

Interculturalidad y Salud

CAPACITACIÓN EN SERVICIO PARA TRABAJADORES
DE LA SALUD EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Programa de
Equipos Comunitarios



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación



EDUCACIÓN PERMANENTE EN SERVICIO

Interculturalidad y Salud

EDUCACIÓN PERMANENTE EN SERVICIO
PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

INDICE

<i>Presentación del material.....</i>	7
Unidad 1. <i>Los Pueblos Originarios de Argentina.....</i>	13
Unidad 2. <i>Situación de salud de los Pueblos Originarios.....</i>	31
Unidad 3. <i>Apuntes sobre Interculturalidad.....</i>	47
Unidad 4. <i>Los desafíos de la interculturalidad en salud en la Argentina.....</i>	71
Unidad 5. <i>Construyendo políticas interculturales en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.....</i>	81
Unidad 6. <i>Aproximaciones al trabajo intercultural: algunas experiencias.....</i>	95
Bibliografía.....	107

A decorative border composed of a repeating pattern of small triangles in shades of gray and white, framing the central text area.

Unidad 1

Los Pueblos Originarios de Argentina

Introducción

En la República Argentina existen actualmente más de 37 Pueblos Originarios distribuidos a lo largo de todo su territorio, que involucran una población total de 600.329 personas (Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) - INDEC 2004-2005).

La población indígena total del país, discriminada por sexo, resultaba en aquel momento distribuida del siguiente modo:

POBLACIÓN INDÍGENA POR SEXO. TOTAL PAÍS

Sexo	Total País
Hombres	301.208
Mujeres	299.121
Total	600.329

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2004-2005.

La distribución por grupos de edad de la misma población era la siguiente:

POBLACIÓN INDÍGENA POR GRUPOS DE EDAD. TOTAL PAÍS

Grupo de Edad	Total País
0-14	212.864
15-64	352.118
65 y más	35.347
Total	600.329

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2004-2005.

La nómina de pueblos indígenas se construye en el marco del proceso dinámico de autoreconocimiento que viven los Pueblos Indígenas en nuestro país, y por ello, no son un número cerrado.

En el *RENACI* (*Registro Nacional de Comunidades Indígenas*) que se construye bajo el criterio de autoreconocimiento en el *Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI)* se contemplan los siguientes Pueblos Originarios: Atacama, Chané, Charrúa, Chorote, Chulupí, Comechingón, Diaguita, Diaguita Calchaquí, Guaraní, Huarpe, Kolla, Lule, Mapuche, Mocoví, Selk'nam (Ona), Ocloya, Omaguaca, Pilagá, Rankulche, Tapiete, Tehuelche, Tilián, Toba, Tonocoté, Vilela y Wichí.

Para tener una idea de la distribución de comunidades pertenecientes a estos pueblos se presenta a continuación su distribución en el territorio nacional y de algunas provincias.

1. Se entiende por *autoidentificación* o *autorreconocimiento* de pertenencia a un pueblo indígena cuando una persona declara espontáneamente en base a su consideración la pertenencia a un pueblo indígena. Es el criterio que establece la Ley de Censo Aborígen de 1998 y respeta el derecho a la autodeterminación. Otro criterio posible es la identificación de la pertenencia étnica de los antepasados.

NACIONES ORIGINARIAS EN LA ACTUALIDAD



Estos mapas son una muestra de la presencia de comunidades indígenas. No pretenden ser una fotografía exhaustiva de su distribución. Permiten observar que multiplicidad de comunidades pertenecientes a variedad de etnias se distribuyen en los territorios de muchas provincias de nuestro país, territorios que -en general- ocupan desde tiempos ancestrales.

1. Marco legal actual

Los Pueblos Indígenas que habitan en la Argentina se encuentran actualmente en un proceso de cambio complejo y diverso de autoidentificación, revitalización étnico-cultural y reivindicaciones de orden político, económico y social.

Algunos de estos pueblos conservan su lengua originaria en el ámbito familiar y comunitario, si bien la mayoría entiende y habla el español.

La información sobre población que habla habitualmente en su casa lengua indígena se refiere a un conjunto de pueblos, no a todos y es la siguiente:

POBLACIÓN INDÍGENA DE 5 AÑOS Y MÁS QUE HABLA HABITUALMENTE EN SU CASA LENGUA INDÍGENA. POR PUEBLOS INDÍGENAS CON INFORMACIÓN DISPONIBLE

Pueblo Indígena	% habla lengua indígena
Ava Guaraní	10,3
Chané	10,2
Chorete	75,3
Chulupí	36,1
Guaraní	6,9
Kolla	1,9
Mapuche	2,2
M' bya Guaraní	40,0
Mocoví	16,3

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2004-2005.

Todos los pueblos reivindican el derecho a la educación e información en su lengua y la necesidad de resguardarla como parte sustantiva de su patrimonio cultural e identidad, actuando como miembros de pueblos distintos, aunque insertos en la comunidad nacional.

En este proceso de autoafirmación por parte de los pueblos indígenas es notorio el lugar que ocupan la definición de sus **derechos respecto de la tierra, del mantenimiento de sus costumbres, de sus lenguajes y de su cultura.**

“La tierra no es un comercio, es la vida misma. Ni la tierra ni la vida se pueden negociar. La alianza entre el hombre y la tierra no se puede dividir. Sólo pedimos que se respete nuestra cosmovisión. Amamos el futuro aunque no lleguemos a vivirlo. (...)”²

El primer logro de las reivindicaciones indígenas en materia legislativa fue la

2. Palabras de Félix Díaz, cacique de la comunidad Qom, en el artículo de Bayer, O.: *Argentinos, a las soluciones del día 13/11/11* en el diario Pagina 12.

sanción de la *Ley Nacional, 23.302³ de Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Indígenas* (1985), que consagra en su artículo primero la tan solicitada *participación del indígena* con sus propias pautas culturales en la vida del país.

Entre otros, la Ley 23.302 crea el *Instituto Nacional de Asuntos Indígenas* y establece sus misiones y funciones.

La relevante trascendencia de la estructura del INAI, se entiende en cuanto a que esta crea entre otros, un Registro Nacional de Comunidades Indígenas que otorga mediante su inscripción la personería jurídica a las comunidades indígenas de todo el país.

(...) El INAI, tiene amplias facultades a través de las cuales debe alcanzar el fin propuesto por la ley de su creación, que es la protección y el apoyo hacia las comunidades indígenas, defendiendo los derechos que les corresponden y la realización de acciones que permitan su desarrollo económico y social, para una plena participación en el proceso socio-económico y cultural de la Nación, respetando a su vez sus propios valores y modalidades. Terminando con las injusticias y discriminaciones que se cometen hacia dichos pueblos y sus integrantes.

Las normas en materia de derecho de los pueblos indígenas tienen un sentido de acción afirmativa, de reparación histórica y de respeto de su identidad cultural específica, dichos pueblos se encuentran en condiciones de marginación y de desigualdad que debe ser corregida, a la vez que se incorpora su acervo cultural como parte de la identidad nacional.⁴

El reconocimiento de la personería jurídica a las distintas comunidades se ha traducido en:

- el inicio de un **proceso de devolución de sus tierras ancestrales**, y en,
- **la enseñanza bilingüe e intercultural.**

El proceso de devolución y/o reconocimiento de tierras ancestrales, no es una tarea fácil:

Si bien hay una apertura muy importante para la inclusión de los derechos específicos de los pueblos indígenas dentro de los derechos humanos(...) cuando esos derechos reconocidos de los pueblos originarios confrontan contra intereses económicos (...) siempre se atenta contra los pueblos originarios.⁵

3. Sancionada el 30/9/85. Artículo 70 de la Constitución Nacional. Publicada en el Boletín oficial el día 12/11/85.

4. http://www.indigenas.bioetica.org/inves47.htm#_Toc59680527, consultado el 11/12/11.

5. Diálogo con la Doctora en Antropología Diana Lenton, en: Aranda, D.: *El Estado se construyó sobre un genocidio*. Artículo publicado el 10/10/11 en el diario Pagina 12.

Respecto de la **enseñanza bilingüe e intercultural**:

En la resolución 549 del Ministerio de Educación se resalta que “a lo largo de nuestra historia la diversidad no ha sido reconocida por el sistema educativo, dado que las políticas educativas en nuestro país han estado marcadas por la tendencia a la homogeneización”. Con este reconocimiento –y aunque entre las mismas comunidades hay matices–, se entiende a la educación bilingüe e intercultural como una enseñanza que respete la diversidad sociocultural, los saberes ancestrales y que, en el proceso de aprendizaje, se utilice y valore al idioma originario tanto o más que el castellano.⁶

En el año 1994, en el marco de la Reforma de la Constitución Nacional, se incorpora la *preexistencia étnica y cultural de los pueblos originarios argentinos* y se garantiza el respeto a su identidad del siguiente modo:

*Art. 75.- Corresponde al Congreso:
Inc.17: Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible, ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afectan. Las provincias pueden ejercer concurrentemente estas atribuciones.*

Actualmente muchos de los Pueblos Indígenas conservan sus pautas culturales, sus lenguas, sus formas de organización y su espiritualidad, en tanto otros han sido *integrados* o *asimilados*, perdiendo su identidad y han emigrando a grandes ciudades.

Quienes no perdieron su conciencia indígena, o quienes la recuperaron, hoy se organizan, revitalizan su ser, su comunidad y pueblo, revalorizan su cultura y reclaman una participación plena y efectiva en las políticas públicas, en particular, en aquellos aspectos que les afectan.

Existe también un cuerpo normativo nacional y provincial, previo y posterior a la Constitución que amplía y reglamenta lo dispuesto en ella.

Las principales disposiciones legales a nivel nacional son:

6. Un reconocimiento que tiene historia. Artículo publicado en el diario Página 12 el 5/07/04.

- La ya mencionada Ley N° 23.302 ⁷: *Política indígena y apoyo a las comunidades indígenas*, que también ordena:

Artículo 18: La autoridad de aplicación coordinará con los gobiernos de provincia la realización de planes intensivos de salud para las comunidades indígenas, para la prevención y recuperación de la salud física y psíquica de sus miembros, creando unidades sanitarias móviles para la atención de las comunidades dispersas. Se promoverá la formación de personal especializado para el cumplimiento de la acción sanitaria en las zonas de radicación de las comunidades.

Artículo 19: Se declara prioritario el diagnóstico y tratamiento mediante control periódico, de las enfermedades contagiosas, endémicas y pandémicas en toda el área de asentamiento de las comunidades indígenas. Dentro del plazo de sesenta días. de promulgada la presente ley deberá realizarse un catastro sanitario de las diversas comunidades indígenas, arbitrándose los medios para la profilaxis de las enfermedades y la distribución en forma gratuita bajo control médico de los medicamentos necesarios.

Artículo 20: La autoridad de aplicación llevará a cabo planes de saneamiento ambiental, en especial para la provisión de agua potable, eliminación de instalaciones inadecuadas, fumigación y desinfección, campañas de eliminación de roedores e insectos y los demás que sea necesario para asegurar condiciones higiénicas en los lugares de emplazamiento de las comunidades indígenas promoviéndose a ese efecto, la educación sanitaria de sus integrantes y el acceso a una vivienda digna.

Artículo 21: En los planes de salud para las comunidades indígenas deberá tenerse especialmente en cuenta:

- a. La atención buco dental.*
- b. La realización de exámenes de laboratorio que complementen los exámenes clínicos.*
- c. La realización de exámenes cardiovasculares, a fin de prevenir la mortalidad prematura.*
- d. El cuidado especial del embarazo y parto y la atención de la madre y el niño.*
- e. La creación de centros de educación alimentaria y demás medidas necesarias para asegurar a los indígenas una nutrición equilibrada y suficiente.*

7. Ley No 23.302

- f. *El respeto por las pautas establecidas en las Directivas de la Organización Mundial de la Salud respecto de la medicina tradicional, indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas.*
- g. *La formación de promotores sanitarios aborígenes especializados en higiene preventiva y primeros auxilios.*

Las medidas indicadas en este capítulo lo serán sin perjuicio de la aplicación de los planes sanitarios dictados por las autoridades nacionales, provinciales y municipales, con carácter general para todos los habitantes del país.

Esta normativa dio origen posteriormente a la creación de programas específicos de Salud Indígena como el ANAHI⁸ y el Subprograma *Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios*⁹, constituyendo ambos el primer antecedente en Argentina de *Salud Intercultural*.

- La Ley N° 24.956¹⁰ que establece la inclusión del autoreconocimiento de la identidad indígena en el Censo de 2001.

(...) el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, que nuestro país ratificó por Ley 24071 introduce un concepto en relación a este importante aspecto: la autodefinición.

En su Art. 2 expresa que: la conciencia de su identidad indígena o tribal, deberá considerarse un criterio fundamental para determinar a los grupos a los que se aplican las disposiciones del presente Convenio. Ello implica por extensión, que subyace en la conciencia de la identidad indígena la adopción de formas asociativas que le sean propias y que mejor representen los intereses individuales y comunitarios de sus miembros.¹¹

- La Ley N° 24.071¹². Este convenio promueve el respeto por las culturas, las formas de vida, las tradiciones y el derecho consuetudinario de los pueblos indígenas. También define los principios rectores que deben guiar las políticas interculturales en salud:

Artículo 25:

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

8 y 9. Se presenta información sobre estos programas en la Unidad 5 de este mismo módulo.

10. Sancionada el 29/4/98. Promulgada en el Art. 80 de Constitución Nacional el 22/5/98. Publicada en el Boletín Oficial del 28/5/98.

11. http://www.indigenas.bioetica.org/inves47.htm#_Toc59680527, consultado el 11/12/11.

12. Sancionada el 4/3/92. Ratificatoria del Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.

2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

- La Ley 24.375. *Ratificación del Convenio sobre Diversidad Biológica*. Establece en su Art. 8, Inc. J:

Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente.

Sin embargo, es posible encontrar relatos como este:

(...) Cuentan que la ruta nacional 81 fue alguna vez un camino de tierra bordeado por el monte. Esa línea, que atraviesa el noreste de Salta y la vecina provincia de Formosa, era casi imposible transitarla en los meses de lluvia. De ese camino de tierra sólo quedan las historias: hoy la ruta 81 forma parte de uno de los corredores bioceánicos requeridos para la integración comercial del Mercosur -una integración que los pobladores ven pasar en camiones de gran porte-. Y aquellos árboles, aquel monte, en algunos tramos ha desaparecido totalmente, y en otros, aún resiste el avance de la frontera agropecuaria, la explotación forestal y las exploraciones hidrocarburíferas.

Cuenta César Saracho, presidente de la misión wichí La Chirola: “Cuando yo tenía 10 años, no había nada, todo era monte. Ahí uno podía recorrer, buscar todo lo que es del monte, pero llegó un momento, en los últimos años, que uno no puede sacar nada porque todo está alambrado a la vuelta [alrededor]”. Y sigue:

“Nos prohíben todo, como si fuera que nosotros no somos nativos de acá. Por esa razón estamos encorralados, porque tenemos la finca a la vuelta. Incluso, (...)nos persiguen mucho. Estamos muy preocupados porque nosotros [nos] vamos multiplicando y menos tierras tenemos. Viene la gente de las empresas, compran, y nosotros seguimos quedando así, sin tierra. Yo pienso que nosotros tenemos el derecho de la tierra.”

La Chirola, que hasta hace pocas décadas disponía de miles de hectáreas para la campiada -la recolección de frutos del monte, caza y pesca-, hoy se encuentra encerrada en tan sólo 11 hectáreas. No muy lejos de allí, también sobre la ruta 81, la comunidad Las Llanas quedó recluida en 2 hectáreas.

(...) Todo lo que es desmonte nos deja limpio el campo, nosotros por el monte vivimos... como que nos quitan la vida, como que nos matan. [Es como] una bomba atómica para que moramos, porque ya no tenemos vida, porque ya no tenemos más dónde recolectar algo o cazar.¹³

ACTIVIDAD 1

Les proponemos revisar la percepción de lo que sucede en la jurisdicción y centro de salud respecto del cumplimiento de lo que estas leyes establecen. Les sugerimos algunas cuestiones que es posible revisar para reflexionar sobre esta visión:

- ¿Hay en el área programática del Centro de Salud comunidades indígenas?
- Si las hay:
 - ¿cuál es su situación respecto de la posesión-propiedad de las tierras?, ¿son de la comunidad?



13. Extraído de *Dragones: Los dueños de la tierra y el subsuelo*. Por Observatorio Petrolero Sur - Saturday, Nov. 06, 2010 at 6:00 PM. contacto@opsur.org.ar

- ¿Cómo son las condiciones ambientales de vida en la comunidad?, ¿cómo son las condiciones de vida?, ¿hay agua potable?
- ¿se trata de zonas con enfermedades endémicas?

- ¿Conservan su lengua originaria?, ¿hablan español con la misma fluidez que la lengua originaria?

- El equipo de salud ¿habla la lengua originaria?, ¿cómo es la comunicación entre el equipo y los integrantes de estas comunidades ?

- Existen planes o acciones específicas destinadas a cuidar la salud integral de las comunidades indígenas?, ¿en qué consisten?
 - ¿el centro de salud participa en actividades de promoción y prevención vinculadas al mejoramiento de las condiciones ambientales?

- ¿Hay personal especialmente formado para la atención de comunidades indígenas?, ¿hay integrantes de la comunidad que pertenezcan al equipo de salud del centro?

Nota: Si no hubiera población indígena en el área del centro de salud, les proponemos que realicen esta actividad con referencia a alguna población dentro del área, que posea alguna particularidad cultural.



ACTIVIDAD 2

¿Tienen conocimiento de otras leyes provinciales y/o municipales que acompañen el cuerpo normativo presentado en la jurisdicción donde se encuentra el centro de salud?

Los/as invitamos a indagarlo.

Les sugerimos compartir con los/as compañeros/as del equipo comunitario la información que encuentren.

2. Un poco de historia

Hace aproximadamente unos 17.000 años, un grupo humano entró en Norteamérica desde Beringia, siguiendo la línea costera del Pacífico que se encontraba desprovista de hielo. Beringia, era la masa de tierra que conectaba el nordeste de Siberia con Alaska, durante la última era glacial.

Paralelamente, otro grupo humano atravesó un corredor de tierra de 25 km de ancho abierto entre dos capas de hielo que cubrían Canadá, para llegar directamente a la región oriental de las Montañas Rocosas.

Estos primeros americanos, según los investigadores, se convirtieron en los ancestros de casi todos los grupos nativos modernos de Norte, Centro y Sudamérica. Unos 16.500 años después tres pequeños barcos se adjudicaron el *descubrimiento* de América, dejando en el olvido más de 165 siglos de historia, en el que llamaron *Nuevo Mundo*.

La *conquista de América* -comenzada en 1492 por los europeos- y el despojo practicado a partir de allí -tanto por los conquistadores como por sus herederos criollos-, ha provocado entre matanzas, represiones y múltiples enfermedades derivadas del *encuentro de culturas*, la muerte de aproximadamente 100 millones de personas hasta la actualidad.

Dice E. Estrella¹⁴ al respecto:

(...) Los habitantes del Nuevo Mundo (...) no eran portadores de ninguna infección grave que pudiera ser contagiada a los europeos y africanos que llegaron a sus tierras. Al contrario, la brusca confrontación con una larga lista de infecciones que europeos y africanos habían ido recogiendo a lo largo de miles de años, provocó el desastre demográfico en los aborígenes americanos. Las razones de este desequilibrio son bastante comprensibles, ya que en comparación con la complejidad ecológica del Viejo Mundo, el Nuevo no era más que una enorme y vulnerable isla y el nivel escasamente desarrollado de enfermedades entre los americanos fue solo un aspecto de la vulnerabilidad biológica general, pero este aspecto tuvo consecuencias particularmente drásticas para la vida humana.

Es conocido que la migración del hombre y de sus enfermedades es la mayor causa de la presencia de epidemias. Cuando se produce una migración, aquellos individuos que han estado largamente aislados son los que más sufren, porque su material genético no ha tenido contacto con las enfermedades alejadas de su entorno

14. ESTRELLA, E.: *Consecuencias epidemiológicas de la conquista de América*. En www.revistamedica.8m.com/histomed150.htm, consultado el 3/01/12.

geográfico. Los aborígenes americanos, tuvieron el fatal privilegio de su aislamiento del resto de la humanidad, por lo que las enfermedades graves y mortales del Viejo Mundo fueron más mortíferas en el Nuevo y comparativamente aquellos trastornos benignos en Europa, se tornaron mortales en América.

Se cree que la primera epidemia que se desató en la Isabela en diciembre de 1493, afectando a Colón y sus compañeros del segundo viaje, pudo haber sido de influenza. (...) la infección contagió a los indígenas de la isla que murieron en gran número. (...) la importancia de la influenza se vislumbra en su impacto sobre la población indígena de Santo Domingo calculada en 1493 en 1.100.000 habitantes. De éstos, en 1506 quedaban 350.000, en 1510 se calculaban 16.000 y en 1517 no llegaban a 10.000.

Si bien dicha enfermedad pudo haber sido una causa notable de este descenso demográfico, no hay que olvidar la interconurrencia de otras enfermedades, el hambre y la violencia que se ejerció sobre el indígena. Luego de su trágica visita de 1493, la influenza nunca dejó en paz a la población americana: nuevas y devastadoras pandemias y epidemias se presentaron a partir del siglo XVI. (...)

De todas las enfermedades que hicieron el viaje transoceánico, la viruela fue la que ocasionó mayor mortalidad y desolación, siendo una de las causas directas del descenso de la población indígena americana. El primer ataque se produjo entre diciembre de 1518 y enero de 1519 cuando la viruela apareció entre los indios de Santo Domingo (...) Se infectaron también algunos españoles, pero ninguno falleció; en cambio la infección devastó a la población indígena, ensañándose de tal manera que solo logró sobrevivir un millar de indios.

En cuestión de días la epidemia se extendió a Puerto Rico. (...) Desde las Antillas, la viruela viajó a México (...)

