hay salud, no somos nada” (FC).

Me llevó a identificar que aparecía (implícitamente) un argumento que ligaba inseparablemente el concepto de salud a la garantía y reconocimiento del derecho territorial.

Siguiendo a Díaz (2002), parecía ser que “la problemática de fondo es (...) la relación asimétrica entre el pueblo mapuche y los distintos niveles de la sociedad global. Esta asimetría se evidencia, fundamentalmente, en el despojo territorial, la precariedad jurídica de sus derechos de ocupación y usufructo de las tierras concedidas, así como en la presión generalizada hacia la integración, que conlleva el progresivo abandono de sus pautas culturales y organizativas comunitarias” (Díaz, 2002: 8-9).

²³⁹ Por lo menos desde mitad del siglo XIX, R. Virchow planteó los determinantes sociales de la salud, destacando la importancia de buenas condiciones de vida como fundamental para el mantenimiento de la salud.

La falta de reconocimiento territorial ha tenido muchas consecuencias, entre ellas las migraciones y los desplazamientos de miembros familiares a áreas urbanas en busca de trabajo en Vialidad Nacional, Alicurá y otras empresas hidroeléctricas, o al Alto Valle para trabajar en plantaciones agrícolas. La mayoría de los que aún viven en el paraje no hablan mapuzungún. Semejante al proceso acontecido en Villa La Angostura reconstruido por Valverde y García (2007), la presencia de Parques Nacionales (en este caso el Parque Nacional Lanín, creado en 1937), “fue fundamental para la impronta simbólica otorgada a la zona, contribuyendo en la gestación de una imagen alpina” (Valverde y García, 2007:117). Las relaciones entre la gente de Payla Menuko y Salud Pública encarnada en el agente sanitario RC no tuvieron el mismo grado de virulencia y conflicto que las desarrolladas con Parques y sus representantes. Sin embargo, no han sido pacíficas o de obediencia y sumisión completa, sino que expresaron y expresan tensiones. Las “resistencias” reflejan las tensiones entre las diferentes concepciones sobre la salud, la enfermedad y los tipos de cuidados desarrollados. Estas diferencias se visibilizan o remarcan en algunas situaciones de atención de la salud o trámites administrativos como: el postparto, el reclamo de la placenta para enterrarla según la ceremonia mapuche, los trámites burocráticos necesarios para recuperar el cuerpo de un poblador fallecido y tener permiso para poder enterrarlo en su lof, el consumo de una amplia variedad de “yuyos” o “lawenes” no autorizados por los profesionales de salud, las consultas a médicos mapuche o curanderos, etc. En el caso de las familias de Payla Menuko, estas prácticas son parte de un proceso de conformación como agrupación mapuche, en el que han incorporado herramientas “legales” propias de la sociedad dominante para llevar adelante disputas que confluyen en la demanda de reconocimiento territorial.

Desde el Estado provincial, la salud se planteó como la ampliación de ciudadanía (blanca, occidental) fundada en el derecho universal a la salud²⁴⁰. La misma supuso la imposición (no siempre explícita) de patrones conductuales y normativos ajenos a los pueblos originarios. El discurso universalista implícito en esta política estatal negó durante muchos años la diversidad étnica existente intentando borrar diferencias históricas y políticamente construidas, profundizando desigualdades y desconociendo derechos propios de las minorías culturales existentes en una sociedad dominante. En San Martín de los Andes, las políticas de salud iniciadas en los años 70 y continuadas en las dos décadas siguientes, fueron implementadas sin diferenciar y ni contemplar la diversidad étnica y cultural presente en el territorio.

²⁴⁰ La constitución provincial (1957) en el Cap. II, art. 287: “Es obligación ineludible de la Provincia velar por la salud y la higiene públicas, especialmente en lo que se refiere a la prevención de enfermedades, poniendo a disposición de sus habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud, por lo que ésta significa como capital social”. Constitución de la Provincia del Neuquén (29/11/1957).

Siendo el territorio el principal objetivo de las estrategias etnopolíticas de Payla Menuko y entendiendo el mismo como fuente de vida, de *lawen*, de los recursos materiales de existencia comunitaria, es posible señalar que la lucha por el territorio constituye una acción que busca alcanzar la salud mapuche, ya que desde la perspectiva nativa el territorio es la fuente del bienestar mapuche. Desde la perspectiva de la comunidad se comparte la idea de que la salud está unida intrínsecamente al territorio autónomo; desde el ámbito de la salud pública, luego de décadas que lleva el debate sobre los determinantes socio- económicos de la salud, la correlación de fuerzas sigue a favor de quienes plantean las políticas neoliberales e interculturales como medidas con las que intentan resolver problemáticas estructurales, actuando en realidad como constituyentes paliativos y atenuantes de los conflictos de pobreza y desigualdad social que afectan mayormente a pueblos indígenas.

A pesar de estos condicionamientos externos y locales, la organización de la comunidad persiste y se consolida en las luchas que mantienen en diferentes frentes. En las relaciones interculturales que mantienen con los diferentes representantes del Estado, han desarrollado diversas estrategias etnopolíticas a través de las cuales le dieron forma a una manera de hacer política que denominaron “política mapuche”. Mediante ella han obtenido logros y avances con respecto al territorio y, por ende, a la salud. Siguiendo a Boccara (2006), el proceso de salud-enfermedad se relaciona con la falta de tierras y de control territorial, con la contaminación, con la sequía, con el sentimiento de frustración debido al racismo y discriminación. La salud está relacionada con el territorio, con todo lo que se encuentra dentro de él, las fuerzas (*newen*), los saberes (*kimun*), los remedios naturales (*lawen*), los múltiples recursos; y de este modo se distancia y diferencia de la concepción occidental de salud (Boccara, 2006). En este sentido, los problemas, disputas, negociaciones, demandas y estrategias que he descrito y analizado están relacionados directamente con su concepción de salud referenciada en el territorio.

En sus palabras:

“Hemos logrado mucho pero seguiremos luchando para conseguir que se cumplan todos nuestros derechos como pueblo, porque sabemos que sin el territorio no somos nada, estamos haciendo política mapuche, esto es política mapuche, no winka, así vamos a seguir firmes defendiendo nuestro territorio” (FC).

CONSIDERACIONES FINALES

En este trabajo he realizado un análisis sobre las intervenciones de Salud Pública en territorio mapuche, entendiendo las relaciones interculturales establecidas en este ámbito desde una perspectiva dinámica, permeable y des-estereotipada, considerándolas como formas de interacción y de rechazo, de aprecio, discriminación u hostilidad hacia otros, en situaciones de confrontación (García Canclini, 2004) y de negociación. Es en este plano de construcción y despliegue de estrategias etnopolíticas que he investigado las disputas en torno al reconocimiento de la comunidad Payla Menuko de San Martín de los Andes, provincia de Neuquén.

La provincia de Neuquén se destaca en la historia de la Salud Pública argentina, por la organización de un sistema en el que se privilegió (lo que más tarde se denominó) Atención Primaria de la Salud, que generó importantes logros en materia de reducción de la mortalidad materno infantil y diversas enfermedades endémicas como la tuberculosis y la hidatidosis. El Movimiento Popular Neuquino -fuerza política hegemónica que gobierna la provincia desde hace más de cuatro décadas- capitalizó políticamente el prestigio sanitario basado en estos logros, favoreciendo también el proceso de consolidación de una ciudadanía regional. La descripción del impulso que se dio a partir de la década del 70 a la organización sanitaria neuquina y a las prácticas de promoción de la salud -como perspectiva, discurso y modelo sanitario alternativo-, me permitió señalar la incidencia política de esta medida marcada por un contexto desarrollista, donde las inversiones que posibilitaron el crecimiento y éxito del sector salud fueron posibles gracias a las regalías obtenidas de la explotación de hidrocarburos. Esta situación cambió a fines de los años 1990 cuando comenzaron a hacerse “sentir” las políticas de corte neoliberal, que en salud significaron escasez y recorte de recursos materiales y humanos, para una población que no cesó de crecer.

El abordaje del proceso de Salud/Enfermedad/Atención desde el ámbito de la salud pública como cuestión política, me habilitó a la comprensión de la contradicción que supone la actual indiferencia institucional hacia los agentes sanitarios y hacia la propia perspectiva de promoción en función de la importancia histórica que tuvieron los mismos. Contradicción que explico por el avance de las políticas neoliberales sobre las políticas de bienestar en el campo de la Salud Pública.

El enfoque etnográfico me permitió dar cuenta de la convergencia de actores/as, recursos, problemas e intereses que conforman el campo de la Salud en un espacio geopolítico complejo como es San Martín de los Andes; una red de relaciones en la que los pueblos originarios ocupan una posición subalterna y luchan por la consolidación, apropiación y/o predominio de diversos capitales.

Los agentes sanitarios continúan realizando su trabajo más allá de las dificultades que se les presentan en este contexto de “fin del bienestar” y “comienzo del malestar” o simplemente “decadencia” de la Salud Pública. Algo que he analizado en términos de producción social de la memoria, ya que es ésta, en tanto instrumento de reconceptualización del pasado, la que les permite construir una identidad de grupo con la que buscan legitimarse en un sistema que no los valoriza. Los diversos significados que los agentes sanitarios de San Martín de los Andes le otorgan a su trabajo en promoción de la salud se relacionan con la percepción que tienen acerca del lugar que ocupan en el sistema y con el conjunto de roles que asumen en el campo a través de los cuales reciben el reconocimiento de la gente como prestigio/estima social que constituye su capital social y simbólico. Estas afirmaciones me condujeron a plantear que la modalidad local del ejercicio de promoción de la salud -expresada en las prácticas de los agentes- se caracteriza por introducir una dimensión afectiva que permanece excluida o marginada de la lógica biomédica dominante en el sistema de salud. El compartir momentos de cotidianidad, conversaciones triviales, hace posible incluir a los agentes en los entornos de vida de los “visitados”, permitiendo un mutuo conocimiento. A partir de las visitas se intercambian dones/bienes que tienen valor pero no tienen precio. La ayuda, la palabra, el recurso faltante conseguido y el reconocimiento no tienen precio.

La experiencia de investigación en San Martín de los Andes me permitió comprender que la promoción de la salud desarrollada por los agentes sanitarios de dicha localidad está asociada a una perspectiva organizacional que privilegia en sus prácticas una ética del cuidado basada en el vínculo humano, en la relación interpersonal y en el acompañamiento, lo que les vale un prestigio social frente a un escaso reconocimiento institucional.

A lo largo de este trabajo describí y analicé las intervenciones de los agentes sanitarios en territorio mapuche, específicamente entre el conjunto de familias de la comunidad de Payla Menuko. En relación a los saberes y prácticas de las familias mapuche de Payla Menuko acerca de la salud y el bienestar, observé y relevé acciones/situaciones de resistencia y rechazo ante las acciones prescriptivas de Salud Pública, así como también de apropiación de discursos, saberes y prácticas de la medicina oficial. Identifiqué la utilización de medicinas denominadas alternativas, a través de las visitas a curanderos/as, hueseros/as, yuyeros/as, y la recuperación de prácticas, saberes y curaciones de medicina tradicional mapuche mediante la gestión de la atención de machis chilenos/as que viajan al paraje para realizar su trabajo o viceversa. La utilización, apropiación y resignificación de diversas medicinas y formas de cuidado que realizan las familias de la comunidad mapuche de Payla Menuko, son

el resultado de las relaciones que construyeron con los “otros”, desde una posición subalterna intercomunitariamente y en la esfera estatal, pero no por ello pasiva. En el proceso de organización de la comunidad fueron adoptando diferentes estrategias que les permitieron poner en práctica acciones con las obtuvieron distintos tipos de logros y respuestas a sus demandas. Fueron construyendo su agenda y agencia en paralelo. De allí se desprenden los argumentos a partir de los cuales las considero como estrategias etnopolíticas con las cuales reclaman recursos y el cumplimiento de derechos en torno a las políticas de reconocimiento.