La introducción del virus variológico cambió la historia de la conquista (...) Comenzó en el mes de setiembre y duró unos dos meses, coincidiendo con la huida de Cortés y sus compañeros de esa ciudad. La epidemia le dio tiempo para reponerse mientras enfermaban y morían decenas de miles de indígenas (...)

Los españoles identificaron rápidamente la enfermedad, muy conocida en Europa, mientras los indígenas (...) la desconocían (...). Así la desesperación cundió entre los aztecas, que moribundos e inermes fueron fácil presa de los conquistadores. Sus dioses abdicaron, y los ayunos, ofrendas y abstinencias fracasaban. Por donde quiera que cruzaba el hombre blanco llegaban males desconocidos, y como regalo de un Dios extraño, estas enfermedades que no tenían respuesta con sus medicinas, ni con sus curanderos y chamanes, terminaban instalándose en sus tierras y en su gente.

La viruela no se detuvo en el México Central, sino que se trasladó a Guatemala (...) continuó aparentemente por Centroamérica alcanzando el Imperio Incaico entre 1524 y 1526, cruzando posiblemente por mar desde Panamá.

Los indígenas estaban persuadidos de que la presencia de estas nuevas enfermedades era producto de un castigo divino. Para ellos el nuevo Dios que traían los europeos, enojado por sus idolatrías profanas y sus pecados mundanos, les enviaba el flagelo de la enfermedad para que expiaran sus ofensas y se convirtieran a la nueva religión. Ello se acentuaba aún más debido a que los españoles eran inmunes a la enfermedad que se ensañaba en los indios. Armas letales, caballos, enfermedades y un Dios extraño y castigador acabaron con la resistencia indígena.

Reponiéndose aún los nativos del impacto de la epidemia de viruela del período 1518-1526, llegó para desgracia de ellos una nueva enfermedad: el sarampión, que se expandió desde México hasta el Perú entre 1530-1531 (...) reportándose que las dos terceras partes de los indígenas que aún quedaban en Cuba, murieron por sarampión en 1529.

(...) Los episodios se repitieron en Guatemala, Nicaragua y Panamá, donde las autoridades coloniales alegaban que no solo mataba a los indios, sino que dejaba muy exhaustos a los sobrevivientes, por lo que no podían trabajar para los conquistadores.

El paso del sarampión hacia la región Andina se cree pudo haberse establecido desde Panamá hasta la región de los Chibchas en Colombia, continuando hacia el sur a las comunidades dependientes de los Incas. (...)

Después de la conquista se habla de tifus en México en 1526, 1533, 1536, 1564, 1588 y probablemente entre 1596. (...)

La incorporación de las poblaciones americanas a las cadenas de infección del Viejo Mundo, trajo también como complemento algunas enfermedades endémicas relativamente triviales, que en este nuevo medio se convirtieron en afecciones letales, por la carencia de inmunidad de los indígenas: difteria, parotiditis, varicela, etc. La trilogía viruela, sarampión, varicela se convirtió en huésped de las familias del Nuevo Mundo. (...)

El perfil epidemiológico de América se complementó, a partir de la conquista, con el aporte de enfermedades transmisibles de origen africano, siendo las principales la malaria y la fiebre amarilla. (...)

Los parásitos del paludismo que infectan a los monos salvajes de América parecen ser idénticos a los del Viejo Mundo, ya que son transferencias de corrientes sanguíneas humanas. Ni el hombre ni el mono albergaban esos parásitos antes del descubrimiento de América. Con toda seguridad, el paludismo fue transportado a América desde Europa o más precisamente desde África, a partir del 3er. Viaje de Colón que tocó las islas del Cabo Verde en 1498.

(...) Después de 1648 la fiebre amarilla se estableció en las Antillas y puertos del Golfo de México, embarcándose con frecuencia desde allí hacia otros puertos americanos y europeos.

(...) en aquellas regiones del Nuevo Mundo donde las infecciones tropicales procedentes de África pudieron establecerse libremente (sumándose a otras enfermedades de origen europeo), el resultado fue la destrucción casi total de la población amerindia preexistente. En cambio, en aquellas regiones donde las infecciones tropicales no pudieron penetrar, como la meseta central de México y el altiplano andino, la destrucción de las poblaciones aborígenes fue menos completa.

Este escrito muestra el cambio epidemiológico que generó la conquista en las poblaciones originarias.

Los conquistadores tenían la ventaja de conocer las enfermedades y -quizas también- por ser los portadores, las formas de combatirlas. Mientras que para la población

americana esta situación produjo un aumento brusco de la mortalidad y una concomitante disminución de la población.

Sintetizando

En 1997 se sanciona la ley del *Censo Aborigen*, dada la necesidad de contar con datos confiables respecto al número y características de los originarios de Argentina, aspecto indisolublemente articulado al logro de sus derechos y el respeto de sus particularidades.

Uno de los problemas encontrados para el cumplimiento de esta norma es que para elaborar el censo es necesario encontrar una definición de a quiénes se considerará *indígenas*, o dicho de otro modo, cómo se define universalmente *ser indígena*.

Ahora bien, alcanzar una definición es difícil porque cada pueblo solo puede identificar que es *ser Kolla*, *ser Mapuche*, *ser Wichí*, y así con los 25 pueblos reconocidos como preexistentes en nuestro país. Sin embargo, esta preocupación por encontrar una definición que permita definir y clasificar por diferencia *indígenas* de *no indígenas* es una pretensión que responde a nuestro particular modo de hacer ciencia y que no respeta las *percepciones y modos e identificación* de las comunidades originarias.

Es por ello que, finalmente se decide respetar el *autoreconocimiento* de aquellos que se perciben a sí mismos como parte o descendientes de una comunidad indígena.

En cualquier caso, se conocen muy pocos datos específicos sobre los Pueblos Indígenas. Los datos que se manejan son los ofrecidos por el *Censo Nacional de Población, vivienda y hogares 2001* y los primeros resultados obtenidos de la *Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas 2004-2005*.

Por fuera de estas fuentes no existen datos completos sobre educación, condiciones de vida, vivienda, hábitat y menos aún sobre la salud de los Pueblos Originarios, ni entre las estadísticas de salud-enfermedad, epidemiológicas, o de acceso al sistema público de salud.

En la unidad siguiente intentaremos construir un cuadro de situación referido a la salud de los Pueblos Originarios a través de los múltiples factores que intervienen en su producción.

A decorative border composed of a repeating pattern of small triangles in shades of gray, forming a grid-like structure around the central text area.

Unidad 2

Situación de salud de los
Pueblos Originarios

Introducción

Para considerar la situación de salud de los pueblos originarios no basta con conocer los datos duros de población, modos de vida, accesibilidad al sistema y enfermedades (datos incompletos, por cierto), sino que se hace necesario comprender que estas comunidades manejan un concepto propio de salud, que define su modo de cuidarla y que, muchas veces, colisiona con medicina tradicional.

Así, en esta unidad trataremos de reflejar ese encuentro entre la medicina ancestral de los Pueblos Originarios y el Sistema de Salud.

1. Concepción de la Salud para los Pueblos Indígenas

La concepción de los pueblos indígenas respecto a la **salud**, está ligada a una perspectiva integral del mundo, se entiende entonces como el *bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad*.

Es decir que desde la perspectiva de los pueblos indígenas la salud se concibe como un *bienestar integral* que incluye no solo la dimensión física, psicológica y social, sino también la *espiritual*.

Vista así, la salud de las poblaciones indígenas es una resultante de la integración de elementos fundamentales como: el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad nacional y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en cuanto a alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y salud.

Es por eso que se vuelven relevantes las posibilidades de las comunidades originarias de acceder a los servicios públicos (fundamentalmente educación y salud) en condiciones de equidad respecto de otras comunidades y de dignidad en cuanto al respeto de sus particularidades culturales.

1.1. El Buen Vivir

Los pueblos indígenas establecen la concepción del *buen vivir* a partir de sus propias experiencias o sistemas de vida, y de una relación integral con la madre naturaleza.

El **buen vivir** es entendido como la constante búsqueda y el restablecimiento del *bienestar colectivo, individual, político, económico, social, cultural, espiritual, físico*, en el marco del ejercicio de nuestros derechos. Se concibe como un bien perdido, cuyo restablecimiento se busca constantemente desde el momento de la invasión, a través de un largo proceso de lucha.

(...) para muchas culturas originarias la salud no es simplemente la ausencia de enfermedades sino el resultado de relaciones armónicas-inarmónicas del individuo consigo mismo, con la comunidad y con la naturaleza. Estas relaciones se caracterizan por los conceptos de equilibrio y reciprocidad, por lo tanto, para ellos, las enfermedades son el resultado de un desequilibrio en una o varias de estas relaciones.¹

El **buen vivir** está ligado a la profunda espiritualidad que los pueblos continúan manteniendo con la madre naturaleza; a los sistemas e instituciones que mueven la vida productiva y las relaciones de intercambios económicos dentro de las comunidades; a la identidad indígena que permite decir y sostener *quiénes somos, de dónde venimos y hacia dónde vamos*; a los sistemas de organización social dentro de los pueblos, donde las autoridades tradicionales cumplen su rol de servicio. También se refiere a la relación estrecha con la tierra, que desde el sentimiento de que las tierras continúan siendo ocupadas por extraños, ha fundamentado la lucha permanente en el marco de derechos territoriales ancestrales.

La reconstrucción o construcción del **buen vivir** está enfocada a una relación estrecha entre *lo que fuimos* como pueblo, teniendo como referente la memoria del pasado histórico, conocido como el tiempo de la libertad. Desde la invasión, a lo largo del proceso de la ocupación de otras culturas, se ha deteriorado el *buen vivir* ya que las repúblicas coloniales desde la constitución de sus estados han promovido la abolición de tierras colectivas y de las autoridades tradicionales, empujando a los pueblos indígenas hacia una lógica de asimilación a las formas de vida occidental.

En este marco de presión y hostilidad, la lucha por la reconstrucción del *buen vivir* ha sido incesante y gracias a esa lucha -emprendida por los diferentes pueblos indígenas del mundo- es que aún continúan resistiendo.

Para entender lo que implica el *buen vivir* -que no puede ser simplemente asociado con la idea de *bienestar* occidental-, hay que recuperar la cosmovisión de los pueblos y nacionalidades indígenas, sin dejar de propiciar la modernización de la sociedad y la inclusión de muchos y valiosos avances tecnológicos, así como de los aportes del pensamiento de la humanidad que están en sintonía con la construcción de un mundo armónico.

Es difícil lograr un equilibrio que permita una convivencia armónica, donde la vida y la dignidad humana sean más importantes que el concepto de desarrollo y la cosmovisión indígena no resulte transformada. Pero no es imposible.

Por eso, una de las tareas es la construcción de un diálogo permanente y constructivo de saberes y conocimientos ancestrales con lo más avanzado del pensamiento universal, en un proceso donde los valores indígenas y los valores de la modernidad puedan dialogar y convivir, sin establecer la preeminencia de unos sobre otros, sin imponerse.

1. Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1993.

En la cosmovisión indígena no existe el concepto de *desarrollo* entendido como el proceso que establezca un estado anterior o posterior. No hay, por lo tanto, una concepción de estado de subdesarrollo a ser superado por un modelo de desarrollo. A cambio de esta mirada, a los ojos de las comunidades indígenas este proceso permite observar la destrucción de las relaciones sociales y de la armonía con la Naturaleza.

Para los pueblos indígenas tampoco se concibe a la *pobreza* como asociada a la carencia de bienes materiales o la *riqueza* vinculada a su abundancia. La riqueza personal se concibe vinculada a una condición espiritual y no material y por lo tanto, su contraria, la pobreza, no puede concebirse como ausencia de bienes materiales, sino como ausencia de ciertos sentimientos y estados espirituales o emocionales.

Desde la cosmovisión indígena, el *mejoramiento social* es una categoría en permanente construcción y reproducción. En ella está en juego la vida misma.

2. El Sistema de Salud y la salud de los Pueblos Originarios

El reconocimiento de la mayoría de los países de la diversidad cultural de los pueblos indígenas, arrastra el reconocimiento de los derechos específicos en materia de salud indígena y empuja a los organismos internacionales y a las naciones a crear los instrumentos necesarios para garantizarlos. Así, el *Convenio N.º 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes* de la OIT² define:

(...) los gobiernos deberán: (...)

b) establecer los medios a través de los cuales los pueblos interesados puedan participar libremente, por lo menos en la misma medida que otros sectores de la población, y a todos los niveles en la adopción de decisiones en instituciones electivas y organismos administrativos y de otra índole responsables de políticas y programas que les conciernan; (...)

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna. (...)

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Lima 1989. Artículos 6, 24 y 25.

2. *Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.*

3. *El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, mantenimiento al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.*

4. *La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.*

Para el estado argentino, la salud es un derecho humano que asiste a todas las personas, indistintamente de su género, religión, color, etnia o idioma. Este derecho se traduce en oportunidades de recibir atención de salud en lo personal, lo familiar y en la comunidad. Se define como deber y responsabilidad del Estado asegurar efectivamente este derecho a la salud para todos sus habitantes, incluidas las poblaciones indígenas.

La sobredemanda que generalmente afecta a los centros de salud hace que en muchos lugares la atención de la comunidad no sea adecuada y no pueda cubrir todas las necesidades que se presentan. En ocasiones, hay integrantes de los equipos de salud que no cuentan con una formación que les permita estar atentos a situaciones sociales desfavorables y, en ese escenario, es bastante común que operen modelos discriminatorios de los que no están exentos las comunidades vulnerables, entre ellas, las indígenas.

Además hay quienes tienen dificultades para considerar algunos aspectos de los cuadros de salud que presentan los integrantes de los pueblos originarios. Por ejemplo, para los integrantes de las comunidades originarias, una de las posibles causas de sus problemas de salud suelen ser aspectos *espirituales*, que muchas veces no tienen ni lugar, ni valor, para la medicina académica.

En el primer nivel de atención la relación entre los integrantes de las comunidades y el equipo de salud puede verse deteriorada cuando –ante las dificultades para resolver un problema en este nivel- se debe realizar una derivación al hospital, ya que muchas veces, esta derivación es interpretada como una falta de interés y de atención.

Por todos estos motivos, muchas veces se refuerza la necesidad del *curandero* o *sanador* de la comunidad y la desconfianza ante el sistema de salud ajeno.

2.1. Algunos Datos sobre la atención en salud de los Pueblos Originarios

Como ya se dijo, son escasos los datos sobre las condiciones de salud y la accesibilidad al sistema de salud de los Pueblos Originarios. No obstante intentaremos componer un cuadro de situación con la información disponible.

A continuación, se presentan algunos datos referidos a porcentajes de población que se reconoce indígena y consulta al sistema público de salud, discriminada por provincia y pueblo:

POBLACIÓN QUE SE RECONOCE COMO INDÍGENA Y CONSULTA A UN MÉDICO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD SEGÚN PROVINCIAS SELECCIONADAS CON DATOS DISPONIBLES

Provincia	Pueblo Indígena	Población que se autoreconoce indígena	Población que consulta médico del Sistema Público
Córdoba	Comechingón	5.119	70,1
Entre Ríos	Charrúa	676	57,4
Jujuy	Atacama	2.805	77,1
Jujuy	Maimará	178	91,6
Jujuy	Omaguaca	1.374	73,2
Misiones	M'bya Guaraní	4.083	83,9
Salta	Chané	2.099	98,3
Salta	Chorote	2.147	98,1
Tierra del Fuego	Selknam	391	90,5

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2004-2005.

Como puede observarse en los pueblos referidos, la consulta al sistema público de salud varía entre el 57,4% y el 98,3%. Aunque -como ya se dijo-, no es información de todos los pueblos originarios, muestra que en algunas provincias el porcentaje de consulta es más alto, debiéndose seguramente esta diferencia -entre otros factores- a la presencia de programas específicos de atención primaria de la salud para trabajar con comunidades originarias.

Podemos agregar a esta información datos de población indígena sin obra social, es decir, cuya única cobertura es la del sistema público de salud:

POBLACIÓN QUE SE RECONOCE COMO INDÍGENA SIN COBERTURA DE OBRA SOCIAL Y/O PLAN DE SALUD PRIVADO O MUTUAL SEGÚN PROVINCIAS SELECCIONADAS CON DATOS DISPONIBLES

Provincia	Pueblo Indígena	Población que se autoreconoce indígena	% sin obra social/plan de salud privado/ mutual
Córdoba	Comechingón	5.119	42,2
Entre Ríos	Charrúa	676	37,7
Formosa	Pilagá	3.948	93,1
Jujuy	Atacama	2.805	93,5
Jujuy	Maimará	178	68,0
Jujuy	Omaguaca	1.374	61,8
Misiones	M'bya Guaraní	4.083	96,2
Salta	Chané	2.099	88,2
Salta	Chorote	2.147	97,0
Tierra del Fuego	Selknam	391	19,9

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2004-2005.

En base a la comparación de los datos de los dos cuadros podemos inferir que muchos integrantes de las comunidades originarias a pesar de tener obra social consultan en el sector público, a excepción de lo observado en la comunidad Mbya Guyaraní de Misiones.

De cualquier forma debemos recordar que solo hablamos de una pequeña muestra y que estos datos probablemente no sean representativos de la totalidad de comunidades originarias del país.

Sin embargo, todavía son pocas las provincias que han desarrollado programas de atención en el primer nivel, aunque algunas han capacitado enfermeros originarios para que realicen recorridos en las comunidades.

La falta de correspondencia entre el ideal de atención en salud y la realidad es tan importante como el que se presenta frente al reconocimiento territorial y el de la cultura propia de los pueblos indígenas. Por lo tanto, es importante analizar los modos en que el Estado se propone garantizar este derecho a las poblaciones indígenas.

Las comunidades indígenas se encuentran muchas veces alejadas de los centros asistenciales y hospitales. Habitualmente, cada comunidad tiene designado un médico para los visite periódicamente y, la mayoría de las comunidades, cuenta con un consultorio de atención donde recibe el médico una vez por semana.

A continuación, se presentan los datos de natalidad y mortalidad referidos a localidades con pueblos originarios, discriminados por provincia.

INDICADORES DE NATALIDAD, MORTALIDAD GENERAL E INFANTIL
EN LOCALIDADES SELECCIONADAS CON POBLACIÓN INDÍGENA

Provincia (1)	Localidad (2)	Población (3)	Nacidos Vivos (4)	Total Defunciones (5)	Defunción > 1 año (6)	Tasa Natali- dad (7)	Tasa Mortalidad General (8)	Tasa Mortalidad Infantil (9)	Tasa Mortalidad Infantil Provincial
Catamarca	Belen	28.698	584	185	10	20,3	6,4	s/d	15,3
Chaco	Gral. San Martín	57.410	1.200	395	18	20,9	6,9	15,0	18,0
Chaco	Gral. Guemes	69.594	1.601	377	43	23,0	5,4	26,9	18,0
Chubut	Gastre	1.435	13	8	0	s/d	s/d	s/d	10,4
Chubut	Río Senguer	6.297	95	45	2	15,1	7,1	s/d	10,4
Córdoba	Calamuchita	49.231	844	354	11	17,1	7,2	s/d	12,1
Formosa	Ramón Lista	14.957	523	48	6	35,0	3,2	s/d	19,2
Formosa	Bermejo	14.170	322	58	12	22,7	4,1	s/d	19,2
Formosa	Patiño	66.830	1895	518	27	22,6	6,2	14,2	19,2
Jujuy	Tilcara	11.614	226	90	8	19,5	7,7	s/d	14,0
Jujuy	Rinconada	1.918	45	15	3	23,5	s/d	s/d	14,0
Jujuy	Yaví	19.632	457	107	8	23,3	5,5	s/d	14,0
Mendoza	Lavalle	35.687	899	207	17	25,2	5,8	18,9	10,8
Misiones	Iguazú	71.283	2.095	338	23	29,4	4,7	11,0	13,9
Misiones	Gral. San Martín	44.727	840	204	7	18,8	4,6	s/d	13,9
Misiones	San Ignacio	60.061	342	122	6	21,7	6,1	s/d	13,9
Misiones	Candelaria	27.857	438	123	5	15,7	4,4	s/d	13,9
Salta	Gral. San Martín	160.206	4.031	784	64	25,2	4,9	15,9	14,4
San Juan	25 de Mayo	16.788	465	110	8	27,7	6,6	s/d	14,4
Santa Fe	9 de Julio	29.123	576	190	5	19,8	6,5	s/d	11,5
Sgo. Estero	Avallaneda	19.960	531	142	8	26,6	7,1	s/d	10,4
Sgo. Estero	Figueroa	18.227	406	98	4	22,3	5,4	s/d	10,4
Sgo. Estero	San Martín	9.464	167	51	2	17,6	5,4	s/d	10,4
Tucumán	Tafi del Valle	15.371	245	90	4	15,9	5,9	s/d	13,8

Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud, Boletín 125,
"Natalidad, Mortalidad General, Infantil y Materna por lugar de residencia", Buenos Aires, Febrero 2008.

Mucha de la información disponible en materia de salud está compuesta por trabajos de campo, de carácter parcial, fragmentario, y generalmente enfocados en una comunidad indígena en particular, realizados preferentemente por equipos de investigación de las Universidades Nacionales y/u Organizaciones No-

Gubernamentales; siendo esta una de las fuentes de datos que, aunque parciales y no sistemáticas, proveen una primera información de referencia.

Otra vía indirecta de aproximación a los datos, se vincula con que los Pueblos Indígenas, tanto los que viven en áreas urbanas como rurales, pertenecen casi en su totalidad a los grupos sociales más pobres, más marginados, más excluidos de la sociedad, y con menor acceso al sistema de salud. Tomando este dato como referencia, se podría inferir que sus problemas de salud son similares a los de las poblaciones con las mismas características que habitan en las mismas regiones, aunque esto, no es suficiente para inferir su situación de salud.

Esta falta de datos, refuerza la necesidad de llevar registros completos y confiables desde cada efector de salud, incluyendo los de cada recorrida de todos los integrantes de un equipo comunitario.



ACTIVIDAD 1

Les proponemos reunir la información que tengan al alcance acerca de la situación de salud de los pueblos originarios en el área programática que atiende el centro de salud, o bien, si allí no hay comunidades indígenas, recolectar la información acerca de la situación de salud de otras comunidades en la jurisdicción.

Como sugerencia, les recomendamos buscar información estadística, pero también:

- Si el centro de salud atiende integrantes de comunidades originarias, es posible consultar las historias clínicas y actividades de promoción y prevención.
- Si registran de alguna manera particular en las planillas de consulta, cuadernos de campo u otros registros, si la persona atendida/visitada pertenece a una comunidad originaria, ¿Qué otros datos registran (etnia, cómo se comunica, si necesita ayuda para comunicarse, si consulta al curandero o sanador o respeta otras costumbres ancestrales respecto de la salud)?
- Una vez reunida la información, les sugerimos que en conjunto con los miembros del equipo comunitario analicen la pertinencia de la respuesta del centro de salud a las necesidades de los pueblos indígenas, en términos de asistencia, prevención y promoción de la salud.
- Por último, ¿qué hacen con los datos recogidos? ¿Se elevan a las autoridades o solo queda disponible para el equipo?

Si en el área programática del Centro de Salud no hay poblaciones originarias, es recomendable realizar esta actividad respecto de alguna comunidad que presente pautas culturales particulares.

3. Vinculación y tensión entre la medicina ancestral de los pueblos originarios y las practicas de salud oficial

Una complejidad adicional para entender la situación de salud de los Pueblos Originarios es que -como parte de su modo y forma de vida- han desarrollado milenariamente sus propias **prácticas de salud ancestrales**.

(...)muchos de los sistemas de medicina indígena son complejos y extremadamente elaborados en su concepción y práctica por lo que suelen entrar en conflicto con el sistema de salud oficial.³

La **medicina ancestral** indígena tiene una vinculación compleja y conflictiva con la **medicina oficial** legitimada por el estado. Sin embargo, si bien la medicina ancestral no se considera oficial, no por ello se considera ilegítima, se trata de *otro tipo de prácticas* que tienen vinculación con el *cuidado de la salud* y que, en su mayor parte, no entran en colisión con la práctica de la medicina oficial, sino que bien pueden convivir con ella.

La **medicina ancestral**, durante mucho tiempo no reconocida y relegada, ha sido revalorizada en los últimos años debido a la necesidad de buscar una *articulación* con la **medicina oficial**, no solo respecto del ejercicio de la práctica médica, sino también en todo lo que tiene que ver con el uso de *medicamentos tradicionales*.

Cualquier práctica de salud orientada desde una perspectiva intercultural que involucre a los Pueblos Indígenas, debe necesariamente tener en cuenta la realidad de la **medicina ancestral** indígena, sus alcances, sus límites y su articulación con la **medicina oficial**.

3. Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), 1993.



ACTIVIDAD 2

Les proponemos revisar si el Centro de Salud al que pertenecen atiende comunidades originarias, u otras, cuya concepción de la salud no se condice del todo con la que comparte el equipo de salud.

La diferencia en cuanto a concepciones sobre la salud no solo se observa en los pueblos originarios, sino también en otras comunidades a lo largo y a lo ancho del país.

Les proponemos explicitar las diferentes concepciones acerca de la salud que observan en las comunidades que concurren al centro de salud y también, la que comparten entre si los miembros del equipo de salud.

Concepciones acerca de la salud			
Comunidad 1	Comunidad 2	Comunidad 3	Equipo de salud

Las concepciones de las diferentes comunidades:

- ¿Son la mismas? ¿En qué se parecen? ¿En qué se diferencian?
- ¿Consideran posible la articulación entre ambas? ¿Cómo lo harían/hacen?

4. Algunas consideraciones sobre los problemas de salud de los pueblos indígenas: instrumentos de trabajo

Los especialistas de la salud tienden a centrarse en condiciones sanitarias para toda la sociedad, por lo tanto la salud y las prácticas médicas de los Pueblos Indígenas suelen considerarse como parte de una población más amplia con diversas necesidades.

Para mitigar los efectos distorsivos que esta estructura pueda traducir en relación a

las necesidades específicas de la población indígena en materia de salud, la experiencia internacional y nacional propone la adaptación de los programas a las características que diferencian a estos pueblos con respecto al resto de la población, tales como: asegurar que los servicios de salud se presten en forma social y culturalmente apropiados, garantizando la asignación de recursos para las enfermedades prevalentes entre las comunidades originarias.

Desde 1993 el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene:

a) La situación de salud de los pueblos originarios está determinada por un proceso histórico cuyo resultado ha sido la dependencia, la pérdida de identidad y la marginación.

Una práctica habitual es el parto institucionalizado en posición horizontal, que no sería la posición natural para la mayor parte de las mujeres pertenecientes a comunidades originarias, con su consecuente rechazo. Este ejemplo se constituye muchas veces en el motivo por el cual no concurren al hospital al momento de parir.

b) Los pueblos originarios de las Américas tienen una expectativa de vida más corta que los grupos homólogos de la sociedad nacional, mayores tasas de mortalidad y un perfil de morbilidad diferente y cambiante según su nivel de vida, posición social y grado de aculturación, así como por la distinta exposición al riesgo de enfermar y morir. La salud de los Pueblos Indígenas está en buena parte determinada por las condiciones del hábitat y los nuevos desafíos impuestos por el empobrecimiento y el proceso de modernización.

c) La salud, los procesos salud-enfermedad y los propios sistemas de salud para los Pueblos Indígenas, son sistemas culturales. Así como no hay una sola y uniforme cultura indígena sino una gran diversidad cultural, tampoco hay un perfil epidemiológico uniforme en los diferentes Originarios. Estos perfiles difieren según forma de vida, el clima, el acceso a, y la calidad tanto del sistema de salud público como del tradicional (indígena). Como común denominador se puede decir que los originarios están afectados principalmente por las “enfermedades de la pobreza” como diarrea, enfermedades respiratorias, parasitosis, etc. No obstante, existen factores particulares a su especificidad cultural relevantes para esta situación de salud que viven la población indígena y que merecen especial atención.

d) Cambio forzado de medio ambiente y del estilo de vida, cuya consecuencia es que muchas de las tradiciones y prácticas en relación a la salud preventiva, terapia, consumo

de agua potable, protección de fuentes de agua e higiene se han perdido o no corresponden a la realidad actual.

El abordaje de las necesidades sanitarias debe apoyarse en **acciones interculturales** consistentes en la extensión de la medicina oficial a las poblaciones indígenas en forma *respetuosa y adecuada para con su cultura*, incluyendo la consideración del uso de prácticas y tratamientos tradicionales y ancestralmente utilizados por las propias comunidades (medicina ancestral indígena).

La *medicina ancestral* indígena se define como la *variedad de tratamientos y prácticas que son específicamente autóctonos del continente americano* y que son practicados por los Pueblos Indígenas.

Por lo tanto, una *práctica intercultural* en salud debería tener especial cuidado en tomar en consideración que todas las actividades estén diseñadas de modo de asegurarse que son apropiadas en términos interculturales, incluyendo la recolección de datos pertinentes y apropiados sobre las prácticas existentes en las comunidades originarias.

En este contexto, el principio fundamental para construir relaciones interculturales en salud consiste en la implementación de la **consulta previa, libre e informada** a las comunidades realizada a sus Organizaciones y Autoridades, como punto de partida para la participación activa de la población indígena en el diseño y puesta en práctica de la política local de salud.

El concepto de **consentimiento previo, libre e informado** se define del siguiente modo:

Previo significa que se permite tiempo suficiente para la recopilación de información y para el pleno debate, lo que incluye la traducción a los idiomas tradicionales antes de que se inicie el proyecto. No deberá existir ninguna presión para tomar la decisión con prisa, ni ninguna limitación temporal. Ningún plan o proyecto podrá comenzar antes de que este proceso haya concluido por completo y el acuerdo se haya perfeccionado.

Libre significa la ausencia de coacción y de presiones exteriores, entre ellas los incentivos monetarios (a menos que formen parte de un acuerdo mutuo final) y las tácticas de “dividir para conquistar”. Significa también la ausencia de cualquier tipo de amenaza o de represalias implícitas si la decisión final es un “no”.

Informado significa la disponibilidad de toda la información relevante, en la cual se reflejan todas las opiniones y puntos

de vista, incluyendo las aportaciones de los ancianos tradicionales, los guías espirituales, los practicantes de la economía de subsistencia y los poseedores de conocimientos tradicionales, con tiempo y recursos adecuados para poder considerar la información imparcial y equilibrada acerca de los riesgos y beneficios potenciales.

En estos términos, el **consentimiento previo, libre e informado** da lugar a un amplio apoyo por parte de las comunidades.

ACTIVIDAD 3

En el funcionamiento cotidiano del centro de salud, ¿cómo se implementa la consulta previa, libre e informada a la comunidad?:

- ¿frente a qué situaciones / problemas / necesidades se consulta de este modo a la comunidad?
- ¿frente a qué prácticas individuales de salud se requiere la consulta previa, libre e informada para la atención de niños, mujeres y hombres de diferentes edades?
- ¿hay otras situaciones que requieran consulta a los integrantes de la comunidad y/o a la comunidad toda?
- ¿cómo se implementa la consulta previa, libre e informada en las diferentes situaciones descritas?



Sintetizando

Como se dijo al principio, construir un diagnóstico de la situación de salud de los Pueblos Originarios no es una tarea fácil.

Por un lado, contamos con datos parciales que no permiten construir una visión global del tema. Por otro lado, la situación de salud de los Pueblos Originarios requiere tomar en cuenta las diferencias de concepción de salud y las distintas maneras de cuidarla, para lograr una visión comprensiva del tema, aunque aún estos recaudos, no logran escapar a la mirada crítica desde la medicina oficial.

Un punto particularmente interesante a la hora de tomar el tema de la salud de los Pueblos Originarios es no perder de vista la información presentada en la unidad 1

acerca del papel que las enfermedades transmisibles llegadas con la conquista tuvieron en el exterminio de los pueblos nativos.

Tomando esta situación como punto de partida para cualquier análisis de salud, no puede dejar de observarse cuán fundamental es este tema para la supervivencia de estas comunidades.

A decorative border composed of a repeating pattern of small, interlocking triangles in shades of gray and white, framing the central text area.

Unidad 3

Apuntes sobre Interculturalidad

Introducción

Desde hace algunos años el término *interculturalidad* se ha introducido en el discurso y en la práctica de los equipos de salud del primer nivel de atención. Sin embargo, su significado no parece unívoco, ni las prácticas cotidianas a las que da lugar, claramente incluibles dentro del concepto.

Diversas iniciativas en salud, públicas y privadas, locales y/o nacionales, intentan fundamentarse en un enfoque intercultural. Pero, una simple mirada sobre sus alcances y orientaciones nos muestra una variedad de sentidos semejante a la diversidad cultural que intentan abarcar.

En esta unidad intentamos avanzar en la discusión acerca de la idea de interculturalidad, no como punto de llegada, sino como punto de partida y de debate para enriquecer y complejizar nuestra mirada, habilitar nuevos modos de pensar y hacer en este campo.

Una primera cuestión a plantearse es: ¿qué es la interculturalidad en salud?

Una primera definición nos dice que:

La interculturalidad será entendida como un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina oficial y la medicina tradicional. El contacto entre dichos sistemas de salud permitirá el enriquecimiento de ambos y la construcción de nuevos canales de comunicación mediante la valoración y rescate de las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud. Se trata de construir un espacio de interculturalidad basado en el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural. Un instrumento clave en esta tarea es el concepto de “consultas previas, libres e informadas”.

Entendemos por *consultas previas, libres e informadas* un proceso colectivo y adecuado, desde el punto de vista cultural, de toma de decisiones, consultas de buena fe y participación informada, respecto del diseño, preparación, implementación, ejecución, y evaluación de toda política de salud que involucre directa o indirectamente a integrantes de pueblos indígenas.

Así planteada, la *interculturalidad* en general y, específicamente, la *interculturalidad en salud* parece ser el resultado de un buen diálogo entre culturas. Pero, la realidad nos muestra que este diálogo no se establece tan fácilmente como se escribe.

En esta unidad expondremos algunos aportes teóricos que nos permiten desentrañar y visibilizar algunos de los procesos con que estamos trabajando cuando nos internamos en la *cuestión indígena*, con la esperanza de que tal profundización nos

ayuden a mejorar nuestra comprensión de los fenómenos que se despiertan en la convivencia entre culturas.

Para ello, comenzaremos presentando algunas primeras definiciones como *cultura*, *pluriculturalidad*, *multiculturalidad*, *comunicación intercultural* y *participación*, sobre los que estaremos trabajando, para avanzar luego en la profundización de los variados sentidos de conceptos como **reconocimiento**, **identidad** e **interculturalidad**.

Entendemos por *cultura* un sistema de valores, costumbres, creencias, la forma de pensar y actuar, que se convierte en un referente para organizar nuestra vida en sociedad. La cultura es dinámica y en ella, en determinado periodo histórico pueden cambiar ciertos aspectos y no otros.

El reconocimiento del valor de las culturas indígenas conlleva una visión integradora del mundo, junto con una posición de aceptación crítica. Desde allí, se entiende a la *pluriculturalidad* como una noción descriptiva que habitualmente da cuenta de la *existencia simultánea de distintos grupos sociales que comparten un espacio común*, pero que no llegan a establecer una relación dinámica, de interacción entre culturas. Mientras, la *multiculturalidad* es entendida como la *convivencia de distintos grupos culturales* y hace referencia a una mayor integración, aunque no especifica de qué tipo.

La *comunicación* entre *culturas* o comunicación intercultural, es entendida básicamente como intercambio de información a través del lenguaje y es posible en la medida que se busca generar un espacio de mutuo aprendizaje y enriquecimiento, que no se produce meramente con un sentido instrumental (sacar adelante un proyecto, convencer que nuestras iniciativas son las mejores o que nuestros enfoques son los correctos).

La idea de que las visiones (formas de pensar y actuar) que sostienen diferentes culturas son opuestas y compiten entre sí por su valor de verdad o, una actitud que tienda a demostrar que hay un solo modo de comprender y explicar los fenómenos de la realidad y que todos deben someterse a él, obstaculiza la comunicación intercultural. En tanto que, una actitud que contribuye a facilitar la *comunicación intercultural* consiste en garantizar la posibilidad de un diálogo abierto al cambio y a los múltiples puntos de vista, considerando que no resulta conveniente posicionarse desde el lugar de la verdad universal.

En esta modalidad de diálogo abierto, los conflictos que puedan suscitarse son naturales a toda interacción social, y los modos de pensar y actuar pueden repensarse y elegirse libremente.

Otra idea que atraviesa los conceptos de *pluriculturalidad* y *multiculturalidad* es la de *participación*. El enfoque *participativo* puede definirse como aquel en el que los grupos indígenas (hombres, mujeres, jóvenes, autoridades) influyen y llegan a controlar las iniciativas de desarrollo, las decisiones y recursos que los afectan.

Podríamos afirmar que *no hay interculturalidad sin participación*. Esta participación confluye -o debe confluir- hacia una comunicación e interacción continua entre los

indígenas y el resto de la sociedad. Se trata de un proceso de *diálogo, negociación y acuerdos* continuos orientados a fortalecer las capacidades de la población para desarrollarse por sí misma, donde todas las partes asumen las funciones de escuchar y reflexionar sobre los puntos de vista del otro, para complementarse y lograr lo mejor de ambos.

La *participación* no puede ser sólo una actitud de apertura, de buena voluntad. Las poblaciones indígenas son desconfiadas por razones históricas y ponen a prueba nuestras actitudes y normas. Por ello, sólo con un profundo conocimiento de sus reglas, instituciones y costumbres, podremos actuar de acuerdo a lo esperado por ellos. Sólo a partir de allí, será posible sentir que están hablando con gente que los *conoce* y los *reconoce*.

La temática del **reconocimiento de la identidad** y cultura indígena y de la implementación de políticas que respeten la **interculturalidad en salud**, es materia de problematización en esta unidad, nos interesa mostrar su complejidad. A continuación, haremos dos aproximaciones a estos temas presentando las ideas de dos autores: L. García Fanlo y H. Díaz.

1. Reconocimiento e identidad¹

Lo que llamamos comúnmente *cultura* se ha convertido en un campo mucho más heterogéneo, fragmentado y diverso de lo que solía ser. La cultura es hoy también un campo de luchas sociales y políticas.

Estas nuevas formas de la lucha social se caracterizan por ser inmediatas, anti- autoritarias y transversales y tienen como objetivo lo que se ha dado en llamar el **reconocimiento**.

Son *inmediatas* porque no apuntan a cambiar las estructuras sociales de raíz sino a reformarlas. Son *anti-autoritarias* porque expresan resistencias a una forma determinada de ejercicio del poder que reconocemos como injusta, en términos de abuso de autoridad. Y, son *transversales*, porque se expresan en demandas por la vigencia de derechos humanos, organizados por intereses que afectan a grupos de individuos de diferentes clases sociales a la vez.

Los Pueblos Indígenas luchan por su derecho a vivir según sus formas de vida y creencias ancestrales -incluyendo reparaciones territoriales, económicas y políticas- y reclaman ser tratados igualitariamente. También reclaman ser tratados en forma igualitaria el colectivo GLTT², los desocupados y excluidos del sistema productivo y del consumo, las tribus urbanas de jóvenes rebeldes y contestatarios, los migrantes que se trasladan de una parte a la otra del mundo, y otros grupos.

Así, el problema de las identidades culturales y su reconocimiento se convierte en

1. Las ideas que se desarrollan en este apartado fueron tomadas del artículo de García Fanlo, L.: *Pueblos Indígenas, reconocimiento e interculturalidad en las políticas de salud*.

2. Gays y lesbianas, travestis y transexuales.

una problemática que hoy impacta en el diseño, gestión y planificación de las políticas públicas.

El término **reconocimiento** tiene un doble significado. Por un lado, alude a la aspiración para que otros reconozcan nuestros méritos, nuestros sacrificios o cualquier otra cualidad que pensamos que tenemos y, por tenerla, nos hace diferentes o especiales con respecto al resto de los integrantes de la sociedad. Pero también, alude al fenómeno de asociar el recuerdo que tenemos de una persona -con quien no tenemos un trato cotidiano- y reconocemos en un encuentro casual.

Las actuales luchas de los pueblos originarios por el **reconocimiento** se inscriben en el primer significado de la palabra, aunque, en nuestras vidas cotidianas, suele prevalecer su segunda acepción. De ahí, que hay una diferencia entre reconocer la existencia de los Pueblos Indígenas por el solo hecho de poder identificarlos y vislumbrar que su reclamo está orientado hacia otro tipo de reconocimiento: como *pueblos preexistentes que han sufrido la conquista y el avasallamiento de sus territorios y que son portadores de una forma de vida diferente que resulta discriminada o ignorada en sus derechos.*

Este reclamo por el reconocimiento no se da entre pares iguales, sino en el marco de una *relación de poder*, ya que quien exige reconocimiento -los Pueblos Indígenas- deben hacerlo desde una posición minoritaria -y no solo en números- con respecto a la mayoría social que compone la sociedad en la que viven. Son los *otros*, el resto de la sociedad, quien tiene el poder de *dar reconocimiento* o *negarlo* al otro (pueblos originarios). Cuando efectivamente se reconoce a ese *otro* -desde la sociedad toda-, se supone una concesión que no está exenta de condiciones: los reconocemos desde nuestra cultura y nuestro modo y forma de vida, y pretendemos a cambio, cierto tipo de *asimilación de sus costumbres a las nuestras*, como contrapartida.

Estas cuestiones respecto de *quién* es el *otro*, es centralmente una cuestión de *identidad étnica*.

La **identidad** concebida como núcleo estable del yo, es criticada por su carácter esencialista. Otra mirada señala que a lo largo de la historia las identidades nacen, se desarrollan, se transforman, mueren y vuelven a renacer, bajo formas diferentes, ya que son producto de circunstancias y condiciones de existencia y de luchas por el poder simbólico, tanto en términos políticos como culturales.

Las **identidades** tienen que ver con las cuestiones referidas al uso de los recursos de la historia, la lengua y la cultura en el proceso de *devenir* y no de ser. De modo que el problema deja de ser *quiénes* somos o *de dónde* venimos y comienza a ser *cómo nos han representado* y en *qué nos hemos convertido*.

Las **identidades** se construyen *dentro* del discurso y no fuera de él, en ámbitos históricos e institucionales específicos que la sociedad dominante ha legitimado como las únicas con el poder suficiente y necesario para hacerlo. Por otra parte, la **identidad** se construye siempre a través de la *diferencia*, en la relación con el *otro*.

Este reconocimiento de la diferencia socio-cultural opera de diversos modos, para comprenderlos intentaremos presentar y ejemplificar los diferentes posicionamientos que pueden describirse como *asimilacionismo, relativismo cultural, multiculturalidad e interculturalidad*.

El **asimilacionismo** reconoce la diferencia pero la estigmatiza en nombre del poder de la mayoría. Es como si se le dijera a quien busca reconocimiento: *eres diferente pero si quieres ser uno más de nuestra comunidad debes convertirte en uno de nosotros*.

El **relativismo cultural** consiste en aceptar la diferencia en tanto y en cuanto ésta no contamine el modo de ser mayoritario. Es como si se le dijera a quien busca reconocimiento: *eres diferente, estás en tu derecho, búscate otro lugar para vivir como quieras, aquí no*.

Por su parte el **multiculturalismo** implica un tipo de reconocimiento más complejo, ya que si bien acepta la diferencia la convierte en un estereotipo paternalista y/o fácilmente mercantilizable. Es como si se le dijera a quien busca reconocimiento: *eres diferente, has sufrido, me das pena, te acepto, muéstrame cómo vives, qué piensas y qué haces y veré como puedo ayudarte para aliviarte*.

La **interculturalidad**, en cambio, va más allá porque implica un cambio en nuestra forma de ver al *otro* como alguien que tiene tanto que aprender de nosotros como enseñarnos, y que no es un igual, visto que formamos parte de la sociedad que ha trastocado la diferencia en desigualdad. La interculturalidad implica en primer lugar que nosotros seamos los que nos reconozcamos como parte de una sociedad dominante, es decir, que somos parte del problema y no meros espectadores. El discurso de la interculturalidad dice: *somos diferentes y reconozco que formo parte de una sociedad que ha convertido esa diferencia en desigualdad*.