Señalé también que en la actualidad, las tensiones que se expresan en el campo de la Salud Pública en las relaciones entre los agentes sanitarios y los/as pobladores/as mapuche expresan desigualdades históricas. Sin embargo, el papel de los pueblos originarios ha ido cambiando, transformándose con el correr del tiempo, es por ello que hoy disputan el reconocimiento de sus derechos de ciudadanía en tanto se encuentran dentro de un Estado nacional que tiene la obligación de garantizárselos, fundamentalmente a partir de los años 90, cuando adquiere relevancia en la agenda nacional e internacional el reconocimiento de derechos de los pueblos originarios y de la diversidad socio-cultural. La apropiación del discurso de ciudadanía y las políticas de reconocimiento constituye una herramienta con la cual los pueblos originarios, no sólo el pueblo mapuche, dan batalla en un Estado-Nación que los sigue evitando. Hice hincapié en el hecho de que la legislación provincial, nacional e internacional ha abierto una serie de caminos que -aunque no dejan de ser muchas veces contradictorios- se constituyen en instrumentos de lucha que les permiten a los pueblos originarios mantener expectativas en cuanto a la concretización y efectivización de sus derechos. En este sentido, señalé cómo a partir de las discusiones y disputas generadas en torno a la implementación de la Educación Bilingüe Intercultural (EBI) -reconocida como derecho en la Constitución Nacional del año 1994-, los referentes mapuche de Payla Menuko se apropiaron del término interculturalidad y lo resignificaron como discurso reivindicativo. En el área de salud no fueron adoptadas las propuestas interculturales difundidas a nivel nacional e internacional desde organismos de salud ni a través del conocimiento generado por estudios socio- antropológicos referidos a la temática de salud. En principio es posible explicar esta situación en tanto desde el Estado provincial se planificó e implementó un plan de salud desde una perspectiva desarrollista, logrando las metas fijadas en relación a los indicadores tomados a través de las políticas propuestas. En este sentido, el Estado provincial logró sus objetivos en materia sanitaria sin admitir la existencia de diversidad étnica-cultural presente en el territorio. A partir del análisis desde una perspectiva socio-histórica y etnográfica, encontré que la ausencia de una

política explícita de salud intercultural o un programa de salud destinado a la población mapuche en Neuquén se relaciona con un objetivo político de conformación de la provincia a partir de construir una población homogénea, desmarcando las diferencias y creando ciudadanía uniforme correspondiente a un territorio delimitado como provincia.

Con el paso del tiempo y a partir del auge de las políticas de reconocimiento en la década del 90, el Estado provincial incorporó la Educación Bilingüe Intercultural (EBI) que fue discutida por las comunidades. En el área de salud pública, el Estado provincial no planteó ninguna política específica, es decir que en principio la salud no constituye un espacio que de por sí esté dispuesto a compartir o discutir con las comunidades. Situación diferente en Chile (en la Región IX, paralela a San Martín de los Andes), en donde existen hospitales y centros de salud interculturales que fueron demandados y gestionados por comunidades mapuche, atendidos por machis. Al comparar dicha situación con lo que sucede en Neuquén y en Payla Menuko hallé que en Puelmapu (Este de la cordillera) no sobrevivieron machis, como consecuencia de la campaña del “desierto”, por lo que parte de la medicina tradicional mapuche no pudo tener continuidad. Ante esto difícilmente pueden pedir incorporar, integrar o articular a la medicina oficial la medicina mapuche cuyos principales representantes han sido exterminados. Esto no quiere decir, tal como relaté en el capítulo III y IV que no realicen prácticas de medicina mapuche, al contrario, han recuperado muchos saberes, que comprenden una de sus estrategias etnopolíticas. En este sentido, como referí, la medicina tradicional mapuche para la comunidad Payla Menuko constituye un patrimonio que deben resguardar y cuidar del “*winka*”, de allí su postura acerca de no querer que la “Salud Pública” incorpore sus conocimientos y de allí que no hablen de “salud intercultural”. A lo largo de esta investigación encontré que hay perspectivas en el ámbito de la Salud Pública que han adquirido relevancia en la últimas dos décadas que consideran los determinantes socio-económicos de la salud más allá de los biológicos, como la vivienda, la educación, la alimentación, los hábitos, el empleo, entre otros. Desde la perspectiva de la comunidad, todos estos aspectos están contenidos en el concepto de territorio, por lo que existe un punto de encuentro entre ambas perspectivas. Sin embargo, en el campo de la Salud Pública la correlación de fuerzas está a favor de actores globales²⁴⁶, nacionales²⁴⁷ y regionales²⁴⁸ que promueven las políticas neoliberales e interculturales como soluciones de problemáticas estructurales, cuando en realidad constituyen paliativos/atenuantes e

²⁴⁶ El Banco Mundial, el Banco Interamericano de Desarrollo, agencias multilaterales, multinacionales farmacéuticas, entre otros.

²⁴⁷ Corporaciones médicas y no médicas, gremiales, farmacéuticas, entre otros.

²⁴⁸ Funcionarios de gobierno, representantes de intereses económicos extranjeros, entre otros.

incluso funcionan como encubridores de los conflictos de pobreza y condiciones de desigualdad social, que generan inequidades en salud. Los discursos, programas y políticas de salud intercultural que se han difundido asumen la interculturalidad como una relación armónica, igualitaria, tolerante y respetuosa entre diferentes culturas. En este sentido, por un lado, reproducen una visión estereotipada y cosificada de las culturas, lejana a la realidad, y por el otro, constituye un mecanismo de ocultamiento de situaciones concretas de desigualdad históricamente impuestas. Plantear la interculturalidad como ahistórica, asocial, apolítica, como la solución a problemas de inequidad estructurales deja sin resolver y asumir las tensiones existentes. Por ello, es que, las comunidades mapuche poseen reparos y discuten intensamente las propuestas interculturales estatales. La lucha por el reconocimiento social y territorial de la comunidad mapuche de Payla Menuko es el eje en el que encuadran demandas de cumplimiento de otros derechos relacionados con la subsistencia, la educación, las creencias y el bienestar/salud. La agencia de familias de la comunidad Payla Menuko, vehiculizada a través de estrategias etnopolíticas está abocada al reconocimiento de sus derechos como pueblo originario. La asociación entre el reconocimiento del derecho territorial y la salud es parte de la concepción mapuche de salud de esta comunidad.

El planteo georreferenciado se centra en la ubicación de la salud en el territorio, lo que carga políticamente el concepto de salud, colocando el reconocimiento efectivo/material (no sólo enunciativo) del territorio como condición indisociable de la salud mapuche, por ende la salud adquiere significado político.

La interculturalidad se expresa en las relaciones que mantiene la comunidad Payla Menuko con los diferentes representantes del Estado, constituyendo y readaptando a partir de ellas estrategias etnopolíticas, a través de las cuales le dan forma a una manera de hacer política que denominan “política mapuche”. Política mapuche no exenta de tensiones y contradicciones pero a través de la cual canalizan sus demandas, aún sabiendo que como dice el werken:

“Hay cosas que ya perdimos y nunca vamos a poder recuperar, lo que más nos duele es el conocimiento mapuche que se fue con las vidas de nuestros hermanos (...), es por ellos que no podemos abandonar la lucha, y también por los chicos, para que tengan un futuro, para que les reconozcan sus derechos y no les pase lo que nos pasó a nosotros” (FC).

Anka Wenu Mapu: [Ragiñ Wenu Mapu] Espacio intermedio entre el *Wenu* y el *Nag Mapu*. Entre la tierra y el cielo.

Bawehtuchefe: yerbatero/yuyero.

Che: Persona mapuche. Gente. Individuo.

Foye: Árbol sagrado. “Canelo”.

Futalmapu [butalmapu, fvtalmapu]: “Grandes territorios”. Alianza sociopolítica y militar de diversos territorios.

Genechen: [Chau Dios, Chao Ngenechen, Günechen, Elchen, Elmapu, Ngen Mapun, Kúme Fucha Püllü] Fuerza Suprema, Controlador de los Hombres, Director de los Hombres, Sostenedor de la Tierra, Gran Espíritu del Bien.

Gijatun: [ngillatun, guillatún]. Principal ritual de propiciación, reparación, fertilidad, reciprocidad, etc.

Gijatuwe (gijatuhue, ngillatue). “Lugar del *gijatun*”. Campo ritual donde se ubica el *rewe*.

Gulu Mapu: [ngulu mapu] Territorio al oeste de los Andes (Chile).

Gütamchefe [Ngütanchefe]: componedores de huesos/ queseros.

Jejipun: [lilellipun] Rogativa.

Kefanfan: Grito de victoria mapuche.

Kimün: *kvmün*, *kümün*: Conocimiento mapuche.

Kona: [cona, mocetones] jóvenes “guerreros”. Autoridad mapuche.

Kulxüng: *kultrun*. Tambor ritual.

Küxan: [Kutran, cutran] Enfermedad.

Lagñen: [langmien, lamuen]. “Hermana”. Término que utiliza el hombre para referirse a la mujer y que utiliza la mujer para referirse al hombre y a la mujer.

Lawen: [lahuen, Baweh] “Remedios”. Plantas medicinales. Medicamentos.

Lof: [lob] Unidad socioterritorial mapuche que aglutina a un grupo emparentado.

Logko: [lonko, lonco] “Cabeza”. Autoridad política mapuche. “Dirige” el *lof*.

Machi: [Hombre o mujer] con acceso a las fuerzas espirituales y a diferentes planos del universo. Especialista religioso, ritual y médico del pueblo mapuche

Mapudungun: [Mapuzungun] lengua mapuche

Mari che weu: diez veces venceremos.

Meli Wixan Mapu: “Cuatro direcciones de la tierra”. Territorio mapuche.

Miñche Mapu: [Münche Mapu] Tierra inferior debajo del Nag Mapu. “Inframundo”.

Nag Mapu: [Nauq Mapu (Püjü Mapu)] “Tierra donde se pisa” “Tierra de Abajo”. Superficie terrestre.

Newen: [neyen, nehuen] Fuerzas espirituales.

Ñizol logko: [Ñidol]: Autoridad política y ritual al frente.

Nor Feleal [nor felen]: Normas correctas. Derecho Mapuche.

Ñuke Mapu: “Madre Tierra”. Territorio propio de referencia afectiva. Parcela familiar.

Peñi: “Hermano”: para dirigirse a otro mapuche (por extensión para referirse a otro hombre).

Pewma: [peuma] Sueños.

Pewen: [pehuén] Fruto de la Araucaria Araucana.

Pewenche: [pehuenche, pewence] Identidad territorial de los grupos que viven en la Cordillera de los Andes. En Puelmapu, constituye una de las zonales en las que se organizan las comunidades de la Confederación Mapuche Neuquina (CMN). Está compuesta por Comunidad Mapuce Lefimán, Comunidad Mapuce Aigo, Comunidad Mapuce Ñorkinko y Comunidad Mapuce Nienigual-Salazar.

Pijan [pillán, pillañ, pijañ]: Espíritu de los volcanes. Espíritu de los antepasados. Entidad protectora.

Pijan Kushe [Pillankuse]: Anciana con *kimün* y facultades espirituales, terapéuticas y rituales. Dirige ceremonia en el volcán.

Piuke: Corazón.

Püjü Mapu: Nag Mapu.

Püjü: [Pullu, pvllv] o pulli, Espíritu heredado de los ancestros. Una de las “almas” del *che*.

Püñenelchefe [Puñenelchefe]: matrona/ partera.

Pwel Mapu:[puel mapu] Territorio mapuche al este de los Andes (Argentina).

Ragiñ Wenu Mapu:[Anka Wenu Mapu]. Espacio intermedio del *Waj Mapu*.

Rewe: [rehue] “Lugar puro”. Centro del territorio de un linaje. Unidad sociopolítica y ritual compuesta por varios *lof*. Poste totémico; Escalera celeste.

Ruka:[ruca] Casa tradicional mapuche.

Toki:[toqui] Caudillo militar. Hacha.

Waj Mapu:[Wall Mapu]: Universo Mapuche. Territorio Mapuche en todas sus dimensiones.

Wajontu Mapu:[wallontu mapu] Idea circular del Waj Mapu. “Alrededor de ...”. Planeta.

We Xipantu : [Hue Tripantu] “Año nuevo” mapuche. Solsticio de Invierno. Según los miembros de la Comunidad Payla Menuko es el comienzo de un ciclo nuevo, no es sinónimo de año nuevo.

Wenu Mapu:[Huenu Mapu]. “Tierra de Arriba”. Plano superior del universo.

Werken:[huerquen] Mensajero. Vocero. Portavoz del *logko*. Portavoz en general.

Wigka: [huinca, winka]. No mapuche. Puede tener connotaciones peyorativas o no.

Wijiche: [Huilliche, Huiliche, Wilice] Identidad territorial localizada en el sur del territorio mapuche. En Puelmapu, constituye una de las zonales en las que se organizan las comunidades de la CMN. La zonal se divide en Wijice zona sur (Comunidad Mapuce Curruhuinca, Payla Menuko y Comunidad Cayún) y Wijice zona centro (Comunidad Mapuce Rakitwe, Comunidad Mapuce Lafkence, Comunidad Mapuce Linares).

Xawün: [tragun, trawün] Reunión política, junta, asamblea.

Zugumachife: [dugumachife] “El que tiene la palabra de la *machi*”. Asistente de la *machi* en el ritual.

Zungu: [zugu, dungu] Habla, lengua.

FUENTES PRIMARIAS

Informantes clave: VC, FK (werken), CG; LD (kona), ME (pillankuse).

FUENTES SECUNDARIAS

Antona Bustos J. 2011. *Etnografía de los derechos humanos. Etnoconcepciones en los pueblos indígenas de América: el caso mapuche*. Tesis de Doctorado. Madrid. Ms.

Zucarelli C.; Malvestitti M.; Izaguirre R.; Unzúe L.; Nahuel J. 2008. *Diccionario Mapuche- Español: Español- Mapuche. La cultura mapuche*. Ediciones Caleuche, Bariloche.

GLOSARIO DE SIGLAS

ANAHI: Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para poblaciones Indígenas
APDH: Asamblea Permanente por los Derechos Humanos
APN: Administración de Parques Nacionales
APS: Atención Primaria de la Salud
BID: Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF: Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
BM: Banco Mundial
BSBC: Buena Salud a Bajo Costo
CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud
CEPAL: Comisión Económica para América Latina
CIN: Confederación Indígena Neuquina
CMN: Confederación Mapuche Neuquina
COM: Coordinación de Organizaciones Mapuche
COPADE: Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo
CTA: Central de Trabajadores de la Argentina
DA: Declaración Americana
EBI: Educación Bilingüe Intercultural
ECPI: Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas
EpS: Educación para la Salud
FESP: Funciones Esenciales de Salud Pública
FISA: Foro de Investigación en Salud de Argentina
GELIND: Grupo de Estudios en Legislación Indígena
INAI: Instituto Nacional de Asuntos Indígenas
ISSN: Instituto de Seguridad Social de Neuquén
MSCF: Maternidad Segura y Centrada en la Familia
MPN: Movimiento Popular Neuquino
OEA: Organización de Estados Americanos
OIT: Organización Internacional del Trabajo
OMS: Organización Mundial de la Salud
ONG: Organizaciones no gubernamentales
ONU: Organización de las Naciones Unidas
OPS: Organización Panamericana de la Salud
PMC: Programa de Médicos Comunitarios
PNL: Parque Nacional Lanín
PPOP: Permiso Precario de Ocupación y Pastaje
PSRyP: Programa de Salud Rural y Periurbana
RAP: Rapid Assessment Procedures
ReNaCI: Registro nacional de Comunidades Indígenas
RIEpS: Residencia Interdisciplinaria de Educación para la Salud.
UNESCO: Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
UNICEF: United Nation Children's Fund (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia)
YPF: Yacimientos Petrolíferos Fiscales

BIBLIOGRAFÍA

- ABAD, L. 2004a. Salud intercultural y pueblos indígenas. La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades Aguarunas de la selva amazónica en Perú. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 75-91.
- ABAD, L. 2004b. Epílogo: reflexiones en voz alta acerca de las precisiones e imprecisiones de la llamada salud intercultural. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 347-350.
- ABSI P. 2006. La enfermedad no sólo enferma. Enfermedades e identidad profesional entre los mineros de Potosí, Bolivia. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 229-244.
- ADMINISTRACIÓN DE PARQUES NACIONALES (APN). Resoluciones N°: 006/88; 204/00; 227/00; 292/00; 63/01; 142/01; 148/02; 145/04; 649/04; y 475/07.
- ALBÓ, X. 2004. Interculturalidad y salud. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 65-74.
- ALLUÉ, X., MASCARELLA, L., BERNAL M. y COMELLES, J.M. 2006. De la hegemonía de la clínica a la etnográfica en la investigación intercultural en salud. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 15-32.
- ÁLVAREZ SAN MARTIN, R. 2012. "De raza indómita a terroristas, de Ercilla a Bachelet. Notas sobre la relación del Estado chileno con el pueblo mapuche". *Gazeta de Antropología* 28 (2), artículo 04.
- AMEGHINO, N. 2011. "¿Interculturalidad hegemónica o emancipatoria? Una aproximación a la gestión intercultural en Neuquén, Argentina". *Cultura y representaciones sociales*. Año 6, Número 11: 83-108.
- ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD LOCAL. 2009. Municipalidad de San Martín de los Andes. Secretaria de Salud de Neuquén. Pcia. de Neuquén.
- ARENAS- MONREAL, L.; HERNANDEZ- TEZOQUIPA, I.; VALDEZ- SANTIAGO, R y BONILLA- FERNANDEZ, P. 2004. Las instituciones de salud y el autocuidado de los médicos. *Salud Pública de México*. Vol 46 (4): 326-332.
- ARROSI, J. C. 1999. *Educación para la salud. Conceptualización y orientación programática*. Informe técnico. Ministerio de Salud de la Nación. Argentina.
- ARRÚE, W, KALINSKY, B. 1991. *De la médica y el terapeuta. La gestión intercultural de la salud en el sur de la provincia de Neuquén*. Centro Editor de América Latina. Buenos Aires.
- AZPIROZ CLEÑAN, 2007. ¿Por qué no hay machis en argentina? En: <http://www.mapuexpress.net/content/publications/print.php?id=755>.
- AZURMENDI, M. 2002. "La invención del multiculturalismo", en Diario ABC, España, 2002.
- BAIXERAS, J.L. 2006. Salud intercultural. Relación de la medicina kallawayana con el sistema de salud público en San Pedro de Curva. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 271-287.

- BALAZOTE, A Y RADOVICH, J C. 2009. "Turismo y etnicidad. Una interculturalidad conflictiva en territorio mapuche". En Tamagno, L (Coord.), *Pueblos indígenas. Interculturalidad, colonialidad, política*. Buenos Aires, Editorial Biblos, pp. 25- 43.
- BANDIERI, S. 2005. "Asuntos de familia. La construcción del poder en la Patagonia: el caso de Neuquén". *Boletín del Instituto de Historia Argentina y Americana "Dr. Emilio Ravignani"* Tercera serie, núm. 28, 2do. semestre: 65-94.
- BANDIERI, S. 2006. *Historia de la Patagonia*. Bs. As Prometeo, 2006.
- BARABAS, A. 2002. Utopías Indias. Movimientos sociorreligiosos en México, INAH/Plaza y Valdés, México, 3a. ed.
- BARABAS, A. 2006. "Notas sobre Multiculturalismo e Interculturalidad". En: Alicia Barabas (Coord.) *Diversidad y Reconocimiento. Aproximaciones al Multiculturalismo y la Interculturalidad en América Latina. Suplemento Especial de la Revista Diario de Campo Instituto Nacional de Antropología e Historia -INAH-*, México pp 13-20.
- BARONA VILAR, J. L. 2000. Globalización y desigualdades en salud: sobre la pretendida crisis del Estado de Bienestar. *Política y sociedad*, 35: 31-44.
- BARTH, F. 1976 (1969). *Los grupos étnicos y sus fronteras*. FCE, México
- BARTH, F. 2000. O guru e o iniciador: transações de conhecimento y modalgem da cultura no sudeste de Ásia e na Melanésia. En T. Lask (org.), *O guru, o iniciador e outras variações antropológicas*. Contra Capa, Rio de Janeiro.
- BARTOLOME, M. 1987. "Afirmación estatal y negación nacional. El caso de las minorías nacionales en América latina". *Suplemento antropológico*, vol. XXII, (2): 7-43. Asunción del Paraguay.
- BARTOLOME, M. 1997. *Gente de costumbres y gente de razón. Las identidades étnicas en México*. México: Instituto Nacional Indigenista, Siglo XXI editores.
- BARTOLOME, M. 2003. "Los pobladores del "Desierto" genocidio, etnocidio y etnogénesis en la Argentina". *Cuadernos de antropología social* [online]. N.17: 162-189. (disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-275X2003000100009&lng=es&nrm=iso).
- BARTOLOME, M. 2006. Los laberintos de la identidad. Procesos identitarios en las poblaciones indígenas. *Revista Avá* N° 9. Posadas, Argentina: 28-48.
- BARTOLOME, M. 2009. "La reconfiguración estatal de América Latina: algunas consecuencias del pluralismo cultural". *Pensamiento Iberoamericano*, 4: 3-24.
- BENGOA, J. 1987. *Historia del pueblo mapuche. Siglo XIX y XX*. Santiago, Ediciones Sur.
- BENHABIB, S. A. 2004. *Los derechos de los otros. Extranjeros, residentes y ciudadanos*. Gedisa. Barcelona.
- BENHABIB, S. A. 2006. *Las reivindicaciones de la cultura: igualdad y diversidad en la era global*. Katz Editores. Buenos Aires.
- BERTOLOTTI, A., BAGNASCO, M., BAUMAN, I., FUKS, A., IPARRAGUIRRE, M., JAIT, A., LATORRACA, M. 2009. "La dimensión política de la Atención Primaria de la Salud (APS) en Argentina: crecimiento desordenado, componentes reprimidos y conflicto de modelos". *8° Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- BISANG, R y CETRÁNGOLO, O. 1997. *Descentralización de los servicios de salud en la Argentina*. CEPAL, Serie de Reformas de Política Pública N°47, Santiago.

- BLANCO, A, F. 2004. "Argentina y los noventa: la otra década perdida. En Observatorio de la Economía Latinoamericana". *Revista Académica de Economía*, N° 35. (disponible en: <http://www.eumed.net/coursecon/ecolat/ar/>).
- BLASER, M. 2007. *Diagnostico socio económico de la reserva de biosfera andino norpatagónica*. Informe MAB-UNESCO. Uruguay.
- BOCCARA, G. 2006. The Brighter Side of the Indigenous Renaissance. Nuevo Mundo/ Mundos Nuevos, <http://nuevomundo.revues.org/2405>.
- BOCCARA, G. 2007. "Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile". *Revista Chungara. Revista de Antropología Chilena*, Vol 39, N°2, pp. 185-207.
- BOURDIEU, P. 1993. "La lógica de los campos". Entrevista. *Revista Zona Erógena* N° 16. Buenos Aires.
- BOURDIEU, P. 1997. *Capital cultural, escuela y espacio social*. México. Siglo XXI.
- BOURDIEU, P. 2000. *Poder, derecho y clases sociales*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- BOURDIEU, P. 2002. *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. México. Taurus.
- BOURDIEU, P. 2004. "El baile de los solteros". En *Celibato y condición campesina*. Barcelona, Anagrama, pp 19-129.
- BOURGOIS, P. 2010. *En busca de respeto: vendiendo crack en Harlem*. Buenos Aires, Siglo Veintiuno Editores.
- BOUZA SUAREZ, A. 2000. Reflexiones acerca del uso de los conceptos de eficiencia, eficacia y efectividad en el sector salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2000, vol.26, N°.1 [citado 2013-12-23], pp. 50-56. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662000000100007&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0864-3466.
- BRADBY B. y MURPHY-LAWLESS J. 2005. *¿Volveré, no volveré?. Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto. Informe final del proyecto Hacia la reducción de la mortalidad materna en Bolivia: prácticas apropiadas del parto en los sectores formales e informales del cuidado perinatal*. Bolivia.
- BRIONES, C. 2002. "Viviendo a la sombra de naciones sin sombra: poéticas y políticas de (auto) marcación de "lo indígena" en las disputas contemporáneas por el derecho a una educación intercultural". En: Fuller, N: *Interculturalidad y Política. Desafíos y posibilidades. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú*. Lima, pp. 381-417.
- BRIONES, C. (comp.), 2005. *Cartografías Argentinas. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*. Antropofagia, Bs. As., Argentina.
- BRIONES, C. 2008. Diversidad cultural e interculturalidad: ¿De qué estamos hablando. *García, C. (Comp.), Hegemonía e interculturalidad: Poblaciones originarias y migrantes. La interculturalidad como uno de los desafíos del siglo XXI*, Lugar, 35-58.
- BRIONES, C; DELRÍO, W; LANUSSE, P; LAZZARI, A; LORENZETTI, M; SZULC, A; VIVALDI, A. 2006. "Diversidad cultural e interculturalidad como construcciones socio-históricas". En: Ameigeiras, A; Jure, E (comp.): *Diversidad cultural e interculturalidad*. Prometeo, Bs. As., Argentina.
- BRUSONI, C., A. DEZZOTTI, J. FERNÁNDEZ y J. LARA. 2007. Tamaño y estructura de la población canina en San Martín de los Andes (Neuquén). *Analecta Veterinaria* 27(1): 11-23.