1.1. Reconocimiento de la identidad en el ámbito de la salud

Presentadas las diferencias en las formas que opera el reconocimiento de la identidad de los pueblos indígenas, nos interesa enfocarnos en particular en la lucha por el reconocimiento de la identidad en el campo de la **salud**.

En algunos casos puede resultar más sencillo que en otros actuar interculturalmente. Podemos aceptar, por ejemplo, que tenemos mucho que aprender de los Pueblos Indígenas sobre el cuidado del medio ambiente, sobre su filosofía de vida o espiritualidad, e incluso estar dispuestos no solo a aceptarla, sino también a hacerla nuestra.

Sin embargo, cuando los reclamos son territoriales, se refieren al marco jurídico-legal o cuando se reclama el reconocimiento de la medicina ancestral en el caso particular de la atención de la salud, nuestra *interculturalidad* flaquea y solemos derivar hacia *posturas asimilacionistas, relativistas culturales o multiculturales*.

El territorio afecta la propiedad privada, el marco jurídico-legal afecta las reglas de convivencia que damos por naturales, y el campo de la medicina lo asociamos con el saber científico al que consideramos como la verdad inapelable de lo que llamamos civilización. No estamos dispuestos tan fácilmente a reconocer la interculturalidad en estos ámbitos.

En todo caso, lo habitual es pensar que existen saberes médicos que son científicos, que en nuestra sociedad hay individuos más calificados que nosotros para opinar o decidir sobre el tema. Los médicos, los investigadores, los sanitaristas, que son aquellos que -en nuestro territorio- la ley legitima, como los únicos que pueden ejercer la medicina, justamente porque es la única medicina que se reconoce.

Lo mismo ocurre cuando los Pueblos Indígenas reclaman por una atención médica que se adapte a sus creencias, sus costumbres y su cosmovisión del mundo, por parte de la medicina académica en Hospitales, Centros de Salud o consultorios médicos. Pensamos que la enfermedad no reconoce diferencias étnicas, sociales o culturales y, por lo tanto, las técnicas de diagnóstico, tratamiento y atención médica deben ser universales e iguales para todos.

En estas situaciones se presenta como poco adecuado -por ejemplo- aceptar otras formas de concebir el parto, o poco comprensible que las mujeres indígenas prefieran ser atendidas por ginecólogas mujeres, o que algunos pueblos se resistan a ser vacunados, intervenidos quirúrgicamente o medicados. En estos casos, la interculturalidad encuentra un *límite* en nuestra capacidad de aceptar que nos parece poco razonable cruzar, por el bien de los propios indígenas.

El **reconocimiento** de la *medicina ancestral* es una de las dimensiones a tener en cuenta para la implementación de **políticas interculturales de salud**, la otra es la transformación sobre *bases interculturales del sistema institucional* y las *prácticas médicas hegemónicas*.

Volviendo a nuestros ejemplos: rechazar sin más la medicina tradicional indígena es *asimilacionista*, aprobarla para que se practique exclusivamente en las Comunidades es *relativismo cultural*, convertirla en un objeto de consumo exótico, es *multiculturalismo*, propiciar su articulación con la medicina científica es **interculturalidad**.

La principal causa que nos impide actuar interculturalmente radica en que no hemos escuchado al *otro*, sino que nos dejamos llevar por las representaciones que nosotros mismos hemos construido sobre ellos y sobre las que se apoya -sin que nos demos cuenta- un ejercicio del poder que convierte, una vez más, la *diferencia* en *desigualdad*. Para superar este escollo tenemos que dejar de hablar y empezar a escuchar lo que el *otro* tiene para decirnos.

Como es fácil imaginar, siguiendo estos razonamientos, la implementación de políticas que respeten la interculturalidad en salud es una cuestión compleja.

ACTIVIDAD 1

Si tuvieran que conceptualizar y ejemplificar los discursos sociales que hayan escuchado acerca del modo en que se concibe el vínculo entre el grupo social al que pertenecen y las comunidades originarias, ¿cómo los caracterizarían?, ¿como *asimilacionismo*, *relativismo cultural*, *multiculturalismo* o *interculturalidad*?

- Les sugerimos que busquen ejemplos en el discurso (dicho, escrito o visto) de medios de comunicación o en otras instituciones como p.e.: la escuela, o en el mismo sistema de salud, para sostener las afirmaciones y compartirlas con los compañeros del equipo.
- Si observan las prácticas cotidianas de los trabajadores del equipo de salud en el centro de salud, en el trato con los integrantes de comunidades culturalmente diferentes que consultan -sean o no éstas pertenecientes a los pueblos originarios-, ¿podrían ejemplificar los diferentes tipos de reconocimiento que se ponen en juego?
- Observen en particular lo referido a las prácticas de diagnóstico y tratamiento, medicación y recomendaciones que se dan a los
- integrantes de estos pueblos y/o comunidades originarias o no originarias.

Les proponemos que busquen ejemplos y los compartan con los compañeros del equipo de salud.



2. Monoculturalismo, multiculturalismo, interculturalidad³

En este apartado seguimos trabajando sobre los diversos vínculos que pueden darse entre grupos sociales culturalmente diferentes.

Dice el antropólogo H. Díaz : *Entre el monoculturalismo y multiculturalismo hay complicidad.*

Y entiende por *monoculturalismo* la operación por la cual un Estado/Nación para imponer sus intereses y su cultura extermina y subordina a otras culturas, se apropia de sus territorios, convierte a sus integrantes en mano de obra barata o

3. Las ideas que se desarrollan en este apartado fueron tomadas del artículo de Díaz, H.: *Interculturalidad, pueblos originarios y salud: reflexiones para un debate pendiente.*

esclava e impone su lengua, sus costumbres y creencia, a sangre y fuego. Luego, con el paso de los años, ese mismo Estado reconoce que hay algo interesante para ser mirado y conservado de esas antiguas culturas en territorios acotados, reducidos y custodiados, casi con la misma lógica que las bellezas naturales. Este fenómeno reconocible en nuestra realidad se llama *monoculturalismo*, antes y después del etnocidio.

Una anécdota ilustra bastante bien el concepto de *monoculturalismo*:

Un mono estaba en un árbol observando cómo un riachuelo se había desbordado. En un pequeño charco de agua formado por el desborde del riachuelo, un pez nadaba con dificultad y, a duras penas, lograba mantenerse vivo. El mono, afectado por sus penalidades, decidió ayudarlo. Ni corto, ni perezoso, le sacó del agua para que respirara mejor. El pez murió...

Este es un ejemplo de ayuda basada en buenas intenciones, sólo que juzgar la cultura ajena desde el punto de vista propio, sin tomar conciencia de las necesidades del otro, puede resultar tan peligroso como no realizar un adecuado *diagnóstico intercultural*. Las consecuencias en este ejemplo, están a la vista.

Mientras, *el remedio multicultural es la tolerancia, la consideración, la complacencia pero no la supresión de la discriminación material y cultural* que se ha establecido mediante la operación del *monoculturalismo*.

Convertirnos en objeto de estudio es una negación a nuestra participación en la sociedad.
(...)

Se sienten en deuda por semejante atropello que ha habido contra los pueblos originarios.

(...)

Llega la fecha del 12 de octubre y te llaman para que vayas a hablar a las escuelas: creen que vas a cantar y a bailar. Les agarra la cosa folklórica, alguien que les cante y les baile.⁴

La **interculturalidad** es otra cosa que no es el *monoculturalismo* ni la *multiculturalidad*.

Pero, ¿que es la interculturalidad?

Al parecer, un campo de posturas todavía disputado.

La **interculturalidad** es fundamentalmente una *política*, un *discurso*, una *práctica* que abarca todos los aspectos de la sociedad: la economía, la cultura y la subjetividad de las personas. Por ello mismo, es una perspectiva, que desde los pueblos originarios, conlleva profundas transformaciones estructurales.

La **interculturalidad** se convierte en un campo de disputa, una tensión entre la tibia *multiculturalidad* y la transformadora *plurinacionalidad*; lo que está en juego son los proyectos de los pueblos originarios/indígenas para vivir bajo sus propios sistemas sociales y cultura.

4. Entrevista a Referentes Comechingones de la Provincia de Córdoba, 7/10/11.

Desde la **interculturalidad fuerte** no se trata de tolerar sino de revisar quién se adjudica o posee el derecho a tolerar, quién es el que tolera y quiénes los tolerados/as, desde dónde se tolera y qué se quiere lograr con esta tolerancia de lo ahora denominado -en lugar de *salvaje*- como *diversidad cultural*.

Los pueblos originarios/indígenas no son propiamente culturas sino *sistemas de vida*, y la operación por la cual se les llama culturas y pueblos/naciones proviene de una no cuestionada relación de colonialidad.

La **interculturalidad fuerte** es la que promueve cambios estructurales en las relaciones de colonialidad que aún hoy circulan en las políticas públicas y en los imaginarios. Y, si hay algo que se mueve son estas relaciones, debido a la lucha y la resistencia, incluso a las propuestas, de las diferentes organizaciones indígenas.

De todos modos, estos movimientos resultan insuficientes, porque no se trata de folklóricos reconocimientos sino fundamentalmente de cambios políticos profundos que van de las *autonomías políticas* a la *restitución de los territorios despojados*, o al menos de parte de ellos.

Para comprender la variedad de formas en que puede mostrarse la **interculturalidad** H. Díaz⁵ propone los siguientes conceptos:

La **interculturalidad relacional** entiende que las diferentes culturas están en relación unas con otras y que hay que promover esos espacios de relación y contacto.

En este sentido, da lo mismo de qué tipo de cultura se trate, el hecho dado es que hay *diferencias culturales*. Cada cual tiene la suya y debe ser respetado por ello y, en consecuencia, todas pueden intercambiar algo.

En esta forma de entender la interculturalidad hay una tendencia a considerar a las personas individualmente antes que al grupo o comunidad de pertenencia, se pasan por alto los conflictos y no se ponen en cuestión las profundas desigualdades entre las culturas, como si por el hecho de que las culturas pudieran tener el mismo valor, la relación entre las mismas no se estableciera sobre la base de exclusiones, despojos e inequidades.

Desde esta postura relacional, se afirma que todas las culturas son iguales, pero en realidad esto oculta que los y las que – además de cultura – tienen la piel oscura son mayoritariamente los pobres y, los y las que tienen la piel más clara, no lo son.

En la **interculturalidad relacional**, las relaciones de poder no se consideran ni se transparentan sino que se ocultan tras la idea de la igualdad.

Para ejemplificar esto, relatamos un anécdota contada por la Referente Indígena del PMC en una provincia:

Un profesional quería desempeñar toda su tarea profesional en el ámbito público y se acercó para pedirme que la llevara a las comunidades “para preguntar qué comen, cuándo comen, dónde aprendieron y así ...”. Yo le pregunto: -¿para qué es? Y me contesta que es

5. Díaz, H: Obra citada.

material para su tesis, y para eso necesita que le hagamos el contacto con las comunidades para que haga su estudio.

Yo le contrapropongo: -Hablo con la gente de las comunidades para ver si aceptan ser estudiados. Mientras, vos nos abris las puertas de tu familia. Vamos, convivimos con Uds., vemos cómo comen, cuándo comen y así ... –

Me contesta: -¡No sé si eso es posible!-

R: -Pero ... ¿es lo mismo que vos me estas proponiendo! Es un intercambio.-

N: Pero... ¿es que no los quiero molestar!-

R: Y entonces, ¿por qué tenemos nosotros que molestar a nuestra gente?⁶

En la **interculturalidad funcional**, las demandas de los pueblos originarios de que sus conocimientos sean valorados y legitimados, aceptados e incorporados a las prácticas de salud-enfermedad son respondidas incluyéndolas formalmente. Se produce una inclusión formal por adición o sumatoria que hace convivir a los saberes de los pueblos indígenas con los conocimientos considerados *verdaderos*, pero, de todos modos, son tratados como aspectos folklóricos.

Descontextualizados de la proyección política y los planes de vida de éstos pueblos-naciones, la inclusión de esos conocimientos no pone en juego ni los dispositivos de poder, ni los dispositivos de saber hegemónicos. Simplemente cohabitan, sin que se efectivice la interculturalidad.

La propuesta de la **interculturalidad funcional** coopta la diferencia cultural, se la apropia, la usa, pero en definitiva, la controla, ya que es *como si* la demanda fuera aceptada e incorporada, pero en realidad, nada se modifica en la institución.

Estas modalidades de la interculturalidad fagocitan la diferencia cultural, mediante una operación que parece incluir los grupos históricamente excluidos en el interior de la cultura dominante, dejando intacto su *monoculturalismo*, o afectándolo muy poco.

La interculturalidad, entre tanto, sigue siendo una deuda pendiente.

ACTIVIDAD 2

Les sugerimos que cada uno busque ejemplos en las prácticas de trabajo con la comunidad y/o en cualquier otro ámbito que admitan ser calificadas como *monoculturalismo*, *interculturalidad relacional* e *interculturalidad funcional*.



6. Entrevista a
Referentes
Comechingones de la
Provincia de Córdoba,
7/10/11.

Monoculturalismo	Interculturalidad relacional	Interculturalidad funcional

Compartan los ejemplos identificados y avancen en otros modos de establecer las relaciones entre las culturas comprometidas.

2.1. Otros modos de entender la interculturalidad: interculturalidad extendida, descolonizadora y crítica

Uno de los puntos de partida necesarios para una relación más igualitaria entre el Estado y los pueblos originarios, es que estos pueblos y comunidades puedan darse sus propias formas de gobierno, disponer y controlar sus territorios y cuidar de la biodiversidad existente en ellos, tener derecho a educarse y cuidarse para vivir bien en conformidad con sus conocimientos ancestrales y, finalmente, establecer relaciones interculturales desde el fortalecimiento de lo propio.

Los pueblos originarios requieren fortalecerse desde lo que vienen siendo y lo que proyectan ser, ya que son sistemas de vida integrales que para convivir en interculturalidad necesitan empoderarse en todos los aspectos.

Si vos me querés ayudar, enseñame a usar la cámara y te vas y nosotras hacemos la película.⁷

Esto implicaría que los Estados se conviertan en *plurinacionales* y *plurilingües*, y asuman de un modo real, y no solo formal, lidiar con la *monoculturalidad* que los atraviesa y constituye. Así, sería posible otra **interculturalidad** (ni relacional, ni funcional).

Pese a la discriminación y colonización en estos pueblos existen saberes en todos los campos como para que el vivir bien sea elaborado por ellos mismos. Hoy por hoy, se plantean pasar de ser *objeto de las políticas a ser sujetos con participación, cogestión y autodeterminación*, según los casos.

Recogemos los saberes de la gente, el médico va casa por casa, la enfermera va casa por casa y pregunta ¿cómo te curas? Te cuentan lo que hacen, los rechazos que tienen en los Centros de Salud. No vamos a recuperar a toda la comunidad, pero se está intentando aplicar la filosofía del área de salud indígena, la horizontalidad.⁸

En tanto los pueblos indígenas se basan en su propia organización política, jurídica, social, educativa y del vivir bien, se les debe asegurar el control y el gerenciamiento de la transmisión y proyección cultural de sus identidades.

7 y 8. Entrevista a Referentes Comechingones de la Provincia de Córdoba, 7/10/11.

Otra visión que se distancia de la *interculturalidad* relacional y *funcional*, concibe a la **interculturalidad** como **extendida** y hace referencia a una perspectiva que está pensada para toda la sociedad, no solo para los pueblos indígenas.

Si en lugar de buscar el reconocimiento de los pueblos indígenas por parte del Estado, volvemos la demanda de interculturalidad también hacia la sociedad civil, reconoceremos que si alguien necesita interculturalidad son los estados y la sociedad entera y no, precisamente, los pueblos originarios. Allí, en la sociedad y el Estado se encuentra la *monoculturalidad*, no en los oprimidos sino en los opresores. Por lo tanto, la interculturalidad debe iniciarse por casa, por el Estado y la sociedad mayor.

Desde la perspectiva de la **interculturalidad extendida** se procura la des-construcción de los *discursos hegemónicos monoculturales* sobre identidad y cultura, a la vez que se apunta a considerar las intersecciones entre las dimensiones de raza, etnicidad, género, edad, orientación sexual, nacionalidad, religión, cultura, que se amalgaman estructuralmente en el Estado y la sociedad.

Es decir, que la *demanda* de **interculturalidad** no solo se refiere a aspectos de patrimonios culturales sino a otras *dimensiones constituyentes de la subjetividad y de las identidades colectivas*, a saber:

- ⊙ la violencia de género, el abuso sexual, el sexismo en el lenguaje y la cotidianeidad,
- ⊙ el machismo que organiza las relaciones entre varones y mujeres y entre ellos y ellas entre sí,
- ⊙ la regulación de lo femenino y lo masculino y la asignación y normatización de los roles,
- ⊙ los racismos ya sean explícitos o implícitos,
- ⊙ la regulación y el imaginario sobre los cuerpos diferentes ya sea por sus capacidades mentales y motoras,
- ⊙ la orientación sexual que se supone normal cuando es heterosexual y se regula desde el nacimiento,
- ⊙ el acceso a iguales remuneraciones para todos y todas,
- ⊙ los estereotipos raciales y nacionalistas,
- ⊙ el dominio del saber adulto sobre el de otras generaciones,
- ⊙ los modos de regular y realizar bajo diferentes modos de discriminación la cultura audiovisual en el cine y la televisión,
- ⊙ la elitización de la cultura y el menosprecio de las producciones culturales de los sectores subalternos,
- ⊙ las justificaciones de la desigualdad por color de piel,
- ⊙ la desigualdad social y económica, y
- ⊙ la invisibilización de personas y culturas afrodescendientes.

En síntesis, la **interculturalidad extendida** resulta imprescindible a la hora de pensar otros modos de relaciones sociales y culturales y de superar las posturas relacionales y funcionales.

La noción de **interculturalidad descolonizadora** completa las definiciones ya presentadas.

Comprender la **interculturalidad descolonizadora** requiere reconocer que el etnocidio al que fueron sometidos los pueblos originarios no ha terminado, prueba de ello es que pese a cambios positivos en la Constitución y en algunas de las políticas públicas, continúan -y en varios casos se acentúan- los desalojos, despojos y la persistencia de políticas de no reconocimiento del carácter de Pueblos Originarios con derecho a la autodeterminación, a las restituciones y a la debida reparación histórica por genocidio y etnocidio continuado.

No se los consulta, se los explota extrayendo de sus territorios los recursos naturales y de la biodiversidad, se los arrincona y contamina (asunto que se extiende a otros espacios y poblaciones).

Se los educa desde los parámetros nacionalistas y eurocéntricos patriarcales que aún predominan en la enseñanza, pese a que haya muchos cambios en ello. Aún se enseña que son *resabios del pasado* mientras, en prácticas como la del turismo, muchas veces se los obliga a la foto y a realizar artesanías.

Desde diversas iglesias y confesiones religiosas se les impusieron dioses, asimilando sus creencias a esas diversas espiritualidades, aprovechándose de su situación de ser pueblos empobrecidos.

No olvidemos que el ejército fue con la iglesia a combatirlos y a apropiarse de su fuerza de trabajo y de sus cuerpos. Luego vinieron la escuela, los Parques Nacionales, los Registros Civiles, los hospitales...

Estas evidencias, nos llevan en ocasiones a pensar que *los pueblos originarios continúan siendo colonizados*.

Todas estas continuidades configuran un modo de organizar las relaciones sociales en todos los ámbitos de la sociedad y el estado. Es un patrón de poder que se sostiene en una estructura racial/sexual/vital desde la que se ha colonizado y explotado no solo a los pueblos originarios, sino también a la población no indígena.

Si miramos estas afirmaciones desde el punto de vista de los pueblos indígenas (cuerpos, trayectorias de vida y experiencias de opresión sufridas como indígenas), la colonialidad que expresan estas continuidades es más que evidente.

La *colonialidad* es un concepto donde cuatro categorías o dimensiones se encuentran entrelazadas:

- ⊙ La **colonialidad del poder**: se refiere al establecimiento de un sistema de clasificación social basada en la categoría de *raza* como criterio fundamental para la distribución, dominación y explotación de la población mundial en los rangos, lugares y roles de la estructura capitalista-global del trabajo, categoría que a la vez altera y configura todas las relaciones de dominación.
- ⊙ La **colonialidad del saber**: basado en la legitimación de las ciencias naturales y sociales occidentales que niegan y/o consideran inferior otros modos de pensar y saber, y desde la que se establecen las *verdades científicas*. Marcan a los sujetos, creando categorías tales como la de ignorancia y, generando dispositivos de civilización a partir de dicotomías como *pensar versus sentir, racionalidad versus sexualidad, objetividad versus subjetividad, cultura versus naturaleza* y otros.
- ⊙ La **colonialidad del ser**: se ejerce por medio de la inferiorización, subalternización y deshumanización de las personas y grupos sociales. No se es nadie o no se es nada si no se adoptan la normalidad regimentada e institucionalizada, los modos de vida modernos y occidentales, las conductas consideradas civilizadas. Se expresa en creencias del tipo: *No le da la voluntad - No le da la cabeza - No viene al hospital - No cuida la naturaleza*.
- ⊙ La **colonialidad de la vida y la naturaleza** (también llamada colonialidad cosmogónica): consiste en la división binaria *naturaleza/sociedad* descartando lo *mágico-espiritual-social*, la relación milenaria entre mundos biofísicos y humanos. Niega la visión de los pueblos indígenas sobre la *madre naturaleza* –la madre de todos los seres- que es la que establece y da orden y sentido al universo y la vida, entretejiendo conocimientos, territorio, historia, cuerpo, mente, espiritualidad y existencia dentro de un marco cosmológico interactivo y complementario de convivencia.

De allí, la imperiosa necesidad de los pueblos originarios por la descolonización del poder, del saber, del ser y de la vida.

La dimensión **crítica** de la **interculturalidad** refuerza su vínculo con la interculturalidad extendida y descolonizadora.