- BUCK, C. "Después de Lalonde: creación de salud". En OPS/OMS. 1996. *Promoción de la salud: una antología*. Washington D.C., Publicación científica No. 557: 6-13.
- BURGOS, J .I. 2003. "¿Qué podemos hacer en forma colectiva?". En Castro Venegas., M A (Comp.), *Salud colectiva y medio ambiente*. Temuco, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Unidad de Salud con Población Mapuche, pp. 11- 18.
- BUSS, P. 2006. "Una introducción al concepto de promoción de la salud". En CZERESNIA, D y MACHADO de FREITAS, C.(orgs.), *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 21-46.
- CABELLOS, F.J. y QUITRAL J.C. 2006. "Interculturalidad crítica: Interfase valorativa entre la "interculturalidad ideal" y la "Interculturalidad Real". *Constataciones en el marco de desarrollo de Modelos Interculturales de salud en la región de la Araucaría*. (disponible en <http://kuxalwe.blogspot.com/2006/12/interculturalidad-critica.html>).
- CALAVIA, O. 2004. La barca que sube y baja. Sobre el encuentro de tradiciones médicas. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 169-180.
- CALAVIA SAÉZ O, LENAERTS M, SPADAFORA A M. 2004. *Paraíso abierto, jardines cerrados: Pueblos indígenas, saberes y biodiversidad*. Quito, ediciones Abya Yala.
- CALLAHAN, M. 2006. El hospital kallawaya "Shoquena Huasi" de Curva: Un experimento en Salud Intercultural. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECl. Pp 289-303.
- CAMPOS, R. 2004. Experiencias sobre salud intercultural en América Latina. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 129-151.
- CAMPOS, R. 2006. Procesos de legalización e interculturalidad en las medicinas indígenas de México y Bolivia (1996-2006). En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECl. Pp 373-388.
- CAMPOS, R. y CITARELLA, L. 2004. Willaqkuna. Un programa de formación en salud intercultural en Bolivia. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 93-106.
- CAPITÁN, A. L. 2000. El cambio estructural del sistema socioeconómico costarricense desde una perspectiva compleja y evolutiva (1980-1998). Tesis doctoral de economía. Universidad de Huelva. Disponible en <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/alhc/>.
- CAPRARA, A. 2004. Salud y enfermedad en el camdomble de Bahía. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 305-321.
- CARAMÉS GARCIA, M.T. 2006. Salud e Interculturalidad: Reflexiones en torno a un caso. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECl. Pp 109-114.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. 1992. *Etnicidad y Estructura Social*. Colección M. O. Mendizábal. México: CIESAS.
- CARDOSO DE OLIVEIRA, R. 2000. "Etnicidade, eticidade e globalização". En: *O trabalho do antropólogo*. Editora UNESP. Pp 169-197.

- CAROZZI, M J. 1993. "Definiciones de la New Age desde la Ciencias Sociales". *Boletín de lecturas de sociales y económicas*. UCA, FCSE, 2(5): 19-24.
- CARRASCO, M Y BRIONES, C. 1996. *La tierra que nos quitaron. Reclamos indígenas en Argentina*. Doc. N° 18 IWGIA. Buenos Aires.
- CARRASCO, M Y BRIONES, C. 2000. *Los derechos de los pueblos indígenas en Argentina*. IWGIA-Vinciguerra. Buenos Aires.
- CARRILLO, R. 1947. *Plan Analítico de Salud Pública*. Tomo I y II. Secretaría de Salud Pública de la Nación. Buenos Aires.
- CARTA DE BANGKOK, VI CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2005. Tailandia. (disponible en: www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf).
- CARVALHO, S R. 2008. "Promoción de la Salud, "empowerment" y educación: una reflexión crítica como contribución a la reforma sanitaria". *Salud Colectiva*, 4(3):335-347.
- CARVALHO, L C., FEUERWERKER, L C M Y MERHY, E E. 2007. "Disputas en torno a los planes de cuidado en la Internación Domiciliaria: una reflexión necesaria". *Revista Salud Colectiva* 3 (3): 259-269.
- CASTELL FLORIT SERRATE, P. 2007. "Comprensión conceptual y factores que intervienen en el desarrollo de la intersectorialidad". *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (2).
- CASTELLON I. 2006. Imaginario rural en torno a las capacidades. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 433-450.
- CASTILLO MARTÍNEZ, A. 2006. "El desarrollo humanos en salud: un hito en construcción" *Gazeta Medica de Costa Rica*, Suplemento N°2.
- CASTRO, R y ERVITI, J. 2009. "Habitus profesional y ciudadanía: un estudio sociológico sobre los conflictos entre el campo médico y los derechos en salud reproductiva en México". *Congreso de la Asociación de estudios Latinoamericanos*. Brasil.
- CASTRO VENEGAS, M A. 2003. *Salud colectiva y medio ambiente*. Temuco, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Unidad de Salud con Población Mapuche.
- CELTON D. y RIBOTTA, B. 2004. "Las desigualdades regionales en la mortalidad infantil de Argentina. Niveles y tendencias durante el siglo XX". *I Congreso de la Asociación Latino-Americana de Población*, Caxambú, Brasil.
- CETTI, A. 2008. "La salud intercultural mapuche a través del tamiz de la gubernamentalidad. Un estudio de caso". *3ras Jornadas de Historia de la Patagonia*, Bariloche, Argentina.
- CITARELLA, L.; BENAVIDES, P.; HUISCA, R.; MILLAPAN, M. 2004. "Conceptos y clasificaciones tradicionales mapuches de al biodiversidad vegetal. Una investigación etnobotánica basada sobre un enfoque intercultural, participativo y aplicado al desarrollo". En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 323-346.
- CHAUMEIL, J.P. 2004. "Del proyectil al virus. El complejo de dardos-mágicos en el chamanismo del oeste amazónico". En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 265-278.

- COMELLES, J. 2004. El regreso de las culturas: diversidad cultural y práctica médica en el siglo XXI. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM.
- COMISIÓN DE TRABAJO AUTÓNOMA MAPUCHE- COTAM. 2003. "Wajontunmapu: Territorio y tierras mapuches. Documento de discusión preliminar", Temuco, Chile. Documento de trabajo Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato (disponible en http://www.memoriachilena.cl/602/articles-122901_recurso_7.pdf).
- CONRAD, P. 2007. *The medicalization of society. On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore, JHU Press.
- CONSTITUCIÓN NACIONAL. 1994. Artículo N° 75. Inciso 17 y 22.
- CONSTITUCIÓN DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN. 1957. Artículos N° 287- 294.
- CONSTITUCIÓN DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN. 2006. Artículo N° 53.
- CRIVOS, M., & EGUÍA, A. C. 1981. "Dos estudios antropológicos sobre medicina tradicional de los Valles Calchaquíes, Argentina", *Revista Folklore Americano*, Instituto Panamericano de Geografía e Historia (OEA) 31:71-76.
- CRIVOS M, MARTINEZ M R. 1996. "Las estrategias frente a la enfermedad en Molinos (Salta, Argentina), una propuesta para el relevamiento de información empírica en el dominio de la etnobiología", in *Contribuciones a la Antropología Física Latinoamericana*. Instituto de Investigaciones Antropológicas UNAM/Museo Antropológico Luis Montané, La Habana, Cuba. Pp. 99-104.
- CRIVOS M, MARTINEZ M R Y POCHETTINO M L. 2002. "El Aporte Etnográfico en Estudios Interdisciplinarios acerca de la Relación Hombre-Entorno Natural (Comunidades Mbyá-Guaraní, Provincia De Misiones, Argentina)", *Etnobiología* 2: 74-83.
- CRIVOS, M. 2003. *Contribución al estudio antropológico de la medicina tradicional de los Valles Calchaquíes. Provincia de Salta*. Tesis de doctorado. Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de la Plata.
- CUESTA BUSTILLO, J. 1998. "Memoria e historia. Un Estado de la cuestión". *Revista Ayer* N° 32: 203-246.
- CUETO, M. 2004. "The origins of primary health care and selective primary health care". Joint Learning Initiative: JLI Working Papers Series. En OMS, "Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores". Documento de información preparado para la comisión sobre determinantes sociales de la salud. Principales autores del documento: Alec Irwin y Elena Scali. Ginebra.
- CUYUL, A. 2008. La burocratización de la salud intercultural en Chile. Del Neo-asistencialismo al Autogobierno Mapuche en Salud. Documento para la discusión entre organizaciones mapuche. Puelmapu, rimü.
- CUYUL, A. 2013. La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud. En *Revista Salud Problema*, Segunda Época, año 7, n° 14.
- CUYUL, A; ROVETTO, M y SPECOGNA, M. 2011. Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública*. Ministerio de Salud de la Nación. Vol. 2 (7). Pp 12-18.
- CZERESNIA, D. 1999. "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción", *Cuadernos de Salud Pública* 15(4): 701-710. Brasil.
- CZERESNIA, D. 2006. "El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción". En CZERESNIA, D y MACHADO de FREITAS, C. (orgs.), *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires, Lugar Editorial, pp. 47-63.