Desde las posturas críticas, la metodología de análisis y la consideración de la cultura y de las identidades no parten de lo que tienen o de lo que son, sino de lo que están *haciendo y promulgando* con eso que *tienen*. Las identidades no son cosas que están o se tienen, como si fueran inherentes o adheridas a las personas o grupos, sino cosas que se *ejecutan*, se *hacen* o se *juegan* en un campo complejo, dinámico y abierto a múltiples posibilidades.

Tener una **identidad** es en realidad estar disponible para ciertos usos y para ciertas prohibiciones. Por ello, en lugar de leer qué identidades se poseen y describir un conjunto de pautas o hábitos que en suma totalizan una identidad o una localización cultural, se intenta entender *qué es lo que se está ejecutando o produciendo desde los discursos que nombran o refieren quiénes son y quiénes somos*.

Las identidades y orientaciones son políticamente aceptadas, toleradas o rechazadas tanto por el sentido común, como por los dispositivos institucionales.

Por eso, no se puede entender una cultura o una identidad indígena sin tener en cuenta los partidos políticos, las iglesias, las instituciones como la escuela y los centros de salud, los Parques Nacionales y las disputas al interior de las comunidades y de las organizaciones entre sí. En síntesis, sin tener en cuenta las interpelaciones que se hacen desde diferentes lugares a esas culturas e identidades.

La **interculturalidad crítica** procura el desmontaje o des-construcción de estas interpelaciones dominantes.

3. Hacia una interculturalidad crítica, descolonizadora e intracultural para el Vivir Bien

Como ya se dijo la **interculturalidad crítica** consiste en un trabajo político cultural que los no indígenas tenemos que hacer con nuestras creencias, con nuestro sentido común, para dejar de avalar prácticas, tratamientos y conocimientos coloniales.

En el caso de la salud, la **interculturalidad crítica** requerirá entonces hacer visible lo *político*, es decir, entender la medicalización o la relación médico-paciente/trabajador/a de la salud-paciente (por caso) como una relación de poder.

En este contexto, *los procesos de salud enfermedad son procesos políticos para definir y tener el control sobre los cuerpos*.

Para avanzar desde esta perspectiva tomaremos la definición de E. Menéndez⁹ sobre el modelo dominante en salud, llamado *Modelo Médico Hegemónico*, al que caracteriza desde su:

“... biologismo, individualismo, a-historicidad, a-sociabilidad, mercantilismo, eficacia pragmática, asimetría, autoritarismo, participación subordinada y pasiva del paciente, exclusión del conocimiento del consumidor, legitimación jurídica, profesionalización formalizada, identificación con la

9. Menéndez, E.L.: *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS, México, 1990.

racionalidad científica, tendencias inductivas al consumo médico.”

Aunque el autor reconoce que a partir de los años sesenta este modelo entra en crisis, también afirma que esas dimensiones estructuran tanto la *formación* como la *práctica* profesional, mucho más allá de su vigencia.

Convertido en sistema académico de explicación y acción sobre los padecimientos, el *Modelo Biomédico Hegemónico* se instituye como un universal desde el que se mide todo otro saber y, en consecuencia, se permite considerarlos periféricos e intrascendentes.

El *Modelo Médico Hegemónico* es -a la vez- constituyente y tributario de un estatuto científico cuyos principales mandatos se conforman en base a dicotomías tales como:

objetividad – subjetividad
razón – sentimiento
verdad – falsedad
historia – tradición
ciencia – sentido común
universal – particular
conocimiento – ignorancia
abstracto – concreto
público – privado
mente – cuerpo
escritura – oralidad

Cada uno de estos pares obliga a adoptar el primer término como la opción científica y, a la vez constituyen dispositivos sexistas, ya que el segundo término del par, es habitualmente atribuido a las mujeres. Podemos agregar que también es racista e infantilizador.

Estos pares dicotómicos y otros han sido y siguen siendo constitutivos de la *colonialidad del poder, del saber, del ser y del vivir*. Una vez instaurados los dispositivos institucionales (escuelas, hospitales, hospicios, ejércitos, iglesias, registros civiles), la dominación de las diferentes disciplinas científicas desde las academias y universidades queda establecida y, los segundos términos de los pares dicotómicos, quedan excluidos del campo científico.

La articulación entre capitalismo, patriarcado y colonialismo, hace que las ciencias naturales y sociales consideren subalternas otras prácticas y conocimientos, que son reenviados al status de *folklore, curandería, saber tradicional, educación familiar*, todo ello en inferioridad material, ideológica y simbólica respecto del conocimiento científico.

E. Menéndez advierte que *el proceso de salud/enfermedad/atención es un modo de constitución de los sujetos, de sus cuerpos y sus psiquis, que el padecimiento es un hecho social y, ambos están anudados a significados históricamente construidos, que por medio*

de la “atención” se instituyen modos de pensar e intervenir. En este sentido, *medicar* es un acto político, así como también lo son *atender, intervenir, tratar, internar*.

Estas prácticas y sus sustentos científicos (ideológicos) son procesos de saber/poder, anudamientos de control, habilitación y prohibición, normalización y legitimación de lo que puede hacerse con los padecimientos, quiénes deben hacerlo y cómo hacerlo.

Esta mirada que llamamos **intracultural** intenta visualizar en el conocimiento tradicional un proceso de ida y vuelta entre los saberes ancestrales y la proyección de los mismos para diseñar sistemas de vida y de cuidado de los padecimientos de los Pueblos Originarios. Se considera a la producción de saberes indígenas (y también campesinos y populares) como un *campo en construcción*, como un proceso dinámico que *resiste, negocia y se apropia* del saber biomédico en situaciones políticamente cargadas de otras reivindicaciones de reconocimiento, no solo cultural sino político.

Esta mirada será crítica de la iniciativa de *Salud de los Pueblos Indígenas* de la OPS (1992). Ya que desde esta perspectiva, el peso puesto en la armonía y la complementación entre sistemas obtura considerar al menos dos cuestiones: que la relación es entre *sistemas de vida* y no entre culturas y, que estas culturas y sistemas *no son círculos cerrados con fronteras claras*.

La perspectiva **intercultural** aquí sustentada implica varios procesos de reflexión y acción, a partir de los cuales la gestión institucional de atención de la salud contribuya a superar el *monoculturalismo* y el *etnocentrismo* que han constituido a la medicina occidental.

Se trata de una **interculturalidad situada** desde las cosmovisiones y luchas indígenas por reconocimientos y autonomías. Se trata de que las instituciones estatales, no gubernamentales y el conjunto de agentes responsables de asuntos que conciernen a las comunidades originarias, dejen de ser cómplices de la colonialidad del poder, del saber, del ser y del vivir.

La no restitución de los territorios sumados a los nuevos despojos podrían ser vistos como la enfermedad mayor que padecen los pueblos indígenas, ya sea que vivan en la ciudad o en el campo.

Dice H. Diaz: *Podemos concluir afirmando que hay muchos tipos de epidemias, entre ellas: la monoculturalidad, el racismo, el machismo, el sociocentrismo*. La **interculturalidad** es lo contrario de afirmar que son los *otros* los diferentes y, en consecuencia, no poner en cuestión nuestra concepción capitalista, colonial y patriarcal que al mismo tiempo que nombra a los indígenas como diferentes, los *subordina* – los **enferma**.

El primer paso en este proceso sería efectuar un *diagnóstico* de las concepciones y las prácticas que procuran poner en relación intercultural la medicina alopática y otras formas de cuidado, como por ejemplo, las llamadas medicinas tradicionales. Aunque, este acercamiento aún pone en relación desigual a la medicina tradicional y

sólo se apoya en ella para la eficacia de los tratamientos y por razones *multiculturales* de aceptación y respeto de la diversidad.

Desde los pueblos originarios se trata de que sus conocimientos y sus prácticas tengan reconocimiento y legitimación para que se diagramen espacios de participación y decisión acordes, y en una relación menos vertical y dependiente.

Habría que avanzar en la aplicación de derechos tanto internacionales como constitucionales de nuestro país, que reconocen explícitamente el derecho de los pueblos indígenas a organizar y administrar sus servicios de salud, para que obliguen al estado a poner a disposición y proporcionar los medios necesarios para el efectivo ejercicio de esos derechos. Al tiempo que establecen que los servicios de salud deben coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen.

Concluyendo: el punto de partida para **interculturalizar** la relación entre la medicina oficial y otras medicinas (indígenas en particular) es acercarse de modo integral a las cosmovisiones de los pueblos (originarios en este caso), a sus procesos políticos y culturales, a sus luchas por mejorar las condiciones de vida y a las estrategias que se van dando para recomponer sus conocimientos, en particular, a los modos de sanación.

Así se plantea en el documento Kvme Felen (Plan de Vida) mapuce:

En las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del paciente en el proceso de atención de salud. El tema de la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico, pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano y de su inserción territorial, comunitaria y familiar, como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad. Desde esta perspectiva, se intentan realizar acciones con un enfoque integral donde se toma en cuenta el conocimiento de salud que tiene la comunidad y sus especialistas. Por ello es necesario nuestro control cultural sobre todos los sistemas médicos que se encuentran al alcance de las comunidades, así como también partir del dinamismo que la propia medicina mapuce experimenta día a día haciendo de ésta un modelo integral, moderno y efectivo.

ACTIVIDAD 3

A continuación, se presenta un relato extraído del artículo *Salud Reproductiva e Interculturalidad*¹⁰:

“Completé mi formación médica en la residencia de un hospital de complejidad VI de la provincia de Buenos Aires, con el objetivo puesto en trabajar en el Sistema de Salud neuquino.

Allá por 1991, logré ingresar en él y comencé mis tareas en Neuquén como médica general, en un hospital de nivel III del interior, en la zona sanitaria ubicada en el centro de la provincia, a unos 30 kilómetros del Hospital Zonal de referencia.

El hospital se encontraba frente a la plaza principal de un pueblo pequeño con cerca de 1.500 habitantes en su casco urbano, a cargo de una inmensa área rural con parajes más o menos alejados, con heterogénea distribución demográfica y variada composición étnica, con algunas comunidades de “huincas” (...) descendientes de extranjeros de muy diversos orígenes), y otras de descendientes de pueblos originarios de la región (...).

Mi paso por la residencia me había inclinado a una normatización de todos los eventos y/o acontecimientos que pudieran presentarse. Normas que, tal como se dice en la Maestría (...), “simplifican los problemas” y “tranquilizan al colega”.

La provincia desarrolló un sistema de salud basado en un modelo de planificación normativa (...). Normas que, no quepa ninguna duda, estaba dispuesta a respetar a rajatabla (...).

Una de las normativas vigentes en aquel momento, y aún hasta la fecha, es la entrega gratuita de anticonceptivos a todas las mujeres que pisen suelo neuquino y que los requieran (...)

Mi relato, entonces, está ambientado en uno de los parajes del área rural que periódicamente visitábamos. Su población estaba esparcida en una zona al noroeste del hospital, a unos 120 kilómetros, distancia que había que recorrer por caminos vecinales de muy difícil acceso.

Los pobladores integran una de las muchas comunidades mapuches aún establecidas sobre el Neuquén. Su cacique era, en ese momento, el hijo mayor de una de las familias más “numerosas” del lugar.

Me posicioné con esmero ante este tema de planificar las familias, y aprovechando las visitas médicas que nos acercaban al lugar, promocionaba las bondades de los métodos.



10. Feltri, A. A., Arakaki, J., Justo, L., Maglo, F., Pichun, F. J., Rosenberg, M. I., Spinelli, H., Testa, M., Torres Secchi, A. M. y Ynoub, R. C.: Salud Reproductiva e Interculturalidad. Salud Colectiva. 2006; 2(3): 299-316.

Es importante aclarar que en los encuentros que se realizaban en la escuela albergue del lugar participábamos, por un lado, el equipo de salud integrado por el chofer, un agente sanitario, el odontólogo y el médico general. Por otro lado, el de educación, formado por la maestra y el portero del establecimiento, y por parte de la Comunidad se acercaban las mujeres y sus niños, en su mayoría pequeños, y las ancianas en busca de tratamiento, para sus males crónicos y para sus familiares.

La promoción por mí realizada comenzó a dar sus frutos. A los pocos meses, las “mujeres” ya estaban incluidas en el plan. Como es de suponer, nos empeñábamos más con aquellas cuyas familias eran más numerosas, que eran, para dar un ejemplo, la del portero de la escuela y la del cacique de la comunidad, cosa que no había tomado en cuenta en aquel momento. Tiempo después, al llegar al paraje en una de las visitas periódicas, me encontré con que la maestra me solicitaba que me hiciera presente en la Dirección, pues habían concurrido los “hombres” de la comunidad para hablar conmigo.

Confieso que tragué saliva con mucha dificultad y hubiese deseado estar a miles de kilómetros de distancia del lugar; no obstante, asumí mi posición como “doctora” del sistema y encaré la situación.

El encuentro fue molesto para ambas partes, pero podía percibirse que “los hombres” tenían muy claro para qué estaban en ese incómodo lugar, cosa que no ocurría conmigo.

Quien conoce al pueblo mapuche (...) sabe que son “gente de pocas palabras”, pero puedo asegurar que estas, aunque pocas, fueron muy precisas, y si bien pueden no ser textuales, ya que no fueron escritas por mí en aquel momento, el sentido de las expresiones me quedaron bien grabadas: “Doctora, necesitamos que nos explique por qué nuestras mujeres no se enferman desde que usted está viniendo a verlas” (enfermar debe leerse como quedar embarazada, al igual que aliviar se refiere a parir).

El que hablaba era el portero de la escuela, quien me recibía en todas las visitas, sistemáticamente, con mate y tortas fritas, y era padre, en aquel entonces, de once hijos. Su mujer estaba en mi lista de “procreación responsable”.

Es necesario agregar, también, que en la reunión, entre los ocho hombres, no estaba presente el cacique (luego aprendí que por más médica que fuera, yo era una mujer, y él no me dirigiría la palabra), su prole era también de once hijos, aunque aventajaba al portero por varios varones, evento valioso (...) y cuya esposa también me visitaba mensualmente.

Volviendo a la pregunta que me formularan, intenté explicar que yo no había forzado a nadie, que las mujeres habían “participado” en la elección del método, que yo sólo entregaba anticonceptivos a quienes lo solicitaban. Que era para que no siguieran naciendo tantos niños, los cuales (según mis valores),

no iban a tener “todas las posibilidades” de alimento y educación necesarias, etc., etc., etc., tras lo cual me contestaron: “usted, doctora, debió consultarnos sobre el tema, pues usted no comprende el valor que representan los hijos para nosotros” y concluyeron: “doctora, esto se terminó aquí”.

Regresé al hospital y llamé a reunión al “consejo asesor”, en aquel momento mis dos compañeros médicos generales, una mujer y un varón, a quienes relaté el episodio. (...) comprendiendo que la norma iba más allá de los límites tolerables por esta comunidad, decidimos realizar una reunión con “las mujeres” del Mallín, reproduciendo ante ellas la reunión que yo había mantenido en la escuela. Escucharon en silencio, y no se expresaron con palabras, pero no solicitaron más métodos anticonceptivos.

El portero va por 14 hijos. El cacique sigue ostentando su cargo, gracias al voto de los hombres de su familia.

- ¿Qué reflexiones les suscita este relato?
- ¿Alguna vez vivieron en su desempeño como trabajadores de la salud una situación similar (aun cuando no se refiera específicamente a la salud sexual y reproductiva)?
- ¿Cuáles son las concepciones / cuestiones que están en juego en este relato?
- Les proponemos como ejercicio utilizar los conceptos presentados en esta unidad: *reconocimiento, identidad, asimilacionismo, relativismo cultural, multiculturalismo, monoculturalismo, interculturalidad relacional, interculturalidad funcional* para interpretar aspectos, partes o la totalidad del relato, ¿pueden identificar el efecto de estas ideas?
- Pensando en el relato, si tuvieran que acercarse hoy a una comunidad originaria, ¿cómo trabajarían las diferencias en las concepciones de salud entre la comunidad y el equipo de los trabajadores del centro de salud?, ¿Cómo sería el funcionamiento de una *interculturalidad extendida, descolonizadora y/o crítica*?
- Les proponemos que piensen diversas actividades, acciones o prácticas, que les permitan comenzar a construir junto con la comunidad este proceso de ida y vuelta entre los saberes ancestrales y su proyección en el futuro, y que permita diseñar junto con ellos **sistemas de cuidado** de los padecimientos de los Pueblos Originarios.

Un modo de comenzar esta tarea es pensarla a través de actividades, acciones y prácticas posibles centradas en alguna dimensión de salud integral. Por ejemplo:

- El cuidado de la comunidad y su espacio físico (incluyendo la biodiversidad de su territorio).

Esta, o cualquier otra organización que dé lugar a escuchar lo que la comunidad tiene para decir, es válida. Lo importante es el respeto de los modos culturales propios que tiene cada comunidad para enfrentar los problemas de salud, son un camino posible para construir otro vínculo entre culturas.

Los invitamos a realizar diversas propuestas de trabajo y discutirlos en equipo, a la luz de los conceptos expuestos en esta unidad.

A decorative border composed of a repeating pattern of small triangles in shades of gray and white, framing the central text area.

Unidad 4

Los desafíos de la interculturalidad
en salud en la Argentina

Introducción

En esta unidad se presenta el desafío que ha tomado el *Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención* de promover desde el *Área de Salud Indígena* y junto con comunidades originarias una propuesta de trabajo intercultural.

1. Los desafíos de la salud intercultural en la Argentina¹

En general, nos referimos a los Pueblos Indígenas como si fueran una sociedad homogénea, y esa creencia no solo es errada, sino que constituye un grave obstáculo para encarar políticas de reconocimiento interculturales en el ámbito de la salud pública.

En nuestro país habitan más de 30 pueblos indígenas organizados en más de 1.500 Comunidades, además de un importante número que vive en el entramado urbano de cientos de ciudades, con diversos grados de organización. Ello implica diálogos múltiples y políticas de reconocimiento diferenciadas, que requieren trabajo en territorio y amplitud de criterios para ser implementadas.

Si bien todos los Pueblos Indígenas comparten situaciones comunes de explotación y exclusión, han dado grandes avances en términos organizativos y políticos para construir representaciones colectivas. También es cierto que cada pueblo e incluso cada comunidad tiene sus propias particularidades culturales, que los diferencian. De modo que, si bien todos padecen similares barreras que les impiden acceder al sistema público de salud (geográficas, étnicas, idiomáticas culturales, económicas, etc.), en la realidad cotidiana del territorio éstas se manifiestan bajo diversas formas y grados.

Asimismo, el sistema público de salud también genera grandes diferencias en las modalidades de atención y en las formas de entender las políticas de reconocimiento por parte de los Estados Provinciales y Municipales, según el caso. Incluso en una misma Provincia, suele ser diferente el modo de trato existente según los distintos niveles de atención (Hospital, Centro de Salud, Centro Integrador Comunitario Postas) y según la distribución demográfica de la población indígena en relación con la criolla.

A nivel central se promueve la coordinación entre los distintos *Programas, Direcciones o Áreas del Ministerio de Salud* en lo que se refiere a las políticas de salud dirigidas hacia los Pueblos Indígenas.

Los actores involucrados de una y otra parte que tienen que ponerse de acuerdo son

1. Las ideas que se desarrollan en este apartado fueron tomadas del artículo de García Fanlo, L.: *Pueblos Indígenas, reconocimiento e interculturalidad en las políticas de salud*.

múltiples, y este, es el principal desafío que actualmente tiene que afrontar la relación intercultural para consolidarse, desarrollarse y afianzarse.

Es preciso hacer esfuerzos para mejorar la coordinación de acciones por parte del sistema público de salud en todos sus niveles, y a la vez, los Pueblos Indígenas deberían profundizar el proceso en curso de organización política, en particular en la definición de prioridades y de quiénes son sus autoridades legítimamente constituidas y representativas, con autoridad para tomar decisiones, consultar y otorgar el consentimiento previo, libre e informado, y constituirse en interlocutores válidos del diálogo intercultural.

En lo que respecta al sistema público de salud se vienen desarrollando acciones de coordinación, tanto al interior del Ministerio de Salud de la Nación, como entre éste y los Ministerios de Salud Provinciales con diversos grados de avance y algunos primeros logros importantes, aunque aún insuficientes.

Es el Estado Nacional el que debe impulsar y consolidar instrumentos jurídicos que conviertan la problemática del reconocimiento y definan la necesidad de encarar políticas interculturales de largo plazo. Políticas que es deseable no queden limitadas por recambios gubernamentales, ya que estos producen marchas y contramarchas, que obstaculizan el cumplimiento de compromisos asumidos y el desarrollo de la confianza necesaria para consolidar un diálogo intercultural.

Se requiere, entonces, de una política de Estado en la cual enmarcar las políticas hacia los Pueblos Indígenas. En particular en el ámbito de la salud es posible avanzar, ya que en última instancia la interculturalidad es una práctica que tiene su base y fundamento en el acontecer de la vida cotidiana y, no simplemente, en la existencia de un marco legal con las dificultades de aplicación que puede traer aparejadas.

La interculturalidad comienza a construirse de abajo hacia arriba, modificando las prácticas cotidianas, allí donde se entrecruzan quienes están a cargo de hacer realidad las políticas de salud y quienes resultan ser sus beneficiarios directos. De ahí la importancia de médicos/as, enfermeros/as, profesionales, auxiliares de la salud, personal administrativo, agentes sanitarios, personal de apoyo, que trabajan diariamente desde la Posta de Salud más alejada e inaccesible hasta los grandes Hospitales. La clave está en el Primer Nivel de Atención y en las acciones de promoción y cuidado, así como, en los lazos sociales que se construyan a nivel comunitario con la población indígena.

2. La propuesta de los Pueblos Indígenas

En octubre de 2009 el Ministerio de Salud de la Nación organizó un *Taller sobre Interculturalidad en Salud*, convocado por el Área de Salud Indígena del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Se trató de un encuentro donde todos los Pueblos que están en contacto con el programa se reunieron para compartir, tratar y discutir, su visión sobre el modo de construir salud para sus comunidades.

Como resultado del taller los representantes de Organizaciones Indígenas de todo el país construyeron y presentaron su propuesta para mantener relaciones interculturales en salud, en el documento llamado *Propuesta de salud de los Pueblos Originarios en el marco del bicentenario*²:

La interculturalidad es la propuesta política y cultural que los Pueblos Originarios de América Latina vienen construyendo desde los años 90 para lograr la transformación del estado-nación al estado plurinacional con justicia social.

La interculturalidad requiere de simetría en las relaciones materiales y simbólicas de los sujetos políticos, es por eso que la interculturalidad como política es transformadora de las históricas asimetrías sociales que se conformaron en América Latina en torno al concepto eurocentrista y positivista de "raza" que instaló la conquista.

La conformación del Estado argentino con la Constitución de 1853-1860 es la primacía de la línea de exclusión y genocidio de los Pueblos Originarios, la de Mitre, Sarmiento, Roca, por sobre la línea revolucionaria de Mayo: Castelli, Belgrano, Moreno, San Martín, que planteaba un proyecto junto a los Pueblos Originarios a través de la unidad continental y el capitalismo de estado.

La lucha de los Pueblos Originarios impulsó un cambio de paradigma que se plasmó en la reforma constitucional de 1994, que reconoce la preexistencia de los Pueblos Indígenas argentinos. Se establece de esta forma un pacto de convivencia entre los Pueblos Indígenas y el Estado, que exige desarrollar las condiciones de posibilidad de la vida común en una sociedad pluralista.

Se ha iniciado, en consecuencia, un proceso de transformación del Estado y la sociedad que, en esta etapa, sólo puede lograrse a través de la participación sustantiva de las organizaciones políticas de los Pueblos Indígenas. Es lo que los Pueblos Indígenas denominan política de interculturalidad. En efecto, no se trata de sumar o agregar diversidad al modelo de estado dominante, sino de generar la transformación de la relación entre los Pueblos Originarios con el Estado y sus

2. Taller sobre interculturalidad y salud. Buenos Aires, 28, 29 y 30 de Octubre de 2009.

instituciones sociales, políticas, económicas y jurídicas, así como con el conjunto de la sociedad.

Los Pueblos Originarios, necesitamos un espacio para ser protagonistas y estamos convencidos, que este gobierno, que ha dado muestras de avanzar en una política de derechos humanos, puede brindar condiciones para delinear la construcción de un nuevo Estado intercultural y descolonizador. Y, estamos dispuestos a asumir el compromiso de impulsar ese cambio para una Argentina inclusiva, intercultural, con redistribución de la tierra y de la riqueza, con la restitución de la palabra pública a los Pueblos Originarios, con la revaloración de nuestra historia, garante de los derechos humanos de todos y todas los y las que convivimos en el país.

Este gobierno que se define nacional y popular con base en la justicia social ha retomado el rol del estado social, revirtiendo las políticas neoliberales de las décadas anteriores, siendo necesario profundizar la redistribución de la riqueza, la tierra y los bienes simbólicos. Este proceso de recuperación de la ciudadanía inclusiva debe ir acompañado de una descolonización del estado que achique las brechas estructurales que sembró la colonialidad desde la conformación de los estado-nación. Es el aporte de los Pueblos Originarios a la refundación del estado hacia el Bicentenario por un Estado pluricultural y plurinacional que conjugue la justicia con la participación sustantiva de todos.

Por ello, nuestra propuesta de construir nuevas prácticas dirigidas a un Bicentenario inclusivo e intercultural. Nosotros, los Pueblos Originarios adherimos a una política en la cual la diferencia puede combinarse coherentemente con una política de igualdad, que reconozca las diferencias idiomáticas, culturales y filosóficas que hacen a nuestra forma de encarar la vida y cuidarla.

Diagnóstico de situación

En la Argentina habitamos más de 30 Pueblos Originarios organizados en más de 1.200 comunidades rurales y en organizaciones políticas territoriales de comunidades de un mismo pueblo en una o distintas provincias; hablamos 12 idiomas diferentes al castellano (...) A la llegada de los españoles en lo que hoy es Argentina se hablaban 36 idiomas originarios, muchos de ellos se han perdido en la actualidad.

Somos, entre otros, los Pueblos Kolla, Mapuche, Qom (Toba), Pilagá, Mocoví, Tehuelche, Selk'nam (Ona), Mbya Guaraní, Ava Guaraní, Wichi, Diaguita, Huarpe, Tonocote, Rankulche, Chulupí, Chorote, Tupí Guaraní, Chané, Tapiete, Charrúa, Sanaviron, Lule, Atacama, Omahuaca, Ocloya, Tilian, Nivacklé, Tastil, Vilelas y Comechingón.

Tenemos una historia de subordinación política, económica, de re-localización y reducción territorial, asimilación cultural e institucional tendientes todas a una homogeneización forzada. Hoy es urgente abordar las profundas desigualdades materiales a las que hemos llegado fruto de años de colonización e injusticias perpetradas aun en contra de nuestros

derechos, como el acceso al trabajo remunerado, educación, salud y recreación. Las cuales pueden verse reflejado en nuestras regiones donde coinciden la discriminación, la mayor pobreza estructural, el mayor número de exposición de tóxicos, alcoholismo, menos expectativas de vida, altas tasas de mortalidad infantil y analfabetismo, violaciones, desalojos, contaminación, falta de agua potable, de agentes sanitarios, entre otras variables.

(...) aquí viene el mayor desafío porque los Pueblos Originarios queremos y tenemos derecho a ser partícipes de estas políticas públicas, somos conscientes de la desconfianza colonial que generamos y que también tenemos, (...). Por eso queremos que este nuevo estado que se está construyendo sea también descolonizador, intercultural.

Creemos que hay buenas razones para construir un estado intercultural (...). Sin embargo, estamos convencidos que debe darse un diálogo intercultural con intención de resolver enfoques que consideramos erróneos hacia nuestros pueblos.

Por eso decimos que la política pública debe ser restituida a los Pueblos Originarios, porque aparte de diversidad cultural, una cosmovisión y espiritualidad diferente, tenemos una Política propia, basada en las asambleas comunitarias y el consenso. Las organizaciones que elevamos esta propuesta nucleamos a más de 700 comunidades que conformamos veintiséis organizaciones políticas territoriales.

Por eso, como Pueblos Originarios proponemos la construcción de un nuevo Estado en el Bicentenario en el que se reconozcan nuestros derechos políticos a la libre determinación como expresamente lo establece la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas y el excepcional marco jurídico federal que instaura la Constitución Nacional de 1994.

Luego de esta declaración se realizó una propuesta de trabajo en conjunto con el Ministerio de Salud :

Objetivo principal

Trabajar junto con el Estado y la sociedad para generar condiciones que permitan un Pacto – el del Bicentenario – entre el Estado y los Pueblos Originarios como sujetos políticos a fin de institucionalizar un estado plurinacional. Ello implica desnaturalizar y transformar las relaciones asimétricas de poder que vulneran los derechos de los Pueblos Originarios como sujetos de derecho.

Objetivos específicos

- a. Mantener un diálogo sostenido entre el estado, con interlocutores del Ministerio de Salud, Secretario de Salud, Subsecretario y Coordinadores de Programas y las Organizaciones de los Pueblos Originarios que trabajen en la evaluación permanente del proceso de construcción intercultural.

- b. Participación de las organizaciones de los Pueblos Originarios en los diferentes niveles de Atención del Sistema de Salud de las Provincias.
- c. Abordar la Salud en relación al territorio y la biodiversidad, entendiendo la misma como un todo, teniendo en cuenta la libre determinación y la autonomía desde el nivel local hacia el nivel nacional, generando propuestas de inclusión y respetando como estándar el libre consentimiento previo e informado de los Pueblos Originarios.
- d. Fortalecer a las organizaciones políticas territoriales de los pueblos y de las comunidades- a nivel nacional y regional- transfiriendo recursos desde el estado nacional en forma directa; para la concreción de Proyectos (agua, equipamientos tecnológico y para los agentes sanitarios, huertas orgánicas); facilitando la interrelación con organismos del Estado, específicos en cada tema.
- e. Que los Programas de Salud para los Pueblos Originarios; estén de acuerdo a lo que establece el Artículo 25 del Convenio 169 de la OIT, (Ley 24071).
- f. Fortalecer los espacios de articulación intercultural entre los Ministerios de Salud de la Nación, Provinciales, Secretarías de Salud Municipales y las Organizaciones territoriales de los Pueblos Originarios, así como con otros Ministerios.
- g. Institucionalizar el ejercicio de la Medicina ancestral de los Pueblos Originarios.
- h. Ante una emergencia sanitaria, propiciar la consulta y participación para la elaboración de planes de contingencia con los Pueblos Originarios que poseen sus propias medicinas y soluciones ambientales y reforzar políticas que combatan la contaminación que afecta principalmente a Pueblos Originarios y campesinos.
- i. Incorporar agentes interculturales-bilingües al Sistema Público de Salud en todos sus niveles, cuando involucre a los Pueblos Originarios.

Conclusión

El documento presentado, cuyo nombre es *Propuesta de salud de los pueblos originarios en el marco del bicentenario*, tiene como base un documento redactado por el *Encuentro Nacional de Organizaciones Indígenas de Almirante Brown*, Pcia. de Buenos Aires, en Marzo de 2009.

Las Organizaciones que participaron en la producción del documento en octubre de 2009 son:

- Organización de Comunidades Aborígenes de Santa Fe – OCASTAFE
- Consejo de la Nación Tonokote Llutqui – CONATL
- Unión de los Pueblos de la Nación Diaguita – UPND
- Organización de Naciones y Pueblos Indígenas en Argentina
- Coordinadora del Parlamento Mapuche Rio Negro
- Organización Malal Pincheira de Mendoza
- Organización Inter Wichi – Formosa
- Comunidad Aborígen Laguna de Tesorero - Pueblo Ocloya
- Comunidad Yas Tata Guasu Koët – Salvador Mazza
- Comunidad Aborígen Pueblo Nuevo – Tartagal
- Comunidad Fortín Bororé Mbya Guaraní
- Comunidad Diaguita El Mollar - Tucumán
- Asociación Comunidades del Pueblo Guaraní – Misiones
- Organizaciones de Mujeres Campesinas y Aborígenes Argentinas – MUCAAR
- Comunidad Aborígen Toba – Rosario
- Comunidad Diaguita Santa María de Catamarca

El *Área de Salud Indígena* fue promotora del *Encuentro* que dio lugar a la declaración que antecede. La redacción del documento es responsabilidad de todas las organizaciones presentadas, junto con el *Área de Salud Indígena del Programa Médicos Comunitarios*.

Desde el año 2009 a la fecha el *Área de Salud Indígena* ha trabajado teniendo en cuenta muchos de estos puntos. Varios encuentros con diversos objetivos se llevaron a cabo. El camino elegido es el camino de la construcción de una propuesta intercultural para el cuidado de la salud de los pueblos originarios.

En la siguiente unidad, se desarrolla con detalle el trabajo realizado.

Unidad 5

Construyendo políticas interculturales
en el marco de la Estrategia de Atención
Primaria de la Salud

Introducción

El *Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención* se crea con el propósito de fortalecer el sistema de salud local mediante dos vías: el financiamiento de recursos humanos destinados a trabajar en el primer nivel de atención a lo largo y a lo ancho del país y, la formación de estos recursos en conocimientos específicos, para desempeñarse en este nivel.

Se asume que esta formación responde a la estrategia de Atención Primaria de la Salud y sostiene los principios de participación comunitaria y derecho a decidir, que cada grupo humano tiene sobre sus condiciones de vida y salud, como elementos esenciales.

Muchos son los grupos y comunidades con características idiosincráticas que habitan el territorio nacional. El PMC defiende el derecho a la diversidad de todos y cada uno de ellos. Diversidad entendida como particularidad de costumbres, ideas religiosas, modos de organización comunitaria, instituciones y agrupaciones.

La amplitud del territorio señala que algunas comunidades se encuentran mejor comunicadas y con mayor contacto con importantes centros urbanos, mientras otras se encuentran alejadas y con mayores dificultades de acceso a bienes y servicios públicos, entre ellos, la salud.

Asimismo, las condiciones de vida y situación socioeconómica es muy diversa a lo largo y a lo ancho del territorio, conteniendo todavía comunidades con altos índices de pobreza, marginalidad y, generalmente, con sus *necesidades básicas insatisfechas*.

Las diversidades recién mencionadas no se presentan aisladas, la sumatoria de varias de ellas nos hace reconocer comunidades con índices particularmente altos de vulnerabilidad: lejanía de centros con adecuada provisión de servicios (entre ellos salud y educación), condiciones de infraestructura que indican hábitats poco adecuados para la vida humana en comunidad (falta de cloacas y de agua potable, contextos de hacinamiento), altos índices de desempleo, bajo nivel educativo y otros, que conforman contextos de verdadera inequidad y marginalidad en relación con otros colectivos o comunidades.

La creación del *Programa Médicos Comunitarios* no es ajena al conocimiento de esta realidad. Su estrategia intenta centralmente mejorar la situación de salud de estas comunidades e invitar a sus integrantes a participar de las decisiones que afectan a su salud.

Un caso particular lo constituyen las comunidades que se identifican como pertenecientes a Pueblos Originarios. Porque a muchas de las condiciones ya descritas se suma el aniquilamiento que han sufrido desde la conquista con la consecuente disminución de su población, más la sistemática negación de su cultura

y valores que el proceso de consolidación del estado nacional -iniciado en el Siglo XIX- ha representado para ellas. Como resultado, muchas de estas comunidades han quedado *reducidas y encerradas* en partes limitadas de lo que alguna vez fueron sus territorios, y también, encerradas en muchos otros aspectos, como los lingüísticos, culturales, históricos, educativos.

Esta es una deuda que el estado reconoce para con los pueblos originarios, castigados por sucesivas aniquilaciones reales y simbólicas. El estado de vulnerabilidad en que se encuentran algunas de estas comunidades confrontado con un sistema de salud que funciona todavía bajo un fuerte modelo hegemónico hace difícil el encuentro entre sistema de salud y comunidades indígenas.

La creación del *Área de Salud Indígena* representa no solo el reconocimiento de la responsabilidad que le cabe al estado sobre las condiciones actuales de vida de las comunidades indígenas, sino también, una declaración pública de la dificultad del sistema de salud para vincularse adecuadamente con estas comunidades y garantizar su derecho a la salud, al igual que la del resto de la población argentina.

El *Área de Salud Indígena* se concibe entonces, como un garante de este acercamiento y define su tarea en la coyuntura donde todavía es necesario entender cómo se construyen y respetan identidades particulares indígenas en el contexto de la interculturalidad social en general y, en especial, la referida a la salud.

El campo de la **interculturalidad** es un campo todavía en construcción. En ese sentido, qué se entiende por interculturalidad, qué es y qué no es defender los derechos de autonomía e identidad de los pueblos indígenas es un camino con algunas certezas y muchas indefiniciones. Un camino en construcción, en este caso entre el Estado y sus representantes en el ámbito de la salud y las comunidades indígenas.

A continuación, desarrollaremos el trabajo realizado desde el *Área de Salud Indígena* del PMC y sus antecedentes en programas de salud del Ministerio de Salud de la Nación.

1. Antecedentes

En este apartado presentamos la tarea del *Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios* desarrollada entre los años 2005 y 2007 y del *Programa ANAHI (Apoyo de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas)* que funcionó entre los años 2000 y 2009 como antecedentes del *Área de Salud Indígena* creada en el año 2009.

1.1. El Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios (2005-2007)

El *Programa Médicos Comunitarios* creado en el año 2004 contó desde el 2005 con una línea de trabajo específica: el *Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios*.

Con la conformación de **equipos de salud interdisciplinarios** para Pueblos Originarios se promovió la implementación de intervenciones socio-sanitarias integrales en las comunidades.

Entre los principales objetivos de esta área figuraban:

- fortalecer un enfoque Intercultural y en Salud Social y Comunitaria, en la formación de recursos humanos para el primer nivel de atención;
- brindar servicios de salud de calidad a los pueblos originarios, en un marco de respeto a las tradiciones y costumbres de las diferentes comunidades;
- reforzar las actividades de prevención y promoción de la salud y el trabajo extramuros con los Pueblos Originarios;

Los objetivos de esta área fueron llevados a cabo por equipos itinerantes entre los años 2005 a 2007.

Se conformaron 16 equipos interdisciplinarios de 6 integrantes cada uno (2 Médicos, 1 Enfermero, 1 Obstétrica, 1 Trabajador Social y 1 Antropólogo), destinados a insertarse en comunidades predeterminadas por región. Asimismo, se contó con equipos de apoyo regional para los temas específicos nutricionales y de saneamiento ambiental y zoonosis (8 nutricionistas, más 8 expertos en saneamiento ambiental y zoonosis). En total fueron 112 profesionales, 96 de ellos conformando los equipos comunitarios y 16 conformando los equipos de apoyo.

Estos equipos -como todos los equipos financiados por el PMC- recibieron la formación del Posgrado en Salud Social y Comunitaria.

La asignación de los equipos comunitarios en diversas comunidades se realizó bajo la priorización efectuada tras la consulta a diversas organizaciones indígenas, entidades gubernamentales y no gubernamentales, así como a las autoridades de los diversos Ministerios y/o Secretarías de Salud provinciales.

Como resultado, los 16 Equipos Comunitarios se distribuyeron en 11 provincias con una importante población indígena: Catamarca, Chaco, Chubut, La Pampa, Mendoza, Misiones, Río Negro, Salta, San Juan, Santa Fe y Tucumán.

De esta forma, se dio cobertura a 10 etnias: Wichí, Guaraní, Mbyá-Guaraní, Diaguita/Diaguita-Calchaquí, Toba, Huarpe, Mocoví, Ranquel, Mapuche y Tehuelche.

La modalidad de trabajo adoptada fue que los equipos trabajaran en el seno de las comunidades 15 días por mes, y asistieran en forma mensual a encuentros presenciales en el marco de su formación. Durante los años 2005 a 2007 los 16 Equipos Comunitarios constituidos realizaron su actividad visitando las comunidades durante 15 días al mes. Se facilitó así, tanto la captación real, como el seguimiento de las problemáticas socio-sanitarias que afrontaban las comunidades.

Además, se estimuló la participación efectiva de las comunidades en su resolución. La función de los equipos era trabajar con diferentes abordajes los problemas socio sanitarios emergentes de los Pueblos Originarios.

Las actividades de los equipos comunitarios incluyeron:

- Observación en terreno e integración con las poblaciones seleccionadas
- Recolección de datos de la situación socio-sanitaria de dichas poblaciones con el objetivo de:
 - promover la creación de redes de trabajo conjunto entre los miembros del equipo de salud oficial y los curadores tradicionales,
 - realizar tareas de acompañamiento junto con los referentes comunitarios la planificación y ejecución de proyectos locales tendientes a mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de los pueblos originarios.

A partir del año 2006 se llevaron a cabo acompañamientos en terreno por parte equipo central del programa a las comunidades donde trabajan los Equipos Comunitarios, consistentes en 1 visita mensual ó bimestral (de acuerdo al caso).

El desarrollo completo de la estrategia de estos equipos admite la diferenciación de 3 etapas, no del todo secuenciales dado que en algunos casos se solapan, superponen y retroalimentan:

- i. una etapa inicial, diagnóstica, que se desarrolló entre los meses de septiembre y diciembre de 2005, junto a la formulación de un Proyecto de Intervención,

2. una segunda etapa de implementación de los Proyecto de Intervención, entre los meses de enero y noviembre de 2006,
3. una tercer y última etapa de cierre, con una autoevaluación de resultados y devolución a la comunidad, que se desarrolló entre los meses de noviembre y diciembre de 2006.

La **etapa diagnóstica** tuvo una duración variable según las particularidades de cada uno de los equipos y de cada comunidad. La característica principal de esta etapa fue la integración del equipo comunitario con la comunidad, estableciendo lazos que permitieran el conocimiento entre ellos y de los distintos integrantes del equipo entre sí.

En esta etapa se realizaron las siguientes actividades:

- Relevamientos de información básica sobre:
 - datos geográficos, medios y vías de comunicación, instituciones del área (escuelas, intendencias, delegaciones municipales, organizaciones religiosas y de salud);
 - datos de la población: número de familias, grupos étnicos, datos demográficos, niveles de ingreso.
- Diagnósticos participativos: a través de los primeros relevamientos y entrevistas a la población, organización de talleres participativos para el conocimiento mutuo entre el equipo comunitario y los integrantes de la comunidad, la presentación de los objetivos y la puesta en común de expectativas de ambas partes.
- Entrevistas/encuentros con los representantes de los Ministerios de Salud Provinciales, Municipios/Intendencias, Hospital de referencia, CAP/Puesto Sanitario, Líderes comunitarios, y otras instituciones/organizaciones gubernamentales y no gubernamentales de infraestructura, salud, educación y organizaciones civiles.

Estas actividades facilitaron la **formulación de los proyectos de intervención y su implementación** por parte del equipo comunitario, con un plazo de ejecución anual. Cada proyecto se desarrolló en base a las necesidades particulares de cada lugar y región de intervención, bajo los principios de la participación comunitaria y consensuando acciones entre los diferentes actores sociales, para responder específicamente a las problemáticas locales.

Bajo una concepción global de la salud, a lo largo de todo el año 2006, se abordaron proyectos vinculados a:

- la salud y el ambiente
- la dimensión socio cultural
- emprendimientos productivos y comunitarios

Así, se articularon acciones entre el Ministerio de Salud de la Nación, los Sistemas Provinciales de Salud, los Municipios, las Escuelas, Universidades Nacionales y otros organismos.

Entre los proyectos de intervención se encontró gran diversidad de abordajes, producto de la diversidad geográfica, cultural y situacional de las comunidades, como así también de los profesionales becarios, su formación de grado y experiencias previas.

La última etapa de **devolución a la comunidad y de la comunidad** corresponde a los meses de noviembre y diciembre de 2006. En esta etapa se procuró hacer un balance de los logros y dificultades, se presentaron los resultados a las comunidades y se promovió que ellas también evaluaran el trabajo de cada equipo comunitario, en función del cierre de las actividades.