- CZERESNIA, D y MACHADO de FREITAS, C. (orgs.). 2006. *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Editorial Lugar. Buenos Aires.
- DECLARACION DE ADELAIDE, II CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 1988. Australia. (disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>).
- DECLARACION DE JAKARTA, IV CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 1997. Indonesia. (disponible en: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_sp.pdf).
- DECLARACION DE MÉXICO, V CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2000. México. (disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf5.pdf>).
- DECLARACION DE NAIROBI, VII CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 2009. África. (disponible en: www.promocion.salud.gob.mx/dgps/.../promocion/Nairobi_2009_sp.pdf).
- DECLARACION DE SANTA FE DE BOGOTA, CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 1992. Colombia. (disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/santa_fe_bogota_92.pdf).
- DECLARACION DE SUNDSVALL, III CONFERENCIA INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 1991. (disponible: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59967/1/WHO_HED_92.1_spa.pdf).
- DECRETOS N°: 700, 701 y 702. En cumplimiento de la Ley N° 25.517. Congreso de la Nación Argentina. 2010.
- DE LUCCA; M. y ZALLES, J. 2006. *Descripción y uso de 100 plantas medicinales del altiplano boliviano. Utasan Utjir Qollanaka. Medicinas junto a nuestra casa*. Ministerio de Salud y Deportes. Bolivia.
- DELRIO, Walter; LENTON, Diana; PAPAZIAN, Alexis. 2010. Agencia y política en tres conflictos sobre territorio Mapuche: Pulmarí / Santa Rosa-Leleque / Lonko Purrán. In: *Sociedades de Paisajes áridos y semi-áridos. Revista Científica del Laboratorio de Arqueología y Etnohistoria de la Facultad de Ciencias Humanas*, Vol. II: 125-146.
- DÍAZ, R. 1998. "La neo-narrativa de la educación intercultural y la refiguración del 'para qué' de la escuela". *Revista Papeles de Trabajo* 7. Universidad Nacional de Rosario.
- DÍAZ, R. 2002. "Estrategias de ocupación y control de territorio del pueblo originario mapuche: el caso del Parque Nacional Lanin desde una perspectiva histórica". *Documento Base para el Proyecto "Self-Sustaining Community Development in comparative perspective - CLAPSO - Universidad de Texas. Subred Indígena - Neuquén - COM-CEPINT*.
- DIBBITS, I. y DE BOER, M. 2002. *Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y trato humano desde las perspectivas de un equipo de salud*. Tahipamu. La Paz.
- DIEZ, M. L. 2004. Reflexiones en torno a la interculturalidad. *Cuadernos de antropología social*, (19), 191-213.
- DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. *Distribución relativa de la población urbana por censo según departamento. Provincia del Neuquén. Años 1970, 1980, 1991 y 2001*. Ministerio de Economía y Obras Públicas. Gobierno de la provincia del Neuquén. Sitio Web Oficial (disponible en: <http://www2.neuquen.gov.ar/dgecyd/inicio.asp>).

- DIRECCIÓN PROVINCIAL DE ESTADÍSTICA Y CENSOS. 2005. *Beneficiarios plan jefes y jefas de hogar para el año 2003*. Ministerio de Economía y Obras Públicas. Gobierno de la provincia del Neuquén.
- DJUKANOVIC, V., MACH, EP (eds.). 1975. *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs of Populations in Developing Countries*, a Joint UNICEF/WHO Study. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. En: OMS, "Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores". Documento de información preparado para la comisión sobre determinantes sociales de la salud. Principales autores del documento: Alec Irwin y Elena Scali. Ginebra.
- DOCUMENTO DE LA SEGUNDA REUNIÓN DE BARBADOS. Indianidad y Descolonización en América Latina. México, Nueva Imagen, pp. 309 a 323.
- DOMÍNGUEZ MON, A. 2000. "El enfoque de Riesgo en la atención materno-infantil: análisis antropológico de la noción de riesgo en el manual Paltex de la OPS". En: DOMÍNGUEZ MON A., FEDERICO A., FINDLING L., MENDES DIZ A M. (comp.), *La salud en crisis. Un análisis desde la perspectiva de las ciencias sociales*. III Jornadas Interdisciplinarias de Salud y Población. Buenos Aires, Dunken, pp.113-129.
- DOUGLAS, M. 1973. *Pureza y peligro. Un análisis de los conceptos de contaminación y tabú*. Madrid. Siglo XXI.
- EPP, J. 1996. "Lograr la salud para todos: un marco para la promoción de la salud". En OPS/OMS. 1996. *Promoción de la salud: una antología*. Washington D.C., Publicación científica No. 557: 25-36.
- ESCOBAR, A. 2007. *La invención del tercer mundo*. Colombia, Grupo Editorial Norma.
- ESPINOZA, R. 2010. "Pinceladas de la medicina chilena en el siglo XIX. A 200 años de la Independencia". *Rev. Chilena de Cirugía* 62 (6): 654- 658.
- ESTRELLA, P. 2012. *Visitas, mates y reconocimiento: cuando la Promoción de la Salud no tiene precio. Un estudio sobre los agentes sanitarios de San Martín de los Andes*. Tesis de maestría en Antropología Social. IDES/IDAES. Ms.
- ESTRELLA, P. 2013. *La Salud Pública en territorio mapuche. El reconocimiento de un derecho y/o la aplicación de una biopolítica de control*. Xma. Reunión de Antropología del MERCOSUR. Departamento de Antropología de la Facultad de Filosofía y Humanidades, Universidad Nacional de Córdoba. Córdoba.
- ESTRELLA, P. 2013. *Notas de Campo*. Ms.
- EVANS- PRITCHARD, E E. 1976. *Brujería, magia y oráculos entre los azande*. Anagrama, Barcelona.
- FASSIN, D. 1992. *Antropología y salud en comunidades indígenas. Manual de capacitación para promotores campesinos de salud*. Ecuador, Ediciones Abya Yala.
- FASSIN, D. 1999. "La patetización del mundo". En VIVEROS VIGOYA, M y GARAY ARIZA, G. (comp.), *Cuerpo, diferencias y desigualdades*. Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Santa Fe de Bogota, Colombia.
- FASSIN D. 2008. *El hacer de la Salud Pública*. Francia, Éditions de l'École des Hautes Études en Santé Publique.
- FAVARO, O. 2001. *Estado, Política y Petróleo. La historia política neuquina y el rol del petróleo en el modelo de provincia, 1958-1990*. Tesis Doctoral, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de La Plata. MS.
- FAVARO, O. ,BUCCIARELLI, M.A. 2001. "A propósito del populismo. Estrategias de acumulación y cultura política en un espacio periférico. Neuquén, 1960-1990". *Estudios Sociales. Revista Universitaria Semestral* (Santa Fe, Universidad Nacional del Litoral) año XI, N° 21: 129-149.

- FAVARO, O. ,BUCCIARELLI, M.A. 2008. "Neuquén (Argentina) ¿economía de enclave y estado de bienestar?", *Realidad Económica* N° 238: 95-120.
- FAVARO, O., MORINELLI, M. 1992. "La política y lo político en Neuquén: La política territorial en el marco del desenvolvimiento económico y social de Neuquén (1884-1955)", en: Bandieri, S.; Favaro, O. y Morinelli, M. (Eds) *Historia de Neuquén*, Plus Ultra, pp. 289- 314.
- FAVARO, O. y VACCARISI, M. 2005. Poder político y políticas sociales en Neuquén, 1983-2003. *Revista de Historia* N°10. Universidad Nacional del Comahue. Neuquén.
- FELTRI, A., ARAKAKI, J., JUSTO, L F., MAGLIO, F., PICHÚN, F J., ROSENBERG, M., SPINELLI, H., TESTA, M., TORRES SECCHI, A M., YNOUB, R. 2006. "Salud Reproductiva e Interculturalidad". *Salud Colectiva* 2 (3): 299-316.
- FELTRI, A., LAC PRUGENT, V., LAMFRE, L., GIULIANO, V., Y MONTECINO, MA. 2012. "indicadores básicos de Salud, Neuquén 2012". Subsecretaría de Salud de Neuquén. Ministerio de Salud de Neuquén.
- FERNÁNDEZ JUAREZ, G. 1999. *Médicos y Yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano Aymara*. Ministerio de Salud y Previsión Social, CIPCA y ESA, OPS/OMS. La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.). 2004a. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Ecuador, Ediciones Abya Yala.
- FERNÁNDEZ JUAREZ, G. 2004b. Ajayu, Animu, Kuraji. La enfermedad del susto en el altiplano de Bolivia. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 279-303.
- FERNÁNDEZ JUAREZ, G. 2004c. *Yatiris y ch`amakanis del altiplano aymara. Sueños, testimonios y prácticas ceremoniales*. ABYA YALA, Ecuador.
- FERNÁNDEZ JUAREZ, G. 2006a. "Al hospital van los que mueren" Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 317-336.
- FERNÁNDEZ JUAREZ, G. 2006b. Un teléfono de urgencias y casi perder la fé. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 9-13.
- FERNÁNDEZ JUAREZ, G. (comp.). 2006c. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA-YALA, UCLM, AECI.
- FLEURY, S. 2003. "La expansión de la ciudadanía". En *AAVV: Inclusión social y Nuevas Ciudadanías*. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá.
- FLEURY, S. 2010. "¿Qué protección social para cuál democracia? Dilemas de la inclusión social en América Latina" *Medicina Social*, 5 (1):41-60.
- FLORES MARTOS, J.A. 2004. Una etnografía del " año de provincias" y de "cuando no hay doctor". Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 181-212.
- FOSTER, G. 1969. *Antropología aplicada*. México, Fondo de Cultura Económica.
- FOUCAULT, M. 1991. *Las redes del poder*. Almagesto. Buenos Aires.
- FOUCAULT, M. 1996. *La vida de los hombres infames*. Buenos Aires, Altamira.
- FOUCAULT, M. 2002 (1975). *Vigilar y Castigar: Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires, Siglo XXI. Editores Argentina. Pp139-230.

- FOUCAULT, M. 2005. *Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber*. Buenos Aires, Siglo XXI editores. (original 1976).
- FOUCAULT, M. 2008. *El nacimiento de la clínica*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- FUERTES, A y PEREZ, R. 2007. *Encuentro de dos: la biomedicina y medicina tradicional en Tinguipaya*. Cooperazione Italiana y COOPI. La Paz.
- GARCÍA CANCLINI, N. 2004. *Diferentes, desiguales y desconectados. Mapas de la interculturalidad*. España, Gedisa editorial.
- GIL, F. 2006. "¿Fármacos contra el susto? Paradojas y posiciones enfrentadas en la concepción de la enfermedad en el altiplano boliviano". En: Fernández G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 217-228.
- GIORDANO, H. 2002. "La trascendencia del pozo N° 1 en Neuquén". *Revista Petrotecnia*. Pp74-76.
- GLASER, B. y A. STRAUSS. 1967. *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Publishing Company.
- GOFFMAN, E. 2009. *La presentación de la persona en la vida cotidiana*. Buenos Aires. Amorrortu editores.
- GONZALEZ, M. D. y CARAVANTES, C. 2006. Y sin embargo son ellas las que más hacen por la "Salud intercultural" En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 305-315.
- GONZÁLEZ, M., NÚÑEZ, D. 1973. "Estratificación indígena en el Comahue". En: *América Indígena*, XXXIII, 3, III, México.
- GOOD B. 2003. *Medicina, racionalidad y experiencia. Una perspectiva antropológica*. Edicions Bellaterra. Barcelona.
- GOROSITO, J. 1989. "APS en las provincias: dificultades y logros". *III Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Facultad de Medicina*. Universidad de Buenos Aires.
- GUIMERÁ, L. M. 2006. El sistema médico de una sociedad africana: los evuzok del Camerún. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 67-82.
- GRAU, N. 2005. "La intersectorialidad en el gobierno y gestión de la política social". *X Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública*, Santiago, Chile.
- GRIFFITHS, T. 2005. "Los Pueblos Indígenas y el Banco Mundial: experiencias de participación". Forest Peoples Programme, Moreton-in-Marsh. (disponible en: www.forestpeoples.org/documents/ifi_igo/wb_ips_and_particip_jul05_sp.pdf).
- GRIMBERG, M. 1997. "De conceptos y métodos: relaciones entre epidemiología y antropología". En Álvarez, M. (comp.), *Antropología y Práctica Médica, la dimensión sociocultural de la salud-enfermedad*. Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano pp. 11-23.
- GUBER, R. 2004. *El salvaje metropolitano*. Buenos Aires, Paidós.
- GUBER, R. 2011. *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- HALL, STUART. 2000, "Conclusion: The multi-cultural question", en: Barnor Hesse (ed.), *Unsettled Multiculturalism: Diasporas, Entanglements, "Transruptions"*, Londres, Zed Books, pp. 209-241.

- HAMMERSLEY, M. y ATKINSON, P. 1994. *Etnografía. Métodos de investigación*. Barcelona, Paidós Eds.
- HERNANDEZ, I. 2003. Autonomía o ciudadanía incompleta: el pueblo mapuche en Chile y Argentina. Santiago de Chile, publicación de las Naciones Unidas.
- HUILIPÁN V, COLIPÁN G, NAHUEL F, ENCINA M, PÉREZ A y CONTRERAS MR. 2004. Informe de avance, componente: mapuche. Proyecto: Diagnóstico del Estado de Conservación de la Biodiversidad en el Parque Nacional Lanín: su viabilidad de protección en el largo plazo.
- IBÁÑEZ CASELLI, A. 2005. "La interculturalidad: ¿una moda? Alcances e implicaciones políticas en Argentina". En Cuadernos INAPL, N°20.
- IMPEMBA, M. 2008. "Relaciones interétnicas, conflictividad territorial y prácticas turísticas en San Martín de los Andes". *Anuario de Estudios en Turismo - Investigación y Extensión*. Facultad de Turismo, Universidad Nacional del Comahue, Neuquén. Año 8, vol. 5: 64-72.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). 1970. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 1970.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). 1980. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 1980.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). 2001. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos). 2010. Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos), 2004-2005. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas 2004-2005 (ECPI).
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2005. Encuesta Permanente de Hogares. Resultados semestrales: 2º semestre Año 2004.
- INDEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos). 2011. Encuesta Permanente de Hogares. Resultados semestrales: 2º semestre Año 2011.
- INFORME DE LA CEPAL Ciudad San Martín. 2008
- INFORME DE LA TERCERA REUNIÓN DEL PROYECTO SUBREGIONAL CONO SUR DE CONTROL Y VIGILANCIA DE LA HIDATIDOSIS: Argentina, Brasil, Chile e Uruguay; 2006. Mayo 23-26; Organización Panamericana de la Salud. Porto Alegre, RS, Brasil.
- INSTITUTO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA "DR. JUAN H. JARA". Mar del Plata. (disponible en: http://www.ine.gov.ar/prom_pdfs/HANTAVIRUS.pdf).
- IUORNO, G. 2003. Poder y familias. La dinámica articulación de redes sociales y políticas. Capítulo IV. Versión ampliada y revisada del artículo publicado en Avances del Cesor, núm. 4, Facultad de Humanidades y Artes, Rosario, Año IV, 2003.
- JELIN, E. 2001. *Los trabajos de la memoria*. España, Siglo XXI editores.
- JIMENO, M. 1996. "Juan Gregorio Palechor: tierra, identidad y recreación étnica" en *ALTERIDADES*, 6 (11), Pp. 97-106.
- KALINSKY, B., ARRÚE, W. Y ROSSI, D. 1993. *La salud y los caminos de la participación social: marcas institucionales e históricas*. Buenos Aires, Centro Editor de America Latina.
- KALINSKY, B y ARRUE, W. 1996. *Claves antropológicas de la salud. El conocimiento en una realidad intercultural*. Buenos Aires, Miño y Dávila editores.

- KICKBUSCH, I. 1996. "Promoción de la salud: una perspectiva mundial". En OPS/OMS. 1996. *Promoción de la salud: una antología*. Washington D.C., Publicación científica No. 557: 15-24.
- KLEINMAN, A. 1980. *Patiens and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, A. 1988. *The illness narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. Nueva York: Basic Books.
- KNIPPER M. 2006. El reto de la "medicina intercultural" y la historia de la "medicina tradicional" indígena contemporánea. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AEI. Pp 413-432.
- KROPFF, L. 2011. "Los jóvenes mapuche en Argentina: entre el circuito punk y las recuperaciones de tierras". *Alteridades*, 21 (42): 77-89.
- KYMLICKA, W. 1996. *Ciudadanía multicultural. Una teoría liberal de los derechos de las minorías*. Paidós, Barcelona.
- LABONTE, R y PENFOLD, S 1981. Canadian perspectives in health promotion: a critique. *Health Education*. 19 (3/4):4-9.
- LALONDE, M. 1996. "El concepto de "campo de la salud": una perspectiva canadiense". En OPS/OMS. 1996. *Promoción de la salud: una antología*. Washington D.C., Publicación científica No. 557: 3-5.
- LANDRISCINI, G. y DOMMET, G. 2003. "El Escenario Económico Nacional Postconvertibilidad. Reflexiones Acerca de los Procesos Resultantes en la Norpatagonia. Evidencias del Caso Neuquino". 8va. *Reunión Anual Red Pymes Mercosur*. Rosario.
- LANDY, D. 1978. "Role adaptation: tradicional curers Under the impact of Western medicine". En LOGAN, M H., HUNT, E H. Jr. (eds.), *Health and the Human Condition. Perspectives on medical Anthropology*. Wadsworth Publishing Company.
- LARGUÍA M A, GONZÁLEZ M A, SOLANA C, BASUALDO M N, DI PIETRANTONIO E, BIANCULLI P, ORTIZ Z, CUYUL A y ESANDI M E. 2012. *Maternidades Seguras y Centradas en la Familia (MSCF) con enfoque intercultural*. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Argentina.
- LARRIEU, E., COSTA, M T., CANTONI, G., ALVAREZ, J., AQUINO A., GIMÉNEZ, N. Y ALICIA PÉREZ. 1994. "Control de la Hidatidosis en la provincia de Río Negro, Argentina: Evaluación actividades de Atención Veterinaria". *Revista de Sanidad e Higiene Pública* 68 (1): 197-202.
- LAURELL, A C. 1982. "La salud-enfermedad como proceso social", *Cuadernos Médicos Sociales* N° 19: 1-11.
- LEAVELL, H R Y CLARK, E G. 1965. *Medicine for the doctor and his community: An epidemiologic approach*. New York: McGraw-Hill.
- LEGISLATURA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: Ley N° 153: "Ley Básica de Salud". 1999. (disponible en: <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/rrhh/materiales/normativas/leybasica.pdf>).
- LEGISLATURA DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN: Artículo N°147, Reglamento Interno, 17° Sesión Ordinaria. 2003.
- LENTON, D. 2005. *De centauros a protegidos: la política indígena argentina en perspectiva* (Doctoral dissertation, Tesis Doctoral, Universidad de Buenos).

- LENTON, D. 2010. "Políticas del Estado indigenista y políticas de representación indígena: propuestas de análisis en torno al caso neuquino en tiempos del desarrollismo", *Revista Científica del Laboratorio de Arqueología y Etnohistoria de la Facultad de Ciencias Humanas*, 2 (2): 85- 107.
- LEY N° 23.302. Congreso de la Nación Argentina. 1985.
- LEY N° 24.071. Congreso de la Nación Argentina. 1992.
- LEY N° 26.160. Congreso de la Nación Argentina. 2006.
- LEY N° 26.331. Ley de Presupuestos mínimos de protección ambiental de los Bosques Nativos. Congreso de la Nación Argentina. 2007
- LINCOLEO, J. Q. 2003. En Castro Venegas, M. A. (Comp.), *Salud colectiva y medio ambiente*. Temuco, Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Unidad de Salud con Población Mapuche, pp. 31- 37.
- LITSIOS S. 2002. "The Long and Difficult Road to Alma-Ata: a personal reflection". *International Journal of Health Services* 32(4):709-32. En OMS, "Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores". Documento de información preparado para la comisión sobre determinantes sociales de la salud. Principales autores del documento: Alec Irwin y Elena Scali. Ginebra.
- LOPEZ GARCIA, J. 2004. Promotores rurales de salud en el oriente de Guatemala. De la negociación a la desorientación ante capacitaciones médicas occidentales. En: Fernández, Gerardo (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 153-168.
- LOREAU, R. 1975. *Análisis institucional*, Amorrortu, Buenos Aires
- LORENZETTI, M. 2007. "Del 'campo social' a la 'culturización de la pobreza': la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena". *4tas Jornadas de Jóvenes Investigadores*, Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- LORENZETTI, M. 2009. "La construcción de la salud intercultural como campo de intervención". *8vas Jornadas Nacionales de debate interdisciplinario en Salud y Población*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Cs. Sociales, Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires.
- LOVIBOND, S. 1995. "Ética Maternalista: una evaluación feminista". En *Feminaria*, Buenos Aires, Año VIII, N°15.
- MACEIRA, D. 2007. *Atención Primaria de la Salud. Enfoques Interdisciplinarios*. Buenos Aires, Paidós.
- MACEIRA, D. (comp.). 2008. *Experiencias de gestión pública en salud: primer ciclo*. Buenos Aires, Fundación CIPPEC.
- MALINOWSKI, B. 1973. "Introducción: objeto, método y finalidad de esta investigación" en: *Los argonautas del Pacífico Occidental*. Península. Barcelona.
- MALINOWSKI, B. 1985. *Magia, ciencia y religión*. Planeta Agostini. Barcelona.
- MARGULIES, S. 2008. La atención médica del VIH- SIDA. Un estudio de antropología de la medicina. Tesis de doctorado. Editorial de la Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.
- MARSICO, G. 2003. *Bioética*. Madrid. Narcea, S.A. De Ediciones.
- MARTINEZ, B. 2013. "La muerte como proceso: una perspectiva antropológica". *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9):2681-2689.
- MARTIRENE, R. 2006. *Presupuestar en Argentina, antes y después de la crisis de la deuda pública. Enseñanzas, posibilidades y recomendaciones*. Chile. CEPAL Naciones Unidas.
- MARTUCELLI, D. 2007. *Gramáticas del individuo*. Buenos aires, Losada.

- MC NEILL, W. 1984. *Plagas y Pueblos*. Madrid. Siglo XXI editores.
- MENÉNDEZ, E. L. 1984. "El problema del Alcoholismo y la Crisis del Modelo Médico hegemónico", *Cuadernos Médico Sociales* 28: 7-23.
- MENÉNDEZ, E. L. 1989. "Reproducción social, Mortalidad y Antropología Médica". *Cuadernos Médico Sociales* 49- 50:13- 28.
- MENÉNDEZ, E. 1994. "La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional?", *Alteridades*, 4 (7): 71-83.
- MENÉNDEZ, E. L. 2002. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Ediciones Bellaterra. Barcelona.
- MENENDEZ, E. L. 2003. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciencia & Saúde Coletiva* 8 (1): 185- 207.
- MENÉNDEZ, E. 2004. "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En SPINELLI, H (comp.), *Salud Colectiva. Culturas, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y política*. Buenos Aires, Editorial Lugar, pp. 11-47.
- MENÉNDEZ, E. 2006. "Interculturalidad, Diferencias, y Antropología 'at home'. Algunas cuestiones metodológicas. En: FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (coord.), *Salud e Interculturalidad en America Latina*. Ecuador, Ediciones Abya Yala.
- MENÉNDEZ, E. 2009. *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires, Editorial Lugar.
- MEÑACA, A. 2004. Salud y migraciones: sobre algunos enfoques en uso y otros por utilizar. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLI-HISPANA, UCLM. 53-64.
- MEÑACA A. 2006. La 'multiculturalidad de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AEI. Pp 93-108
- MICHAUX, J. 2004. Hacia un sistema de salud intercultural en Bolivia. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLI-HISPANA, UCLM. Pp 107-128.
- MIGNOLO, W. 2000. *Local Histories/ Global Designs. Coloniality, Subaltern Knowledges and Border Thinking*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- MILSTEIN, D. 2003. *Higiene, autoridad y escuela: madres, maestras y médicos, un estudio acerca del deterioro del Estado*. Buenos Aires, Miño y Dávila.
- MINISTERIO DE DESARROLLO TERRITORIAL, 2008. "Consejo de Planificación y Acción para el Desarrollo" (COPADE). En: *El Copade y la Planificación Provincial*. Gobierno de la provincia de Neuquén (disponible en: http://www.cofeplan.gov.ar/html/doc_institucionales/doc/copade_neuquen.pdf).
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN 2005a. Documento ANAHI "Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas".
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN 2005b. "Programa Médicos Comunitarios, Posgrado en Salud Social y Comunitaria".
- MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN 2010. "Notificación de casos de tuberculosis en la Republica Argentina. Periodo 1980-2009".
- MOMBELLO, L. 2005. "La 'mística neuquina'. Marcas y disputas de provinciana y alteridad en una provincia joven." En: C. Briones (Ed). *Cartografías Argentinas. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*, Buenos Aires: Antropofagia. Pp.: 151-178.

- MONTTOYA MONTTOYA, GJ. 2007. "La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva". *Acta Bioethica* 13 (2).
- MORAES NOVAES, H. 1990. Acciones integradas en los sistemas locales de salud: análisis conceptual y apreciación de programas seleccionados en América Latina. Cuaderno Técnico No. 31, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1990. También publicado en portugués por la Biblioteca Pioneira de Administración e Negócios-PROAHS, São Paulo.
- MUÑOZ FRANCO, N E. 2009. "Reflexiones sobre el *cuidado de sí* como categoría de análisis en salud". *Revista Salud Colectiva* 5 (3): 391-401.
- NAHUEL, M. L.; HUERCO, L.; LONCON, L.; VILLARREAL, J. 2004. "Pulmarí: recuperación de espacios territoriales y marco jurídico: desafíos mapuches a la política indigenista del Estado.", Informe de caso Proyecto "Desarrollo Comunitario en Perspectiva Comparada", Centro de Política Social para América Latina (CLASPO), Universidad de Texas.
- NAKAYAMA, L., MARIONI, S., LONAC, A. y OTERO, A. 2005. "Interacciones y efectos sobre el desarrollo local. El caso de San Martín de los Andes y el Parque Nacional Lanín". *Aportes y Transferencias. Tiempo Libre, Turismo y Recreación*. Centro de Investigaciones Turísticas. Facultad de Ciencias Económicas y Sociales. Universidad de Mar del Plata, Año 5. Número I: 11-34.
- NAVA, R. 2006. Curación de una enfermedad espiritual desde una perspectiva aymara. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 245-256.
- NICOLETTI, M A. 2002. "Misiones 'ad gentes': Manuales misioneros salesianos para la evangelización de la Patagonia (1910-1924)", *Ricerche Storique Salesiane XXI*, 1 (40): 1- 40.
- ORFALI FABRE, M M. 2001. *Historia de la Patagonia -desde el siglo XVI hasta 1955*. Buenos Aires, Universidad Católica Argentina.
- ORGANIZACIÓN DE NACIONES UNIDAS (ONU). 1992. Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Principio N°22. Río de Janeiro.
- ONU. 2007. Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Nueva York.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT). 1957. Convenio N° 107. Convenio sobre poblaciones indígenas y tribales. Ginebra.
- OIT. 1989. Convenio N° 169. Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Ginebra.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 1946. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Nueva York. (disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf).
- OMS. 1978. *Declaración de Alma Ata, Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud*. Alma-Ata, URSS. (disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>).
- OMS. 1986. *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Canadá.
- OMS. 2005. "Acción sobre los factores sociales determinantes de la salud: aprender de las experiencias anteriores". Documento de información preparado para la comisión sobre determinantes sociales de la salud. Principales autores del documento: Alec Irwin y Elena Scali. Ginebra.
- OPAS. 1974. "Informe Lalonde: una nueva perspectiva sobre la salud de los canadienses". Canadá.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS). 1993. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Winnipeg- Canadá.
- OPS. 1997. Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales: Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS/OMS. Washington, D.C.
- OPS. 1999. "Boletín Epidemiológico". Resúmenes Metodológicos en Epidemiología: Medición de Inequidades en Salud, 20(1).
- OPS. 2004. Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Ejes de trabajo y plan de acción 2005-2015. OPS. Washington, D.C.
- OPS. 2005. Primer foro internacional sobre Salud de los Pueblos Indígenas e interculturalidad. OPS, UNEP, CEC, Global Environment Facility.
- OPS. 2006. *Informe del proyecto subregional cono sur de control y vigilancia de la hidatidosis: Argentina, Brasil, Chile y Uruguay*. 3ª Reunión del Proyecto Subregional Cono Sur de Control y Vigilancia de la Hidatidosis. Porto Alegre, RS, Brasil / Organización Panamericana de la Salud. - Río de Janeiro: OPS, 2006.
- OPS. 2008. Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas. Componente comunitario de la estrategia de atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI). OPS, United Nations Foundation, American Red Cross, Canadian International Development Agency.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OPS/OMS). s.f. La Salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos. Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental. Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud. Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. Quito: OPS/OMS.
- OPS/OMS. 1984. *Educación para la salud en la comunidad: experiencias latinoamericanas*. HSP/SILOS-38.
- OPS/OMS. 1996. *Promoción de la salud: una antología*. Washington D.C., Publicación científica No. 557.
- OPS/OMS. 2003. "Comunidades Indígenas". Revista A su Salud! 3, Representación de OPS/OMS en Argentina.
- OPS/OMS. 2005. "Informe Bienio 2004- 2005". Revista A su Salud! Número especial. Representación de OPS/OMS en Argentina.
- OROBITG, G. 2004. Cuando el "cuerpo" esta lejos. Enfermedad, persona y categorías de alteridad entre los indígenas Pumé de Venezuela. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 251-264.
- OTERO, A., GONZÁLEZ, R., GALLEGO, E., MORETTO, P., MARIONI, S., NAKAYAMA, L. Y PAÉZ, P. 2009. "Urbanizaciones de migración de amenidad en el Corredor de Siete Lagos. Neuquén. Patagonia. Argentina - Amenazas para un futuro cercano". *Foro Internacional Saberes, Sabidurías e Imaginarios*. Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba.
- PAPAZIAN, A. 2013. *El Territorio también se mueve. Relaciones sociales, historias y memorias en Pulmarí (1880-2006)*. Tesis Doctoral en Antropología. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.
- PAREKH, BHIKHU. 2000. *Rethinking Multiculturalism: Cultural Diversity and Political Theory*, Londres, Palgrave.

- PAREKH, BHIKHU. 2004. "¿Cuál es multiculturalismo?", pagina web india-seminar.com/1999/484/2004.
- PARQUE NACIONAL LANIN/ ADMINISTRACIÓN DE PARQUES NACIONALES (PNL/ APN). 2011. "Documento de PNL/APN. "La política institucional de Comanejo Intercultural entre el Parque Nacional Lanín y la Confederación Mapuce Neuquina". San Martín de los Andes, Neuquén.
- PAYNE, G. 2006 "Social Divisions as a Sociological Perspective" en Geoff Payne, *Social Divisions* (New York, Palgrave Macmillan).
- PERAZA ROQUE, G., PÉREZ DELGADO, S. y FIGUEROA BARRETO, Z. 2001. Factores asociados al bajo peso al nacer. *Revista Cubana de Medicina General Integral* 17(5): 490-496.
- PERDIGUERO E. 2006. Una reflexión sobre el pluralismo médico. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 33-49
- PERDOMO- RUBIO, A y MARTÍNEZ- SILVA, P. 2010. "Agentes y campos sociales en la seguridad del paciente de tres hospitales de Bogotá". *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 9 (19): 150-178.
- PÉRGOLA, F. 2012. "Carlos Alberto Alvarado y el paludismo", *Rev Argent Salud Pública*. Vol 3 (13): 42-43.
- PÉREZ RAVENTÓS, A y MONÓPOLI, J. 2004. Rehacer la historia desde la interculturalidad: El plan de co manejo del Parque Nacional Lanín." Informe de caso Proyecto "Desarrollo Comunitario en Perspectiva Comparada, CLASPO, Universidad de Texas. Disponible en <http://lanic.utexas.edu/project/etext/llilas/claspo/rtc/0027.pdf>.
- PEREIRO, X. 2004. "Apuntes de antropología y memoria". *Revista O Fiadeiro* N° 15: 123-158.
- PERIÓDICO EL TRIBUNO. "Los agentes sanitarios salvan vidas". Versión digital: www.eltribuno.info/salta, 24 de Junio de 2010. Salta.
- PERIÓDICO OTRA VISTA SOCIAL CLUB. Entrevista realizada por Paula Gingins. Septiembre 2005. San Martín de los Andes.
- PERRONE, N y TEIXIDÓ, L. 2011. "Estado y salud en la Argentina". En *Revista de la maestría de Salud Pública*. Año 9, N°17, Buenos Aires, Facultad de ciencias médicas. Universidad de Buenos Aires. (disponible en: <http://msp.rec.uba.ar/revista/02anteri/rev01001.php>).
- PITARCH, P. 2004. En el museo de la medicina Maya. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas*. Quito: ABYA YALA, BOLIHISPANA, UCLM. Pp 233-250.
- PLATT, T. 2006. "El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes". En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 145-172.
- PROGRAMA DE FORMACION RESIDENCIA INTERDISCIPLINARIA DE EDUCACION PARA LA SALUD (RIEpS). 2003. Dirección de Capacitación y Desarrollo. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Secretaria de Salud. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (disponible en: <http://www.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/res/prog/eps.pdf>).
- PROGRAMA DE PREVENCIÓN DE LA HIDATIDOSIS. Secretaría de Salud. Gobierno de la provincia de Neuquén. (disponible en: <http://www4.neuquen.gov.ar/salud>).

- PROGRAMA DE SALUD RURAL Y PERI-URBANA. Secretaría de Salud. Gobierno de la provincia de Neuquén. 7 de Enero de 2010. <http://www.saludneuquen.gov.ar>.
- PROGRAMA NACIONAL DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES (PRONACEI). 2012. Cobertura de vacunación en Argentina. Reporte epidemiológico. Ministerio de Salud de la Nación.
- PROGRAMA. Ministerio de Salud de la Nación.
- QUADRELLI, S. 2015. "La medicalización de la vida: entre el anhelo y la quimera", *Rev. am. med. respir* 15 (1): 2-10.
- QUIJANO, A. 1999. "La colonialidad del poder. Cultura y conocimiento en América Latina". En: S. Castro-Gómez, O. Guariola-Rivera y C. Millán de Benavides (eds.). *Pensar (en) los intersticios. Teoría y práctica de la crítica post colonial*. Centro Editorial Javeriano, Santa fé de Bogotá.
- RADOVICH, J C. 2013. "Los mapuches y el Estado neuquino: algunas características de la política indígena", *RUNA XXXIV* (1): 13- 29.
- RADOVICH, J. C Y BALAZOTE, A. 2000. "Efectos sociales de la privatización de YPF en la provincia de Neuquén". *Cuadernos* 20, Buenos Aires, Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano: 73-91.
- RAMÍREZ HITA, S. 2006. La interculturalidad sin todos sus agentes sociales. El problema de la salud Intercultural en Bolivia. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 405-412.
- RAMÍREZ HITA, S. 2008. "Políticas de Salud basadas en el concepto de "Interculturalidad". Los centros de "salud intercultural" en Bolivia". Ponencia presentada en: *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Posadas, Pcia. de Misiones, Argentina. 5 al 8 de agosto de 2008.
- RAMÍREZ HITA, S. 2009a. La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. En: *Salud Colectiva*, Vol.5 Numero 1. Buenos Aires, Argentina. Pp 63-85
- RAMÍREZ HITA, S. 2009b. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Revista Avá* Nº 14: 191-212.
- RAMÍREZ HITA, S. 2010 *Calidad de atención en salud: prácticas y representaciones sociales en las poblaciones quechua y aymara del altiplano boliviano / Quality health care: practices and social representations in the Quechua and Aymara peoples of the Bolivian Altiplano*. La Paz; OPS.
- RANCE, S. 1999. *Trato humano y educación médica*. La Paz: Ipas/MSPS/DFID/Viceministerio de Asuntos de Género, Generacionales y Familia.
- RAPPAPORT, J. Y RAMOS PACHO, A. 2005, "Una historia colaborativa: retos para el diálogo indígena – académico". *Historia Crítica*. 29: 39-62.
- REGASLSKY, P. 2007. *Etnicidad y Clase. El Estado boliviano y las estrategias andinas de manejo del espacio*. CEIDIS, CESU-UMSS-CENDA, Plural. Bolivia.
- REMORINI, C. 2005. Persona y Espacio. Sobre el concepto de "teko" en el abordaje etnográfico de las primeras etapas del ciclo de vida Mbya. *SCRIPTA ETHNOLOGICA*, XXVI 59-75.
- RESTREPO, E. 2008. Multiculturalismo, gubernamentalidad, resistencia. *El giro hermenéutico de las ciencias sociales y humanas*, 35-48.
- RESTREPO, H y MALAGA, H. 2001. *Promoción de la salud. Cómo construir una vida saludable*. Washington D.C., Editorial Médica Panamericana.

- REVISTA ELECTRÓNICA DE TRABAJO SOCIAL: <http://serviciosocialipp.bligoo.com>
- REVISTA TENDENCIA & RETOS. 2007. "Caracterización de la visita domiciliaria como técnica de intervención de Trabajo Social en instituciones de salud, empresas y comisarías de familia de Bogotá, D.C." N° 12: 239-241.
- RICOEUR, P. 2005. *Caminos del reconocimiento. Tres estudios*. España, Editorial Trotta.
- RIZO, M Y ROMEU, V. 2006. "Cultura y comunicación intercultural. Aproximaciones conceptuales", e-compós, 6:1-19.
- RIVERS, W. 1924. *Medicine, magic and religion*. Harcourt Brace Jovanovich, Inc. Nueva York.
- ROYDER, R. y ANGELONI, M. 2007. *Estándares e indicadores de calidad de atención con enfoque intercultural para centros de salud de primer nivel*. Cooperazione italiana. Bolivia.
- RUDDICK, S. 1992. "From Maternal Thinking to Peace Politics". In: Browning Cole E. and S. Coultrap- McQuin (Ed) *Explorations in Feminist Ethics. Theory and Practice*. Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press.
- RUFFINI, M. 2006. "Ciudadanía restringida para los territorios nacionales: contradicciones en la consolidación del estado argentino". *Estudios Interdisciplinarios de América Latina y el Caribe* (E.I.A.L.), 17 (2): 61-86.
- RUIZ MEDINA, M I. 2011. *Políticas públicas en salud y su impacto en el Seguro Popular en Culiacán, Sinaloa, México*. Universidad Autónoma de Sinaloa. Tesis de doctorado. Ms.
- SABATELLA, M E. 2011. *Procesos de subjetivación política: Reflexiones a partir de un proyecto de medicina mapuche en Los Toldos*. San Carlos de Bariloche, IIDyPCA- Universidad Nacional de Río Negro- CONICET.
- SANABRIA RAMOS, G. 2004. "Participación social en el campo de la salud". *Revista Cubana Salud Pública* 30 (3). (disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000300005&lng=es&nrm=iso).
- SANJINÉS, J. 2005. *El espejismo del mestizaje*. La Paz, Instituto Francés de Estudios Andinos, PIEB.
- SANTOS, DE SOUSA B. 2002, "Hacia una Concepción intercultural de los Derecho humanos", *El otro Derecho*, N° 28, pp. 59-83.
- SANTOS, DE SOUSA B. 2007. *La reinención del Estado y el Estado plurinacional*. Alianza Interinstitucional CENDA-CEJIS-DEDIB.
- SCAGLIA, M C. 2012. *Curarse en salud. Saber en atención primaria de la salud: la implementación del programa Médicos Comunitarios en Florencio Varela, Argentina*. Tesis de Doctorado. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires. Ms.
- SEGATO, R. 1997. "Alteridades históricas/Identities políticas: una crítica a las certezas del pluralismo global". VIII Congreso de Antropología en Bogotá. Facultad de Humanidades. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá.
- SEGATO, R. 1998. "Alteridades históricas/identidades políticas: una crítica a las certezas del pluralismo global", en *Série Antropologia* # 234. Brasilia: Universidade de Brasilia. 29 pp.
- SENNETT, R. 2003. *El respeto. Sobre la dignidad del hombre en un mundo de desigualdad*. Barcelona: Anagrama.

- SIFREDI, A y BRIONES, C. 1989. "Discusión introductoria acerca de los límites teóricos de lo étnico", *Cuadernos de Antropología* 2(3): 5-24. Buenos Aires, UNLU-EUDEBA.
- SONTAG, S. *La enfermedad y sus metáforas*. Buenos Aires, Taurus.
- SPADAFORA, A M. 2002. "Antropología, desarrollo y poblaciones indígenas. Una perspectiva crítica". *IX Congreso de Antropología de la Federación de Asociaciones de Antropología del Estado Español*. Barcelona.
- SPINELLI, H. 2005. "Condiciones de Salud y Desigualdades Sociales: historias de iguales, desiguales y distintos", en *Críticas e Atuantes. Ciências Sociais e Humanas em Saúde na América Latina*. Minayo M. C y Coimbra C. Organizadores, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, pp. 315-332.
- SPINELLI, H. 2010. "Las dimensiones del campo de la salud". *Revista Salud Colectiva* 6 (3): 275-293.
- STARFIELD, B. 2001. *Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología*. Barcelona, Masson.
- STOLKINER, A., SOLITARIO, R. 2007. "Atención Primaria de la Salud y Salud Mental: la articulación entre dos utopías". En Maceira, D. (Comp.), *Atención Primaria de la Salud. Enfoques interdisciplinarios*. Buenos Aires, Editorial Paidós.
- TAMAGNO, L.1991. "La cuestión indígena en Argentina y los censores de la indianidad". *América Indígena* (México) 55 (1): 123-152.
- TAMAGNO, L. 1996. Legislación indígena. Dificultades para su reglamentación; el caso de la provincia de Buenos Aires. En: Varesse, S (Coord.) *Pueblos indios, soberanía y globalismo*, pp.225- 280, Ecuador, ABYA YALA.
- TAMAGNO, L. 1997. Las políticas indigenistas en Argentina. Discursos, derechos, poder y ciudadanía. *Horizontes Antropológicos*, N°6, Brasil, UFRGS.
- TAMAGNO, L. 2001. *NAM QOM HUETA ´A NA DOQSHI LMA´. Los tobas en la casa del hombre blanco. Identidad, memoria y utopía*. La Plata: Ediciones Al Margen.
- TAMAGNO, L. 2006. "Interculturalidad una revisión desde y con los pueblos indígenas". En: Alicia Barabas (Coord.) *Diversidad y Reconocimiento. Aproximaciones al Multiculturalismo y la Interculturalidad en América Latina. Suplemento Especial de la Revista Diario de Campo Instituto Nacional de Antropología e Historia -INAH-*, México pp 21-47.
- TARANDA, D., PERREN, J., MASES, E., GALLUCI, L. y CASULLO, F., 2008. *Silencio hospital*. Neuquén, Editorial de la Universidad Nacional del Comahue.
- TERRIS, M. 1992. "Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la Salud Pública". En OPS/OMS. 1996. *Promoción de la salud: una antología*. Washington D.C., Publicación científica N°. 557: 37-44.
- TESTA, M. 1996. *Pensar en salud*. Buenos Aires, Editorial Lugar.
- TORRES PARODI, C .2003. "Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud para los grupos étnicos/raciales." Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud.
- TOZZINI, A. 2014. *Pudiendo ser mapuche. Reclamos territoriales, procesos identitarios y Estado en Lago Puelo, Provincia de Chubut*. San Carlos de Bariloche, IIDyPCa- CONICET.
- TRENTINI, F Y PÉREZ, A. 2010. "Historias familiares en Los Lagos: el lof Paichil Antriao y el lof Quintriqueo". En: Ghioldi, G (comp.) *Historias de las familias mapuche Lof Paichil Antriao y Lof Quintriqueo*. Córdoba: Ferreyra. pp. 109-142.

- TRENTINI, F., VALVERDE, S., RADOVICH, J.C., BERÓN, M. Y BALAZOTE, A. 2010. "Los nostálgicos del desierto: la cuestión mapuche en Argentina y el estigma en los medios". *Cultura y representaciones sociales* 4 (8): 186-212.
- TROSTLE, J. 1996. "Medical Anthropology and Epidemiology", *Annual Review of Anthropology*, 25: 253-274.
- UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA, s/f, Pueblos de la Patagonia, Mapuche, Córdoba. (disponible en <http://www.museoantropologia.unc.edu.ar/Patagonia%20Indigena.htm>).
- URIBURU, G. 2006. Mortalidad materna en Bolivia ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?. En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 173-186.
- VALADEZ FIGUEROA, I., VILLASEÑOR FARÍAS, M. y ALFARO ALFARO, N. 2004. "Educación para la Salud: la importancia del concepto". *Revista de Educación y Desarrollo* N° 1: 44-47.
- VALVERDE, S. 2006. *Las condiciones de existencia y las practicas de reproducción de la población mapuche en las regiones turísticas de las provincias de Neuquén y Río Negro*. Tesis Doctoral, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. MS.
- VALVERDE, S. 2009. "Identidad étnica, etnicidad y reorganización comunitaria: el caso de la agrupación Mapuche Ñorquinco (provincia de Neuquén)". *Papeles de Trabajo- Centro de Estudios Interdisciplinarios de Etnolingüística y Antropología Sociocultural* N° 17.
- VALVERDE, S. 2010a. "Demandas territoriales del pueblo mapuche en área Parques Nacionales". *Avá Revista de Antropología*. 17: 69-83.
- VALVERDE, S. 2010b. "Seríamos el espejo de lo que es Villa Pehuenia": Análisis comparativo-regional de los conflictos territoriales del pueblo mapuche en áreas turísticas de la provincia de Neuquén". *Runa* [online] 31, n.1: 31-48. (disponible en http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-96282010000100002&lng=es&nrm=iso).
- VALVERDE, S Y GARCÍA, A. 2007. "Relacoes interétnicas, processos de construo da identidade e estrategias etnopolíticas mapuches no departamento Los Lagos, Neuquén, Argentina" *Cadernos de Campo*. 16: 113-126.
- VALVERDE, S. y STECHER, G. 2006. "Los proyectos de desarrollo, transformaciones productivas, organizacionales y reivindicaciones territoriales: el caso de la comunidad Mapuche Vera (San Martín de los Andes, Provincia de Neuquén)". *Theomai* [en línea] 2006. (disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12401309>).
- VERONELLI, J. C y TESTA, A. (eds.). 2002. *La OPS en la Argentina. Crónica de una relación centenaria*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- VERONELLI, J. C y CORRECH, M. V. 2004. *Los orígenes institucionales de la Salud Pública en la Argentina*. Buenos Aires, Organización Panamericana de la Salud.
- WALSH, C. 2002. (De) Construir la interculturalidad. Consideraciones críticas desde la política, la colonialidad y los movimientos indígenas y negros en el Ecuador. En: Fuller, N. *Interculturalidad y Política. Desafíos y posibilidades*. Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú. Lima, Pp. 115-142.
- WERNER, F. 2007. *Geo. San Martín de los Andes 2007. Perspectivas del ambiente urbano*. Proyecto final de Ingeniería en Ecología. Universidad de Flores, Facultad de Ingeniería. Buenos Aires.

- WHO - WSPA guidelines for dog population management. World Health Organization
- VIAÑA, J. 2008. Reconceptualizando la interculturalidad. En: Comp Mora, D. y De Alarcón, S. *Investigar y Transformar. Reflexiones sociocríticas para pensar la educación*. Instituto Internacional de Integración. La Paz, Pp 293-343.
- ZALLES, J. 2006. "Bolivia un ejemplar de mutua exclusión cultural en salud con dramáticas consecuencias. Un desafío que no puede esperar". En: Fernández, G. (comp.) *Salud e interculturalidad en América latina. Antropología de la salud y crítica intercultural*. Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI. Pp 389-404.
- ZENT, S y FREIRE, G. 2011. "La economía política de la salud, la enfermedad y la cura entre los piaroa". En: Freire (ed): *Perspectivas en salud indígena. Cosmovisión, enfermedad y políticas públicas*. Quito: ABYA YALA. Pp 327-374.
- ZIZEK, S. 1998. Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional, en: Jameson, Fredric y Žižek, Slavoj, *Estudios Culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo*, Buenos Aires, Paidós.
- ZIZEK, S. 2001. "Multiculturalismo o la lógica cultural del capitalismo multinacional", en Jameson, E y S. Zizek, con introducción de E. Gruner. *Estudios culturales. Reflexiones sobre el multiculturalismo*. Buenos Aires: Paidós. Pp. 137-188.