1.1.2 Resultado de las acciones del Área de Salud Indígena del Programa Médicos Comunitarios 2005–2007

Fueron beneficiarios de las acciones socio-sanitarias 2005-2007, a través de atención de demanda espontánea, visitas domiciliarias, visitas a escuelas y centros de salud para la realización de *control del niño sano* y captación de desnutridos y embarazadas de riesgo:

- ⊙ 54 localidades y parajes rurales
- ⊙ 2 localidades periurbanas
- ⊙ 11.500 Km² de territorio
- ⊙ 20.000 personas (población objetivo al inicio de la propuesta)
- ⊙ 12.610 personas (población involucrada en las acciones socio sanitarias), que constituyeron el 63% de la población objetivo

Además se realizaron:

- ⊙ 16 Proyectos de Intervención con un plazo de ejecución anual,
- ⊙ 332 talleres y charlas sobre diversas temáticas de *promoción y prevención de la salud*,
- ⊙ 12 encuentros de seguimiento de los *proyectos de intervención* y de planificación de nuevas estrategias de acción (evaluando el impacto obtenido), en la Ciudad de Buenos Aires.

También se capacitó al personal de salud de efectores y trabajadores de la salud en los siguientes ejes temáticos:

- ⊙ utilización del manual AIEPI
- ⊙ salud sexual y procreación responsable

- salud bucal
- adicciones

Algunas de las actividades relacionadas con el saneamiento ambiental tuvieron como temas:

- cuidados saludables del agua
- disposición sanitaria de excretas
- desparasitación de animales domésticos y de consumo

Asimismo, se articuló con los siguientes Programas Provinciales y Nacionales:

- Chagas
- TBC
- Prohuerta
- Programas Alimentarios
- Programas Odontológicas
- Programas Oftalmológicos

La comunidad participó en talleres relacionados con las siguientes problemáticas socio-sanitarias:

1. educación sexual y procreación responsable.
2. violencia doméstica.
3. elaboración de proyectos.

1.2. Programa ANAHI

En el año 2000 el Ministerio de Salud de la Nación crea el *Programa ANAHI (Apoyo de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas)*, con el fin de financiar la contratación de agentes sanitarios indígenas y capacitarlos para desempeñar este rol en sus comunidades.

Estos agentes sanitarios eran propuestos por sus comunidades y financiados por el Ministerio de Salud. Asimismo, el programa destinaba fondos para la realización de *Proyectos Locales de Salud*.

Entre 2000 y 2009 el *Programa ANAHI* firmó convenios con las provincias de Jujuy, Salta, Tucumán, Formosa, Misiones, Chaco, contratando 197 agentes sanitarios indígenas y 325 promotores sanitarios, nombrados en el marco de un convenio con el *Ministerio de Trabajo de la Nación*.

El objetivo general del *Programa ANAHI* consistió en *mejorar las condiciones de salud de las comunidades indígenas* que habitaban en ámbitos rurales y periurbanos de las jurisdicciones con las que se firmó convenio, mediante el desarrollo de acciones de atención primaria de la salud, que aseguraran la accesibilidad de esa población a la totalidad de las prestaciones básicas, en un marco de respeto por los sistemas de valores y creencias propios de cada comunidad y por los ancestrales principios de la medicina indígena (enfoque holístico que integra los aspectos físicos, mentales, espirituales y socioculturales del individuo, la comunidad y la tierra a la que pertenece).

El programa ANAHI trabajó intentando ampliar la cobertura de atención primaria de la salud para asegurar la accesibilidad de las comunidades indígenas a las prestaciones básicas del sistema de salud. Y además, promovió una actitud comprometida y responsable hacia el autocuidado de la salud en las comunidades.

Su principal estrategia era capacitar a los Agentes Sanitarios Aborígenes seleccionados a partir de la propuesta y el aval de las comunidades en las que prestarían sus servicios.

Se esperaba que los Agentes Sanitarios Aborígenes incorporados al programa fueran auténticos *articuladores interculturales* entre el sistema formal de salud y sus comunidades de pertenencia, debían conocer su lengua, tradiciones, costumbres y prácticas curativas populares.

2. La propuesta del PMC- Área Salud Indígena 2009-2011

En julio de 2009, a partir de una reestructuración del PMC, la coordinación nacional del programa toma el compromiso de fortalecer la perspectiva de interculturalidad en salud y de ampliar el espacio de reflexión a todos los integrantes de los equipos de salud (Resolución Ministerial 439/2011).

Como resultado de esta reestructuración, a partir de ese momento se amplía el alcance de las políticas de atención de la salud para las comunidades indígenas, tanto en términos de los recursos humanos financiados, como en el tamaño de la población indígena atendida, mejorando significativamente la calidad de la atención y la accesibilidad.

La nueva *Área de Salud Indígena* creada incorpora conjuntamente la experiencia y los recursos humanos del ex *Programa ANAHI* y del *Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios*.

El propósito general de esta nueva *Área de Salud Indígena* se define como: **fortalecer -a nivel nacional- un espacio de trabajo específico para la salud de los pueblos indígenas**. Y, el objetivo de trabajo estratégico del área como: **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, basada**

en la consulta previa e informada y en las normativas legales vigentes¹.

La tarea del Área de Salud Indígena se desarrolla en tres ejes:

- incorporación, en los equipos de salud del Primer Nivel de Atención, de agentes sanitarios pertenecientes a las comunidades indígenas en todas las provincias,
- diseño de materiales pedagógicos con enfoque de interculturalidad en salud,
- fortalecimiento del rol del referente provincial indígena del PMC-ESPNA.

El propósito⁴ principal del *Área de Salud Indígena* consiste en diseñar y proponer acciones, orientadas a identificar y remover barreras de accesibilidad que condicionan el acceso de la población indígena al sistema público de salud, sean estas económicas, geográficas, sociales, culturales, lingüísticas u otras.

Para ello se conforman Equipos de Salud para el Primer Nivel de Atención de carácter interdisciplinario, con formación y experiencia en la práctica de la interculturalidad, entendida como la participación de la población indígena en el marco del consentimiento libre, previo, e informado.

La estrategia de gestión del *Área de Salud Indígena* del PMC-ESPNA tiene como eje rector la participación de las comunidades indígenas a través de sus organizaciones y autoridades en el diseño, planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de las acciones de salud que las afecten. La participación de las comunidades en estas actividades se realiza en un todo de acuerdo con lo establecido por las leyes nacionales y los Convenios Internacionales a los que Argentina adscribe. En los mismos, se instituye el compromiso de realizar consultas previas e informadas a las comunidades originarias sobre toda intervención que afecte su modo de vida.

Uno de los pilares de esta estrategia incluye la incorporación en los equipos comunitarios de Agentes Sanitarios designados con acuerdo y a propuesta de las comunidades, en todos aquellos territorios donde los equipos atiendan integrantes de comunidades indígenas o, que se encuentran asignados en territorios de comunidades indígenas, garantizando de este modo no solo la participación activa de las mismas, sino también su integración en el equipo comunitario a través de referentes o representantes.

El *Agente Sanitario Indígena* tiene como rol principal, ser el nexo entre la comunidad y el sistema de salud oficial. Siendo un miembro activo del equipo de salud participa como facilitador intercultural.

Sus actividades incluyen:

- Releva la población a cargo para tener claro cuántas personas están bajo su cuidado.
- Realizar visitas domiciliarias a todas las familias bajo su cuidado
- Detectar problemas de salud, derivarlos al centro de salud y hacer el seguimiento correspondiente.

1. Constitución Nacional, Artículo 75, Inciso 17; Ley 23.302; Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, Artículo 25, ratificado por Ley 24.071

2. Algunos de los ejes de trabajo de la estrategia del ASI del PMC-ESPNA son:

1. Incorporar a los Agentes Sanitarios Indígenas financiados por el ex Programa ANAHI a los Equipos de Salud para el Primer Nivel de Atención priorizando una distribución equitativa de género en las designaciones.
2. Garantizar que en todas las provincias con población indígena que se incorporen al Programa Médicos Comunitarios se organicen Equipos de Salud para el Primer Nivel de Atención en Comunidades Indígenas.
3. Instituir como política de salud del Programa Médicos Comunitarios la implementación de prácticas interculturales basadas en la consulta a las Comunidades Indígenas y en el reconocimiento de su modo de vida, su organización social y comunitaria y su cosmovisión.
4. Promover que los Agentes Sanitarios que trabajen con población indígena sean nombrados a propuesta de las Comunidades priorizando la designación de habitantes de las Comunidades.
5. Establecer un diálogo fluido, participativo e intercultural entre el Ministerio de Salud de la Nación y las Organizaciones Indígenas en el marco de la legislación nacional e internacional vigente en el país .

- ⊙ Articular actividades en conjunto con el equipo de salud y la comunidad, para que el equipo conozca las particularidades culturales y se logre una mirada intercultural de la salud.
- ⊙ Ser traductor de las personas que son atendidas en el centro de salud, adecuando la explicación y la patología diagnosticada por el equipo de una forma culturalmente comprensible.
- ⊙ Ante una derivación, acompañar al paciente al lugar donde se lo ha referido, siendo esta tarea de suma importancia en el caso de traslados a centros de mayor complejidad como hospitales, para que la atención sea integral teniendo en cuenta las pautas culturales y el idioma.

Todos los *Agentes Sanitarios Indígenas* son elegidos por la comunidad mediante asambleas donde se confecciona un acta.

Finalizando el año 2011, contamos con 596 agentes Sanitarios Indígenas elegidos por sus comunidades en las provincias de Chaco, Formosa, Misiones, Tucumán, Salta, Jujuy, Santiago del Estero, Catamarca, Córdoba, Santa Fe, Mendoza, San Juan, La Rioja, La Pampa y Chubut. La mayoría de estos agentes sanitarios se encuentran trabajando junto a un equipo de salud.

Desde la implementación del PMC se han llevado a cabo diversos encuentros con actores vinculados directa e indirectamente a los Pueblos Indígenas. El objetivo de estos espacios de diálogo es la construcción progresiva de un diálogo fluido, plural, continuo, participativo, e intercultural entre Nación y los referentes de los Pueblos Indígenas. La promoción de estos encuentros da cuenta asimismo de la convicción por parte del Equipo Central del PMC respecto a la posibilidad de constitución colectiva de un modelo de salud cuyos principios invoquen la complementariedad entre la medicina académica y la ancestral; el reconocimiento del modo de vida y cosmovisión de los pueblos indígenas.

El principal resultado de estos intercambios es la paulatina conformación de equipos de salud constituidos por profesionales y no profesionales, fundamentalmente agentes sanitarios, pertenecientes a estas comunidades. La intervención de recursos humanos provenientes de comunidades indígenas en los efectores y el territorio implica el impulso, fortalecido desde el Equipo Central del PMC, de prácticas de salud interculturales.

Se observa así, mediante el contacto y la capacitación, avances cualitativos significativos en la integración de equipos de salud, sumados al significativo aumento del número de equipos con esta especificidad.

Desde tiempos inmemoriales, las comunidades originarias han vivido en armonía con el medio ambiente, respetando el espacio en que nacen, crecen y mueren. Su forma de entender la salud es coherente con el cuidado del medio ambiente y la necesidad de no agotar los medios de vida. Por lo tanto, la comprensión integral de la salud no les es desconocida.

6. Constituir articulaciones con otras dependencias y programas del Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios de Salud Provinciales, Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, Programas con Financiamiento Internacional (Plan Nacer y FESP), y otros Ministerios Nacionales, para coordinar acciones y políticas dirigidas hacia la población indígena.
7. Acordar entre el Ministerio de Salud y las Organizaciones Indígenas el espacio intercultural para el reconocimiento de la medicina ancestral indígena y su complementación con la medicina oficial/institucional. Reconocimiento de los sanadores indígenas.
8. Promover la formación intercultural de los Equipos de Salud que se relacionen con la población Indígena.

El *Área de Salud Indígena* busca una articulación equilibrada entre la medicina oficial y la medicina tradicional, entendiendo que ambas operan en ámbitos culturales y conceptuales diferentes, que deben ser respetados y no asimilados por una u otra forma.

Trabajar articuladamente no implica fusionarse, sino colaborar en la generación de medidas conjuntas que contribuyan al *buen vivir* de la población destinataria de estas prácticas.

2.1. Otros componentes de la estrategia del área de Salud Indígena

La contraparte del equipo central del *Área de Salud Indígena* en las provincias son los *Referentes Provinciales* del área. Este *referente* concentra la información sobre los equipos de salud que trabajan con población indígena y funciona como nexo entre el *Área Salud Indígena* y el sistema de salud provincial.

Estos equipos que trabajan en territorios de comunidades y/o que atienden comunidades originarias reciben la formación del *Posgrado en Salud Social y Comunitaria*, del *Curso en Salud Social y Comunitaria* y/o participan de la estrategia de *Educación Permanente en Salud* desarrollada por la Tercera Etapa del PMC – ESPNA.

Todos los equipos cuentan con acompañamiento de *facilitadores*, cuya función es de acompañamiento y movilización de la tarea y problemática cotidiana de los equipos.

La presencia del *facilitador* es esencial para continuar con la formación permanente en servicio de los equipos de salud. Su tarea se centra en:

- **propiciar la conformación de equipos de trabajo**, garantizando espacios de reunión de equipo y trabajo interdisciplinario entre profesionales y no profesionales, brindando orientación en la realización de diagnósticos de salud en el área programática y en la formulación de proyectos y el desarrollo de herramientas de gestión y evaluación, acompañando la construcción de un proyecto de centro que integre a todo el equipo de salud, y facilitando la integración de las actividades de asistencia, prevención y promoción de la salud en forma articulada con los programas vigentes (nacionales y provinciales), en cada Centro de Salud/ CIC
- **promover la participación comunitaria**, proponiendo proyectos y/o acciones desde una perspectiva que incluya el trabajo comunitario y reflexionando con el equipo acerca del modo en que el centro de salud atiende las necesidades y problemas de la comunidad.

Los facilitadores / tutores trabajan con los equipos de salud y los equipos de apoyo semanalmente, con la intención de integrar esfuerzos, conformar o formar parte de equipos más amplios y compartir miradas de trabajo que enriquezcan el abordaje de las situaciones de salud de la comunidad.

Por las características específicas de las comunidades indígenas en las diferentes jurisdicciones, resulta relevante poner especial énfasis que quien ejerza la función de facilitador cuente con la formación adecuada y la experiencia previa necesaria. Es importante el apoyo que se pueda brindar a estos facilitadores tanto desde el equipo central, como desde las autoridades de las comunidades indígenas y de todos los referentes e instancias provinciales vinculadas a ellas.

2.2. Estrategia de monitoreo y acompañamiento en terreno del ASI del PMC- ESPNA

Los integrantes del *Área de Salud Indígena* realizan visitas periódicas a terreno cuyo objetivo es acompañar y en algunos casos monitorear o dar seguimiento al desempeño y actividad de los equipos de salud, poniendo énfasis en la incorporación a los mismos de los Agentes Sanitarios Indígenas y **promoviendo un ámbito de trabajo intercultural**, es decir teniendo en cuenta las particularidades culturales de la comunidad destinataria del trabajo del equipo.

Entendemos por **trabajo intercultural** todas las acciones destinadas a poner en contacto y comunicación a los agentes sanitarios indígenas, autoridades de las comunidades (caciques, presidentes u otros) y miembros de la comunidad, con los equipos comunitarios, para trabajar en conjunto acerca de la realidad particular de cada comunidad, definir sus necesidades y problemas y consensuar formas de trabajo conjunto para atenderlas y/o resolverlas.

Hasta fines del 2011, este tipo de monitoreo se realizó en comunidades que se localizan en:

- NOA (Santiago del Estero, Tucumán, Jujuy, Salta y Catamarca)
- NEA (Chaco, Formosa y Misiones)
- CENTRO (Santa Fe, y Córdoba)
- CUYO (Mendoza , San Juan , La Rioja y La Pampa)
- SUR (Neuquén y Santa Cruz)

Cierre

Hasta aquí la tarea del *Área de Salud Indígena* y los programas que lo antecedieron hasta el año 2011.

Como ya se dijo, la actividad del ASI y del PMC es dinámica y va cambiando con las necesidades que se presentan.

En la medida que los objetivos del área se vinculan con la atención de la salud de las comunidades indígenas, podemos anticipar que el autoreconocimiento de estas ira marcando el rumbo de las necesidades a atender, y el trabajo a realizar en este nuevo espacio intercultural.



Unidad 6

Aproximaciones al trabajo intercultural:
algunas experiencias

Introducción

En esta unidad presentamos algunas herramientas de trabajo y algunas experiencias desarrolladas en el marco del trabajo del *Área de Salud Indígena del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del primer Nivel de Atención*.

Son de diversa índole, la primera relata una serie de reflexiones sobre el sentido de la interculturalidad para un grupo de Agentes Sanitarias Indígenas y las otras, forman parte de experiencias realizadas en un marco de trabajo intercultural.

Estas experiencias reflejan el trabajo de cada uno de los Agentes Sanitarios Indígenas, equipos de salud, facilitadores, tutores y referentes del PMC que, día a día, y desde cada rincón del país, trabajan en pos de una salud intercultural.

Repensando la relación intercultural: reflexiones de un equipo¹

Considerando que en la década del 70 se produjeron varios cambios teóricos en el campo de la antropología latinoamericana, este viraje permite repensar al descendiente indígena como un sujeto etnográfico que se encuentra inmerso en una sociedad compleja. No obstante, durante años, la falta de reconocimiento colectivo de la existencia del “otro” es uno de los motivos que ha provocado la actual desigualdad e inequidad social.

(...) las identidades indígenas deben ser analizadas en sus presencias y no solo en función de aquello que parecerían haber perdido, pues la identidad no se agota en rasgos ni se explica sólo en función de aquello que perdura o de las diferencias culturales, sino que es una construcción social que debe explicarse en el marco de relaciones socioculturales, de los contextos donde se expresa dicha identidad, relacionándose con la vida cotidiana de los sujetos, demarcando así los mismos sujetos sus fronteras y distinción dentro de un espacio específico.

Teniendo en cuenta que la identidad debe ser caracterizada a partir de una serie de criterios como son la permanencia de un fenotipo, la continuidad territorial, la lengua, conciencia de parentesco o sentimientos comunes con un grupo, no obstante, también pasaría a definirse por la auto-adscripción.

Antes de ser agentes sanitarias indígenas, somos descendientes indígenas del pueblo comechigón, nuestros caminos de reencuentro con nuestra identidad fueron diferentes. No vestimos vinchas, plumas y flecha, ni conservamos el fenotipo perfecto de “indias”. Han pasado muchos años (más de quinientos) de aquel choque cultural, y algunas costumbres se han perdido o se han resignificado, pero lo importante es que la importancia y el respeto a la tierra, la lengua, conciencia de parentesco o sentimientos comunes nos une, nos hace sentir vivas, sin estas costumbres propias de nuestra cosmovisión no podríamos seguir transitando este camino del autoreconocimiento.

(...) A partir de ese trabajo reforzamos la tarea de la búsqueda de nuestra descendencia, viajar a ceremonias propias de nuestra cosmovisión y practicar los valores de la reciprocidad y redistribución con nuestros demás hermanos indígenas.

1. Estas reflexiones forman parte de un trabajo producido por los Agentes Sanitarios Indígenas: N. Sarasola y N. Mercaú a partir del trabajo realizado en el Centro de Atención Primaria de Salud “Manuel Vijande”- Las Playas- Provincia de Córdoba

No es una tarea fácil, fueron años de lucha de nuestros hermanos, por recuperar lo que nos ha sido históricamente expropiado como así también haber sido discriminados, sometidos y manipulados por otro grupo dominante, es lo que nos ha impulsado a poner en práctica manifestaciones para mantener nuestra cultura, el reconocimiento colectivo, la aceptación de la diversidad cultural y la interculturalidad. Es por esto que poder trabajar en un programa y lugar físico donde se nos respete, y permita manifestar nuestras costumbres, es un paso muy importante para nosotras porque de eso se trata la interculturalidad, de un dialogo constructivo que sea un pilar para fortalecernos como personas, profesionales y equipo de salud.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la prestación de servicios de salud en zonas con pueblos indígenas, reconoce:

La interculturalidad en salud, como la capacidad de actuar equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes, respecto a la salud y a la enfermedad, a la vida y a la muerte, y a los aspectos biológicos, sociales y relacionales, entendidos estos últimos no solamente con los entornos visibles, sino con la dimensión espiritual, cósmica de la salud.

El enfoque intercultural de la salud reconoce la importancia de caracterizar a la población y comprender las dimensiones de la pertenencia étnica, la cultura y la cosmovisión de los pueblos en la dinámica de salud.

En la práctica, el enfoque intercultural de la salud tiene el desafío de generar espacios de comunicación y diálogo entre las diferentes culturas que tiendan al fortalecimiento de los pueblos y sectores excluidos y a la sensibilización de los pueblos y sectores que se encuentran en una posición privilegiada.

Los cuatro principios básicos de la interculturalidad: reconocimiento de la diversidad cultural, relaciones equitativas, respeto a las diferencias y enriquecimiento mutuo, facilitarían el trabajo en equipo en la salud, pero reconocemos que es un proceso dinámico esta relación intercultural. Sin embargo, cuando llegamos nos encontramos con un grupo de profesionales comprometidos con su actividad, donde el reconocimiento de personas indígenas en el barrio fue un primer paso para nuestra tarea. La transmisión del conocimiento sobre del trabajo comunitario y en red como complemento de las prácticas asistenciales nos fue útil a la hora evaluar la forma de trabajo a implementar dentro del equipo.

Lo anterior nos ayudó a conocer las características de nuestra área programática y los referentes claves a visitar. La apertura a “conocer” sobre nuestra cosmovisión también llevó su tiempo de construcción, es por ello que este es un espacio propicio para fortalecer el intercambio y aprender entre todos las distintas formas de percibir la realidad y el mundo, como una forma de comprender nuestro accionar cotidiano.

Un proyecto de trabajo en las alturas: Medidas de saneamiento ambiental en la Comunidad Originaria de Aguas Calientes²

Características del lugar

La comunidad de **Aguas Calientes** en Catamarca, sector de salud N° 48, está ubicada en el norte de Belén y es una de las zonas más alejadas de la cabecera departamental, distante a 280 km.

Es una zona puneña inhóspita muy desfavorable, ubicada a una altitud de 3.800 m.s.n.m., a la que se accede en lomo de mula, en motos enduro o en camionetas 4 x 4 únicamente, debiendo atravesar ríos, vegas, caminos de cornisa y cuevas empinadas, tratándose de un recorrido bastante riesgoso.

Desde Laguna Blanca -el poblado más cercano- se llega a Aguas Calientes haciendo huellas, ya que el constante viento borra el camino.

Como su nombre lo indica, Aguas Calientes, tiene aguas termales en forma natural.

Aguas Calientes cuenta con **35 parajes y puestos**, cada uno con sus respectivos nombres: Carachi, Aparoma, Pendencia, Las Angosturas, Andrea Quebrada, Redonda, Potrero, Salitre, Río Río, Loma, Cabra Ciénaga, Laguna Rincón, Las Cuevas, El Hunquillar, Puma Huasi, El Chusco, Ciénaga Larga, Corral Blanco, Tras Ríos, Los Colorados, Peña Negra, Puesto Arriba, Cueva Amarilla, La Cortadera, Pampa Ciénaga, Ciénaga Grande, Macho Muerto, Quirquincho, Laguna Grande, Peña Blanca, Falda Huasi, La Esquina, El Azul, El Yutiyaco y El Rito.

Existen distancias considerables entre unos y otros puestos. Para poder visitar un puesto se viaja dos a tres días a lomo de mula y se debe descansar ahí, para luego seguir el recorrido para llegar a otros lugares.

Aguas Calientes está esperando la personería jurídica como comunidad originaria, ya que sus habitantes han firmado la declaración en el año 2009. Su autoridad está representada por un cacique y un delegado municipal.

Los pobladores mantienen sus costumbres y tradiciones ancestrales. La forma de subsistencia es la cría de ganado (llamas, ovejas, cabras) para el consumo y comercialización de su carne, y también para el aprovechamiento de la fibra obtenida de los mismos.

La población de Aguas Calientes actualmente se compone del siguiente modo:

- Población total: 313 habitantes.
- Cantidad de familias: 51
- Cantidad de hogares: 43
- Total de población femenina: 164

2. Proyecto de trabajo presentado por los Agentes Sanitarios Leoncio Gutiérrez y Leonardo Gutiérrez en el marco del desarrollo del Programa Médicos Comunitarios. Referente Provincial Indígena: Dra. Marianela Saracho. Segundo Encuentro de Interculturalidad y Salud, organizado por el Área de Salud Indígena y realizado en la Ciudad de Buenos Aires, los días 15 y 16 de noviembre de 2011.

Se ha tratado de mantener la forma del relato tal como ha sido presentado, las omisiones y/o modificaciones son responsabilidad de los editores.

- Total de población masculina: 149
- Mujeres en edad fértil: 63
- Total de embarazadas: 4

Todos los pobladores de Aguas Calientes cuentan con aguas de río, lo que ellos llaman **ojos de agua** o **vegas**, que son pequeñas vertientes o -si no encuentran agua-, cavan pozos para poder sacar agua para sus necesidades.

No utilizan ningún método de potabilización del agua. La basura no recibe ningún tratamiento. Las disposiciones sanitarias son a cielo abierto.

La mayoría de las viviendas consisten en un ambiente, donde se cocina con leña, que luego es usada de dormitorio. La ventilación de las mismas es escasa.

La única Institución presente en el lugar es la **Escuela** N° 163 y, el único medio de comunicación es una radio VLU, ubicada en el albergue de la misma.

En Aguas Calientes no hay **Centro de Salud**. Anteriormente la atención era realizada en la casa del Enfermero. Actualmente, el “Centro de Salud”, funciona en una habitación del albergue de la escuela N°163 **Aguas Calientes**.

El recurso humano está conformado por un Enfermero (de planta permanente) y dos agentes sanitarios, ambos financiados por el Programa Médicos Comunitarios.

La atención médica periódica es realizada por el Equipo de Salud del Mini hospital Villa Vil y el traslado de los pacientes se realiza en ambulancia 4 x 4 de Villa Vil.

Para poder realizar el diagnóstico en forma comunitaria y participativa, los agentes sanitarios realizaron una convocatoria general a toda la comunidad. A través de una invitación personal a cada miembro de la misma para concurrir un día al centro de Salud. Concurrieron 42 personas al taller. Los problemas priorizados por la comunidad fueron detectados mediante una charla previa a la actividad y luego, por medio de la técnica Lluvia de Ideas.

Dentro del conjunto de problemáticas mencionadas por la comunidad, utilizando modelo de priorización para Proyectos Locales Participativo, se decidió avanzar sobre los siguientes:

- Cuidados del medio ambiente
- Parasitosis
- Desarrollo infantil

Desarrollo del Proyecto Comunitario: Medidas de saneamiento ambiental en la Comunidad Originaria de Aguas Calientes

Objetivo General:

- Mejorar las condiciones de saneamiento ambiental en la Comunidad Originaria de Aguas Calientes.

Objetivos Específicos:

- Concientizar sobre la importancia del consumo de agua potable para mejorar la calidad de vida.
- Fomentar el uso de métodos de potabilización adecuados a la zona a trabajar.
- Concientizar sobre la importancia de la adecuada eliminación de excretas para una vida y un ambiente saludable.
- Lograr de forma interinstitucional la construcción de baños adecuados a la zona.
- Sensibilizar sobre la necesidad de cambio de hábitos, arraigados culturalmente, sin avasallar los derechos y creencias de la Comunidad.
- Fomentar el trabajo comunitario para lograr el empoderamiento de la Comunidad sobre el problema, para mejorar las condiciones de vida.

ACTIVIDAD

1. Revisando el proyecto que antecede llamado *Medidas de saneamiento ambiental en la Comunidad Originaria de Aguas Calientes* y tomando en cuenta los objetivos propuestos, les proponemos que planeen actividades posibles a *partir de estos objetivos, teniendo en cuenta la descripción hecha sobre la comunidad*, sus características, las características geográficas de la *región* y los *recursos* humanos con que se cuenta.

.....

2. En la comunidad que atiende el Centro de Salud al que Uds. pertenecen, ¿este problema también existe?
 Si existe, ¿están trabajando para resolverlo?, ¿hay un proyecto?, ¿qué características tiene?

.....

Si lo consideran útil, pueden comenzar un diálogo con el equipo comunitario que trabaja en la región comunicándose con ellos a través de la página web del programa: saludindigena@medicoscomunitarios.gov.ar o www.medicoscomunitarios.gov.ar



Desde el norte: La basura en su lugar³

Al pueblo de Susques se accede por la ruta 52, está ubicado 3665 m.s.n.m, se divide en Susques Sector 1 y 2 y su población es de 3765 personas.

Madre Tierra: Desde la cosmovisión de nuestro Pueblo Atacama, hemos sentido la necesidad de sensibilizar a los miembros de la Comunidad Aborigen de **Los Andes - Susques**, para cuidar a nuestra madre naturaleza, depositando la basura en su lugar.

Esta necesidad surge de la observación de lo que sucede con el mal manejo de los residuos:

- Aumento incontrolado de los basurales clandestinos.
- Contaminación del suelo, aire, agua subterránea y superficiales.
- Presencia de vectores transmisores de enfermedades como moscas, mosquitos, roedores, aves varias y otros.

Entendemos que son **residuos** todos los desechos domiciliarios que no podemos reutilizar o reciclar, o la materia generada en la actividad humana de producción y consumo, que en el contexto donde se produce no adquiere valor económico.

Por todo ellos se generó un **proyecto** cuyos objetivos fueron:

Objetivo general:

- Sensibilizar a la comunidad del sector 1 y 2 de la localidad de Susques sobre la importancia de la buena disposición de la basura, en un periodo de junio hasta agosto del 2011.

Objetivos específicos:

- Establecer un nivel de gestión ambiental local que incluya los actores locales en particular, la municipalidad y la comunidad.
- Realizar con la ayuda de la comunidad cestos de residuos que serán ubicado en diferentes partes de la comunidad.
- Mejorar la disponibilidad y accesibilidad de los residuos.
- Realizar talleres sobre la sensibilización sobre el cuidado del medio ambiente y reciclado.

Actividades Realizadas:

- Reuniones con miembros de instituciones
- Croquis
- Preparación del material
- Armado y pintado de los contenedores de residuos
- Ubicación de los contenedores
- Invitación para el concurso de los cestos
- Trabajo con los alumnos de 6° y 7° grado
- Taller con los alumnos de la escuela 361
- Cestos de residuos

3. Proyecto de trabajo presentado por los Agentes Sanitarios: Elena Cruz, Liliana Martínez y Miriam Soriano. Tutora Curso Salud Social y Comunitaria: María Mercedes Martínez. Segundo Encuentro de Interculturalidad y Salud, organizado por el Área de Salud Indígena y realizado en la Ciudad de Buenos Aires, los días 15 y 16 de noviembre de

2011.

Se ha tratado de mantener la forma del relato tal como ha sido presentado, las omisiones y/o modificaciones son responsabilidad de los editores.

ACTIVIDAD

1. Les proponemos que releen el relato del proyecto que antecede: *La basura en su lugar*. En la comunidad donde ustedes trabajan ¿es posible observar que el medio ambiente natural o la biodiversidad existente se vea afectada por la actividad humana (provenga ésta de comunidades originarias y/o criollas)?

Si esto también es un problema para la comunidad, ¿vienen trabajando para resolverlo?, ¿hay un proyecto?, ¿qué características tiene?

.....

.....

¿Qué problemas de salud detectan relacionados con este tema?

¿Se les ocurren otros problemas de salud en los que la contaminación del medio ambiente pueda ser también un factor favorecedor o determinante?

Armen un listado con ellos y analicen todos sus componentes para dar un orden de prioridades y definir colectivamente las acciones a seguir.

.....

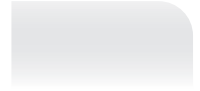
.....

2. Si fuera el caso de que este proyecto tuviera que desarrollarse en la comunidad que atiende al Centro de Salud al que ustedes pertenecen, les proponemos que planeen actividades posibles a partir de los objetivos propuestos por el equipo comunitario de Susques.

.....

.....

Si lo consideran útil, pueden comenzar un diálogo con el equipo comunitario que trabaja en la región comunicándose con ellos a través de la página del programa: saludindigena@medicoscomunitarios.gov.ar o www.medicoscomunitarios.gov.ar



4. Proyecto de trabajo presentado por el equipo comunitario del Barrio Pedro José, Comunidad Mocoví, de la localidad de Tostado, Provincia de Santa Fe.

Segundo Encuentro de Interculturalidad y Salud, organizado por el Área de Salud Indígena y realizado en la Ciudad de Buenos Aires, los días 15 y 16 de noviembre de 2011.

Se ha tratado de mantener la forma del relato tal como ha sido presentado, las omisiones y/o modificaciones son responsabilidad de los editores.

IRMA GARCÍA: Agente Sanitaria Indígena del PMC.

MARIANA BELOTTI: Facilitadora del PMC.

Construyendo un espacio para la salud⁴

La Comunidad Mocoví Pedro José pertenece al barrio San Genaro Norte y se encuentra en la ciudad de Tostado, Departamento de 9 de Julio, ubicada al norte de la Provincia de Santa Fe, a 320 km de Capital.

La distancia del Centro de Salud SAMCO (Servicio para la Atención Médica de la Comunidad) local a la comunidad es de 2 Km.

Características de la comunidad

Actualmente viven en la comunidad 260 personas, de las cuales 120 son niños. En la comunidad habitan unas 75 familias.

Las viviendas son precarias, de lonas, chapa, cartón, a veces están construidas en mampostería, y constan de una sola habitación. Sólo algunas poseen letrina y cuentan con los siguientes servicios:

- Luz eléctrica
- Agua de grifo público
- Agua potable en un tanque público
- Telefonía celular

La población se compone de familias ensambladas⁵. Hay hacinamiento habitacional ya que las familias viven en viviendas que no están preparadas para esa cantidad de miembros. Algunas familias son trabajadoras golondrinas que van y vienen, otras realizan trabajos precarizados en el campo.

La población cuenta con pensiones nacionales y Asignación Universal por Hijo (AUH). En la comunidad hay instituciones como:

- Centro de Atención Primaria para la salud: CAPS “Pedro José”
- Templo evangélico
- Salón de usos múltiples (SUM)
- Escuela primaria para adultos

El equipo de salud está compuesto por:

- 1 Médico con 4 horas semanales de dedicación
- 1 Odontóloga con 3 horas semanales de dedicación
- 1 Lic. en Obstetricia (financiada por PMC)
- 2 Agentes Sanitarios (uno de ellos financiado por PMC), ambos pertenecientes a la Comunidad
- 1 Auxiliar en enfermería (financiada por PMC)
- 1 Encargado de limpieza perteneciente a la comunidad
- Asistente Social y Psicóloga

Los servicios de salud que se ofrecen desde el Centro de Salud Pedro José son:

- Clínica general
- Control de niño sano y de bajo peso
- Planificación familiar
- Control de embarazo
- Control y tratamiento de TBC
- Toma de muestras de PAP
- Vacunación
- Servicio de odontológico
- Servicio de Obstetricia

Con la formación del Área de Salud Indígena en el 2009 se comienza a trabajar en la comunidad por medio de visitas a terreno desde el nivel Central y el Trabajo de la Facilitadora, que realiza acompañamiento del equipo una vez por semana. Para ese entonces, el CAPS estaba cerrado, sin la posibilidad de acceso de los agentes sanitarios al mismo.

Los agentes sanitarios estaban abocados a tareas asistenciales y de prevención, prestando sus servicios en el área del hospital y no en la comunidad "Pedro José", realizando en ésta solo las rondas en campañas.

A partir del trabajo conjunto entre el Nivel Central, la Facilitadora, el Equipo de Salud y la Comunidad se logra:

- efectivizar el trabajo de los Agentes Sanitarios en su Comunidad;
- realizar el Curso de Salud Social y Comunitaria invitando a participar al resto del equipo de salud;
- acordar con el Hospital para agendar los problemas de salud de la Comunidad e incluir horas médicas en el CAPS.

Desde el año 2010 se comenzó a implementar:

- el manejo de historias clínicas individuales y familiares,
- fichero calendarios,
- y registros diarios.

Estos logros son muy importantes, ya que la tarea articulada de todas las parte pudo hacer posible la apertura del centro de salud. También el gran logro es que por fin, las necesidades y demandas de la comunidad son visibilizadas por los actores locales, desnaturalizando esta situación. Ahora hay una saludable tendencia a modificar esta realidad, que va a necesitar de un gran esfuerzo de todos los actores involucrados.

Este año se analiza, como estrategia, la posibilidad de implementar el funcionamiento del centro de salud en el turno tarde, con la convicción de que si nos unimos a trabajar como equipo, el esfuerzo será menor y más placentero para alcanzar las metas.

ACTIVIDAD

I. En el Centro de Salud al que pertenecen, ¿Cuáles fueron las vicisitudes en la construcción del equipo comunitario?

.....

.¿Cuáles los logros al día de hoy?

.....



Y, ¿las metas no alcanzadas?

.....
.....

¿Sienten que hoy atienden de un modo más pertinente las necesidades de salud de la comunidad (sea originaria o criolla)?

.....
.....
.....

2. Si fueran parte del equipo comunitario de la Comunidad Pedro José, ¿se fijarían algún/os otro/s objetivos para trabajar?

.....
.....
.....

¿Qué otras actividades se les ocurre que podrían desarrollar?

.....
.....

Si lo consideran útil, pueden comenzar un diálogo con el equipo comunitario que trabaja en la región comunicándose con ellos a través de la página web del programa: *saludindigena@medicoscomunitarios.gov.ar* o *www.medicoscomunitarios.gov.ar*

Cierre de la unidad y cierre del modulo

No importa cuán diferentes seamos, lo verdaderamente importante es aceptarnos a nosotros y a los otros y otras, tal como son.

Respetar sus modos, sus costumbres, sus creencias, construir un mundo donde haya lugar para todos y todas.

La única forma posible de avanzar en este camino es a través del trabajo colectivo, donde cada uno/a de nosotros/as, integrantes de equipos comunitarios, la comunidad, los equipos docentes, los equipos de gestión local o central, podamos comprometernos desde la reflexión hasta las prácticas concretas de salud, con respeto por las diferencias, para lograr que nuestras prácticas sean un verdadero diálogo entre culturas, esencia de la interculturalidad.



Bibliografía

Bibliografía utilizada

- BORGE, C.: *Etnografía de la salud en el territorio indígena de Talamanca*. SEDER. San José de Costa Rica. Costa Rica, 1997.
- BOZZOLI, M.E.: *Especialistas en la medicina aborigen Bribri*. Universidad de Costa Rica. San José de Costa Rica. Costa Rica, 1982.
- CAR, G., EDER, K., GARCÍA PÚ, M.: *La Herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya*. ASECSA. Guatemala, 2005.
- DÍAZ, H.: *Interculturalidad, pueblos originarios y salud: reflexiones para un debate pendiente*. Manuscrito, 2011.
- EDER, K., CAR, G.: *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala. Expresiones del modelo en el grupo étnico Q'eqchi'*. ASECSA. Primera Edición. Guatemala, 2004.
- EDER, K., GARCÍA PÚ, M.M.: *Modelo de la Medicina indígena Maya en Guatemala. Investigación participativa en Sipacapa, San Marcos, San Martín Jilotepeque, Chimaltenango y San Jaun Ixcay, Huehuetenango*. ASECSA-DED. Segunda Edición, Guatemala, 2003.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, G.: *Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. CIPA Cuadernos de investigación No 51. La Paz, Bolivia, 1999.
- BRISTOW FIONA: *La Salud y el Bienestar de las Comunidades Autóctonas*. En Health Unlimited y London School of Hygiene and Tropical Medicine. *Utz'Wach'il*: <http://www.healthunlimited.org>
- FLORIFE FAJARDO, A., ALTAMIRANO MOLINA, V.: *Plantas que curan*. 1ª. Edición. CECALI-IMPRIMATUR. Managua, Nicaragua, 1998.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ, G. (Coordinador): *Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas*. Ediciones Abya-Yala, Quito. Ecuador, 2004.
- GARCÍA FANLO, L.: *Pueblos Indígenas: Reconocimiento e Interculturalidad en las políticas de salud*. Manuscrito, 2011.
- INSTITUTO INDIGENISTA INTERAMERICANO: *La Coca: Tradición, Rito, Identidad*. Ed. Instituto Indigenista Interamericano. México, 1989.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI)-SSA. *Cinta de Mortalidad Promedio 1998-1999*.
- KALINSKY B. Y ARRÚÉ W.: *Claves Antropológicas de la Salud. El conocimiento en*

una Realidad Intercultural. Miño y Dávila Editores. Buenos Aires, Argentina, 1996.

- LERIN PIÑON, S.: *Desafíos de la Salud Intercultural*. En *Salud e Interculturalidad en América Latina: Perspectivas Antropológicas*. Fernández Juárez, G. (coordinador). Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador, 2004.
- MABIT, J. CENTRO TAKIWASI: *Articulación de las medicinas tradicionales y occidentales: el reto de la coherencia*. Seminario-Taller regional sobre políticas y experiencias en Salud e Interculturalidad. Quito, Ecuador, 2000.
- MENÉNDEZ, E. L.: *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. CIESAS, México, 1990.
- MINISTERIO DE SALUD DE BOLIVIA: *Programa nacional EXTENSA*. Disponible en página web www.sns.gov.bo
- MINISTERIO DE SALUD DE PERÚ: *Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012*. Disponible en página web www.minsa.gob.pe
- OPS, SERIE DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, NO. 2: *Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas: Lineamientos estratégicos para la Salud indígena y derechos humanos la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud*.
- OPS, SERIE INFORMES TÉCNICOS, NO. 16: *Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los mapuche de Makewe-Pelale de Chile*.
- OPS, SERIE INFORMES TÉCNICOS, NO. 6: *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*.
- OPS, SERIE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS, NO. 18: *Promoción de la medicina y práctica indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Quechua del Perú*. 2001.
- OPS, SERIE SALUD INDÍGENA, NO. 7: *Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud*. 1996.
- OPS-SETIS: *Curso de interculturalidad y proyectos de desarrollo. Proyecto regional de las condiciones ambientales (agua y saneamiento) en comunidades indígenas*. 2004.
- PEDRERO, M.: *Interculturalidad en salud reflexiones en torno a la situación en el norte de Chile*. En: *Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas*. Saavedra, Chile, 1996.
- PÉREZ CHIRIBOGA, I.: *Espíritus de Vida y Muerte: Los Miskitu hondureños en época de guerra*. Ed. Guaymuras. Tegucigalpa, 2002.

- QUISPE CHOQUE, M.E.: *El buen vivir desde la concepción de los pueblos indígenas*. Mundo Indígena. Milenio on line 2010-03-12.
- ROJAS, R. / OPS: *Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud*. OPS, 2001.
- SAÉNZ, M.: *Programa Salud y Pueblos indígenas*. Ministerio de Salud, Chile, 1999.
- WERNER, D.: *Donde no hay doctor*. Ed. Centro Bartolomé de las Casas. Cusco, Perú, 1996.

AUTORES

Daniel Magnifico

Roberto Pappalardo

María Soledad López

Área de Salud Indígena - Programa Médicos Comunitarios
Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención. Ministerio de Salud
de la Nación.

COLABORADORES:

Hugo Díaz

Luis García Fanlo

EDITOR

Programa Médicos Comunitarios

Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención

Ministerio de Salud - Presidencia de la Nación

SUPERVISIÓN DE CONTENIDOS

Diana Juárez

Ángeles Tessio

DISEÑO DIDÁCTICO

Adriana Sznajder

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Pablo Fantini

IMPRENTA

Grafica CID



PMC

Programa Médicos Comunitarios

EQUIPOS DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

República Argentina 
salud.gov.ar

Av. 9 de Julio 1925. Buenos Aires. Argentina



Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación