



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO**

**CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS**

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE**

**SALUD COHORTE ZONA DEL VALLE-CHUBUT 2018**

**“Salud intercultural: diseño de un dispositivo de gestión para la adecuación intercultural del modelo de atención, en las postas de salud que tienen bajo cobertura a una comunidad indígena, en la región sanitaria noroeste de la provincia de Chubut. Durante el periodo 2021-2023”**

**Autor: Fernando Jorge Cesar Elias.**

**Director: Mgter. Emiliano Biondo.**

**Codirectora: Lic. Cecilia Saux**

**Fecha de entrega: 22 de septiembre del año 2021**

## Agradecimientos.

Al Centro de Estudios Interdisciplinarios (CEI) de la Universidad Nacional de Rosario (UNR), por el compromiso federal en el proceso de formación y construcción del conocimiento, al director de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, el Dr. Ernesto Báscolo, y a los docentes que forman parte del proceso y hacen posible reducir la inequidad que impone la distancia para quienes viven alejados de los grandes centros de formación académica.

Al tutor, Prof. Juan Martin Librandi, que desinteresadamente y con empeño condujo el proceso de formación y en singular al director del maestrando el Mgter. Emiliano Biondo, por su amistad, predisposición y tiempo dedicado. Así mismo a la codirectora, la Lic. Cecilia Saux, por su incondicional tiempo y por el valiosísimo aporte académico brindado.

Además, quiero agradecer a las autoridades del Ministerio de salud de la provincia de Chubut, por su visión y compromiso de gestión, para achicar las diferencias injustas, en este caso, en el proceso de formación.

Por último, no podría dejar de reconocer y agradecer a mi familia, a mi amada esposa Caren, y a mis tres hijos: Lautaro, Lisandro y Octavio, por su incondicional apoyo durante tantas horas invertidas a lo largo de este camino de formación.

## RESUMEN

Los avances en salud social y comunitaria a nivel mundial han sido cuantiosos, sin embargo, las barreras de acceso al sistema de salud, para comunidades indígenas, ubicadas dentro del territorio de la provincia de Chubut, persisten; en singular, la barrera de orden cultural. En la provincia de Chubut, el porcentaje de población autorreconocida indígena es el más alto de la Argentina (8,7%). El sistema de salud provincial arroja un modelo de atención occidentalizado de corte biomédico hegemónico; prioriza el saber científico, académico e institucionalizado. En contraste, la cosmovisión de salud indígena, atesorada por generaciones como capital cultural, en tanto, objetivado e incorporado por la misma comunidad, transita subalternizada al modelo biomédico. La propuesta de adecuación intercultural, en las postas de salud, de la región sanitaria noroeste de la provincia de Chubut, procura resignificar el modelo de atención, incluyendo a la comunidad indígena, con sus prácticas y saberes. Para ello, incorpora el método Paidéia, aplicado como herramienta estratégica en el proceso de adecuación; trae al juego de las relaciones el encuentro, el diálogo, y la reflexión sobre la praxis, para producir actos de cuidado; ensaya una respuesta de tipo social consecuente a las necesidades de la comunidad indígena y al contexto intercultural en el cual se inscribe el sistema de salud local. En síntesis, procura reducir la brecha de inequidad y desigualdad social producto de las barreras de acceso, en singular la de orden cultural.

## PALABRAS CLAVES

Salud intercultural, accesibilidad, el buen vivir. método Paideia



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



*“Solo hay posibilidades de cambiar las estructuras del campo si los espectadores devienen agentes de su propia historia, pensada por ellos, en sus propios contextos”.*

*Hugo Spinelli*

**TABLA DE CONTENIDO**

|  |           |
|--|-----------|
| Agradecimientos.....   | 2         |
| RESUMEN .....  | 3         |
| PALABRAS CLAVES .....  | 3         |
| TABLA DE CONTENIDO .....   | 5         |
| INDICE DE TABLAS.....  | 7         |
| INDICE DE FIGURAS.....   | 8         |
| INDICE DE SIGLAS.....  | 8         |
| <b>CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.....</b>                                   | <b>10</b> |
| 1.1 Una Mirada Hacia los Pueblos Preexistentes.....                    | 10        |
| 1.2 Hacia un Modelo de Salud Más Equitativo .....                      | 11        |
| <b>CAPITULO II. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO.....</b>                      | <b>15</b> |
| 2.1 Provincia de Chubut - Regionalización Sanitaria.....               | 15        |
| 2.2 Perfil del Sistema de Salud .....                                  | 16        |
| 2.3 Configuración y Cultura Organizacional del APE.....                | 19        |
| 2.3.1 Descripción de actores claves vinculados al proyecto .....       | 19        |
| <b>CAPITULO III. PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS .....</b>             | <b>22</b> |
| 3.1 Derechos Humanos e Interculturalidad.....                          | 22        |
| 3.2 Marco legal que Regula el Enfoque Intercultural en Argentina. .... | 24        |
| <b>CAPITULO IV. FORMULACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA ...</b>        | <b>28</b> |
| 4.1 Descripción de la Estructura Demográfica y su Distribución. ....   | 28        |
| 4.2 Determinantes Sociales del Proceso SEAC.....                       | 30        |
| 4.3 Manifestación del Problema Sobre el Área de Referencia (APE) ..... | 33        |
| 4.3.1 Análisis comparativo .....                                       | 34        |

|   |           |
|---|-----------|
| 4.3.2 Descripción del espacio que integran el campo empírico del problema .....                     | 42        |
| 4.3.3 Manifestaciones del problema sobre la microgestión.....                                       | 42        |
| 4.3.4 Manifestaciones del problema sobre la mesogestión.....  | 44        |
| <b>4.4 Respuestas Política, Institucionales y Organizacional.....</b>                               | <b>46</b> |
| 4.4.1 A nivel internacional.....  | 46        |
| 4.4.2 A nivel nacional.....   | 48        |
| 4.4.3 A nivel local.....  | 50        |
| <b>4.5 La Posta Sanitaria Como Espacio Estratégico Para Achicar las Diferencias Injustas. ....</b>  | <b>51</b> |
| <b>4.6 Justificación .....</b>  | <b>52</b> |
| <b>4.7 Fundamentación .....</b>   | <b>54</b> |
| <b>CAPITULO V. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL .....</b>   | <b>56</b> |
| 5.1. Interculturalidad, Multiculturalidad y Pluriculturalidad.....                                  | 56        |
| 5.2 La Interculturalidad en Salud.....  | 57        |
| 5. 3 La Accesibilidad en Salud Desde el Enfoque Intercultural.....                                  | 58        |
| 5.4 Soporte Paideia.....  | 59        |
| 5.5 Cosmovisión Indígena-El Buen Vivir .....  | 61        |
| 5.6 El buen vivir o kúme mongen.....  | 62        |
| <b>CAPITULO VI. PROPUESTA DE SALUD INTERCULTURAL .....</b>  | <b>64</b> |
| 6.1 Propósito .....   | 64        |
| 6.1.1 Objetivo general.....   | 64        |
| 6.1.2 Objetivos específicos .....   | 64        |
| 6.2 Horizonte de la propuesta y contribución al problema planteado.....                             | 65        |
| 6.3 Marco Metodológico.....   | 67        |
| 6.3.1 Diseño de estrategias de intervención - Ubicación Temporal y Cronograma de Actividades: ..... | 69        |
| 6.4 Descripción y Estimación de Recursos.....   | 70        |
| 6.5 Evaluación y Monitoreo, Indicadores de Logros .....   | 71        |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>CAPITULO VII. REFLEXIONES FINALES .....</b>                        | <b>72</b> |
| 7.1 Camino Hacia un Modelo de Salud Intercultural .....               | 72        |
| 7.2 Análisis Crítico .....  | 72        |
| 7.3 Conclusiones .....  | 74        |
| 7.4 Referencias .....   | 75        |
| 7.5 Anexos .....  | 85        |
| 7.5.1 Anexo 1: Encuentro de Salud Indígena.....                       | 85        |
| 7.5.2 Anexo 2: Provincia de Chubut.....                               | 86        |
| 7.5.3 Anexo 3: Efectores de salud pública región noroeste-Chubut..... | 87        |
| 7.5.4 Anexo 4: Posta de salud georreferenciadas.....                  | 87        |
| 7.5.5 Anexo 5 Planilla de Familia .....                               | 88        |
| .....   | 88        |
| .....   | 88        |
| 7.5.6 Anexo 6: Corredores viales – Cushamen/Fosfo Cahuel.....         | 89        |
| 7.5.7 Anexo 7: Organigrama del APE .....                              | 90        |
| 7.5.8 Anexo 8: Indicadores .....                                      | 91        |

## INDICE DE TABLAS

|   |    |
|---|----|
| Tabla 1 <i>Distribución de la Población Según Cobertura de Salud .....</i>        | 18 |
| Tabla 2 <i>Distribución por pueblos Indígenas en la provincia de Chubut .....</i> | 29 |
| Tabla 3 <i>Distribución de Comunidades Indígenas en la región APE.....</i>        | 29 |
| Tabla 4 <i>Población Económicamente Activa.....</i>                               | 35 |
| Tabla 5 <i>Escolaridad .....</i>  | 35 |
| Tabla 6 <i>Salud Sexual y Reproductiva.....</i>                                   | 36 |
| Tabla 7 <i>Mortalidad.....</i>  | 37 |
| Tabla 8 <i>Controles Adecuados de Salud Infantil.....</i>                         | 38 |
| Tabla 9 <i>Hipertensos y Diabéticos en Mayores de 18 años.....</i>                | 39 |

|   |    |
|---|----|
| Tabla 10 <i>Saneamiento Ambiental</i> .....   | 40 |
| Tabla 11 <i>Disposición de Excretas</i> ..... | 40 |
| Tabla 12 Recolección de Residuos .....        | 41 |
| <b>Tabla 13</b> Vivienda.....                 | 41 |

## INDICE DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| <i>Figura 1</i> Mapa de Actores - grado de influencia ..... | 21 |
| <i>Figura 2</i> Matriz de Adecuación Intercultural .....    | 68 |
| <i>Figura 3</i> Lógica de la Intervención.....              | 70 |

## INDICE DE SIGLAS

|  |
|--|
| ACS: Actores del Campo de la Salud, 12   |
| AIS: Adecuación Intercultural en Salud, 14   |
| ANAHI: Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones<br>Indígenas, 44 |
| APE: Area Programatica Esquel, 13  |
| CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud, 15                                   |
| CEI: Centro de Estudios Interdisciplinarios, 2                                       |
| CI: Comunidad Indigena, 10   |
| CNAI: Consejo Nacional de asuntos Indigenas, 14;                                     |
| DSP: Dispositivo de Soporte Paideia, 61  |
| DSS: Determinantes Sociales de la Salud, 28  |
| HR: Hospitales Rurales, 16   |
| HZE: Hospital Zonal de Esquel, 16  |
| INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censo, 15                                |



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



IS: Interculturalidad en Salud, 19  
MAB: Modelo de Atención Biomedico, 12  
MAI: Modelo de Atención Intrcultural, 12  
MMH: Modelo Médico Hegemónico, 49  
MP: Metodo Paideia, 13  
MSCH: Ministerio de Salud de Chubut, 14  
MT: Medicina Tradicional, 20  
OIT: Organización Internacional del Trabajo, 24  
OMS: Organización Mundial de la Salud, 49  
ONU: Organización de Naciones Unidas, 19  
OPS: Organización Panamericana de la Salud, 20  
PMC: Programa Médicos Comunitarios, 45  
PS: Posta Sanitaria, 13  
RCI: Referentes Comunitarios Indígena, 12  
SSA: Sistema de Salud Argentino, 16  
SS: Sistema de Salud, 11  
TCST: Trabajadores Comunitarios de Salud en Terreno, 12  
UNPSJB: Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco, 69  
UNR: Universidad Nacional de Rosario, 2

## CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

### 1.1 Una Mirada Hacia los Pueblos Preexistentes

La composición étnica de la Patagonia, como se conoce hoy, se forjó a finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX, por corrientes migratorias llegadas al territorio habitado por grupos humanos preexistentes; el viajero inglés George Musters (1841-1879), en unos de sus viajes exploratorios por la zona, refiere al encuentro con al menos 10 toldos Araucanos<sup>1</sup>, en la zona de la laguna Esguel-Kaik<sup>2</sup> (Musters, citado en Diaz, 2008, p. 53); estos grupos nómades, cazadores-recolectores, se adaptaron e incorporaron el estilo de vida de los inmigrantes establecidos en colonias de granjeros sedentarios.

En este contexto de urbanización insipiente y delimitación territorial (alambrados), la Comunidad Indígena (CI) se desplazó hacia zonas marginales del territorio, conformando un perfil agresivo para su estilo de vida; bajo un nuevo orden social se subalternizó a la cultura occidental y con ello el deterioro del buen vivir o kúme monge<sup>3</sup>.

El sistema de salud (SS) vigente en la provincia de Chubut refleja el patrón social hegemonía/subalternidad; remite al Modelo de Atención Biomédico (MAB), sin observancia de la cosmovisión indígena, en tanto promotor de

---

<sup>1</sup> Pueblo amerindio de la familia lingüística araucana que habita en diversas zonas de la parte central y meridional de Chile y del occidente de Argentina. Su nombre en quechua es 'auca' y en idioma araucano es 'mapuche', que significa '**gente de la tierra**'.

<sup>2</sup> Esguel-kaik: Nombre que le proporcione un lenguaraz chilote-según el gentilicio usado por Musters-de nombre Juan Antonio, que hacia de interprete al cacique Quintuhual dueño, al parecer, de las tirras visitadas por Musters. Actualmente Esquel.

<sup>3</sup> El concepto de KÜME MOGÑEN se descompone en KÜME= buen y MOGÑEN = vivir. Asociado a la noción occidental de salud, pero entendido por las comunidades mapuche, de una manera mucho más holística, estableciendo una necesaria relación entre el individuo, la comunidad y el entorno ecosistémico.

barreras en el acceso de orden cultural, a veces invisible, pero suficiente, para contribuir a la inequidad en salud.

## 1.2 Hacia un Modelo de Salud Más Equitativo

El contexto descrito interpela a los Actores del Campo de la Salud (ACS), en singular a los gestores del campo, a involucrarse interculturalmente y trabajar a favor de la equidad<sup>4</sup>, sin descuidar, que los servicios de salud, per se, no son el principal promotor de las desigualdades, pero si inciden a favor de ellas, sobre todo, si el **acceso** al sistema y la **calidad**<sup>5</sup> del servicio no es equitativo para toda la población.

La inequidad en salud se justifica e incrementa en la concomitancia de factores como: el aislamiento geográfico, la ruralidad, la pobreza, entre otros; no obstante, se consolida en la exclusión de tipo cultural (Agencia Sueca de Desarrollo Internacional /Organización Panamericana de la Salud [ASDI/OPS], 2004).

La barrera cultural observable hacia el interior del SS provincial, en particular de la region sanitaria noroeste o Area Programatica Esquel (APE), inspira al maestrando, como director asociado médico del APE, a reflexionar sobre la adecuación del modelo de salud, respecto de las necesidades de salud indígena, poniendo en perspectiva el Primer Nivel de Atencion (PNA). En un sentido más amplio, la idea se inscribe en la complementariedad y apunta hacia

---

<sup>4</sup> **Equidad:** La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediabiles entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas.

<sup>5</sup> **Calidad:** Entendida desde la perspectiva de la satisfacción del usuario. En el caso indígena, insatisfecha respecto a sus demandas de reconocimiento cultural, sobre todo en el campo de la salud.

la articulación de las diferencias, en base al encuentro y al dialogo; sin que ello implique su desaparición o pérdida de identidad cultural.

La visión arrogada al presente proyecto promueve un Modelo de Atención Intercultural (MAI), integrado por los atributos de la cosmovisión indígena y de la biomedicina; e integral, orientado hacia el cuidado de la persona, la familia y de la comunidad en la cual se inscribe.

El enfoque propuesto evade el asistencialismo sanitario, centrado en la enfermedad, para atender la dimensión del cuidado de la salud (Nardi De Vega, 1999); resignifica las relaciones entre los ACS y transita hacia la gestión sanitaria democratizada; trae a la rueda de trabajo equipos integrados por los trabajadores de la salud (médicos, enfermeros, Trabajadores Comunitarios de Salud en Terreno [TCST], etc.) y actores sociales de la comunidad. A propósito, Spinelli (2010) refleja la importancia de la integración entre los ACS, con sus recursos y en su contexto, para no quedar como simples observadores adyacentes, cuando no subyacentes al campo, atrapados en la burocracia profesional que imprime el MAB; de lo contrario, dice, el campo permanecerá estable y sin cambios; inmutable.

El presente trabajo propone revertir la inmutabilidad para que los agentes del campo dejen de ser espectadores y pasen a ser artífices de su propia historia, en su contexto y, sobre todo, pensados y actuados por ellos.

Para alcanzar el propósito se incorpora el **Método Paideia**<sup>6</sup> (MP), encriptado en un dispositivo de gestión intercultural; aportará el autorreconocimiento, la

---

<sup>6</sup> El término Paideia es de origen griego, y dentro del período clásico designaba uno de los componentes considerados esenciales de la democracia ateniense. Existía el concepto de ciudadanía, que aseguraba derechos a aquellos considerados personas; el de Ágora, que indicaba un espacio y un modo para el ejercicio del poder compartido entre gobernantes y ciudadanos; y existía el concepto de Paideia, que significaba la necesidad de educación integral de las personas, creándose un proceso continuo de ampliación de la capacidad de participar de la vida social, inclusive ocupando un lugar en el Ágora

retroalimentación permanente y la producción social y democratizada de la salud.

El método, arrojado y adaptado al presente trabajo, se recuesta sobre la idea de las relaciones y los vínculos suficientes; escapa de la gestión burocratizada del MAB que descuida la producción social de la salud y desprecia la subjetividad contenida en los equipos de salud y, más aún, de la comunidad a la cual sirve. (Sousa Campos G, 2005,a).

La propuesta ensaya una respuesta de corte social vinculada a las necesidades de la CI, que fueron observadas en el marco de gestión de salud del APE durante el año 2016, en el segundo encuentro de salud indígenas realizado en el paraje Costa de Lepa (departamento Cushamen<sup>7</sup>) del cual participó la CI denominada Newen Tuaiñ Inchin (con la fuerza de todos) (Anexo 1 foto encuentro en Costa de Lepa).

El proyecto se orienta hacia las Postas Sanitarias (PS); puerta de entrada al SS. La iniciativa cuenta con el apoyo de la secretaria de la Comisión Directiva del Consejo Nacional de Asuntos Indígenas (CNAI) y del Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut (MSCH).

El maestrando destaca que la propuesta de Adecuación Intercultural en Salud (AIS) halla sustento en el recorrido hecho por la Maestría en Gestión de Sistema y Servicios de Salud; los conceptos vertidos en los seminarios y talleres se ven reflejados en este trabajo, así pues, los de mayor trascendencia fueron: **Conformación y Desarrollo de los Sistemas de Salud y Estructura y Organización de los Servicios de Salud**, que posibilitaron el análisis del del MAB local y su potencial adecuación; el seminario **Gestión de Servicios de Salud**, que permitió bucear en el cajón de herramientas y encontrar aquellas de

---

<sup>7</sup> **Departamento Cushamen:** Es uno de los cuatro departamentos de la región sanitaria noroeste de la provincia del Chubut, junto a Languiñeo, Futaleufu y Tehuelches.

mayor pertinencia para la propuesta, entre otras, el MP; el encuentro número tres de **Epidemiología**, que condujo al diagnóstico situacional y sus vínculos con la determinación social del proceso Salud-Enfermedad-Atención-Cuidados (SEAC).

El tránsito académico por la maestría, sumado al aporte y experiencia de los actores sociales de la CI, consolidan la idea fuerza que aquí se presenta promoviendo la resignificación del modelo de atención, para alcanzar el mejor estado de salud posible o buen vivir de las CI; un aporte para reducir las inequidades en salud.

## CAPITULO II. DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO

### 2.1 Provincia de Chubut - Regionalización Sanitaria

La provincia de Chubut con una superficie de 224.686 km<sup>2</sup> es la tercera provincia en extensión territorial de la Argentina. Se ubica en la región patagónica entre los paralelos 42 y 46. En base al informe del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo (INDEC) (2010), la población proyectada para la provincia al año 2021 es de 618.994 habitantes; el 8,7% (43.279 Habitantes) se autorreconocen como indígenas.

Chubut se divide en 4 regiones sanitarias: Madryn, Trelew, Comodoro Rivadavia y **Esquel**; esta última, de acá en más Área Programática Esquel (APE); asiento del presente proyecto, se integra por cuatro departamentos: **Cushamen** (24,538 hab.) **Futaleufú** (48,976 hab.) **Languineo** (3,127 hab.) y **Tehuelches** (5,516 hab.). (Anexo 2 Provincia de Chubut – regionalización/Div.Pol. APE).

En el APE la población proyectada al año 2021 fue de 82.157 hab. El 39 % (32.343 hab.) se ubica en la ciudad de Esquel, el resto (61%) en conglomerados urbanos ruralizados, de 2 a 3 mil habitantes. (MSCH, 2018). Cuenta con 55 efectores de salud pública articulados en niveles de complejidad creciente; nivel I con 30 PS; nivel II con 10 Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS); nivel III con 13 Hospitales Rurales (HR); nivel VI, contiene al hospital de cabecera, Hospital Zonal de Esquel (HZE). El Hospital Sub Zonal ubicada en la localidad de El Maitén (HZSEM), de nivel IV, oficia de centro intermedio entre los HR y el HZE (Anexo 3: Efectores de salud pública región noroeste-Chubut)

El proyecto se inscribe en las PS que tienen bajo cobertura, al menos, una CI; los parajes involucrados son: Fosfo Cahuel, Costa de Lepá, Colan Conhué,

Aldea Epulef, Lago Rosario, Sierra Colorada, Carreleufú y Cerro Centinela.  
(Anexo 4: Posta de salud georreferenciadas)

## 2.2 Perfil del Sistema de Salud

El Sistema de Salud Argentino (SSA) sufrió varios cambios a lo largo del siglo XX; en la década del 70 se consolida el subsector de obras sociales, vinculado a la ampliación de las condiciones del empleo en el país (pleno empleo formal y registrado), al final de la década se asiste al proceso de descentralización del Ministerio de Salud Nacional, que delega funciones de rectoría sobre las provincias (Rovere, 2004).

La década del 90 marca una nueva etapa descentralizadora, se impulsa la libre afiliación y la libertad de contratación; nace el modelo de hospital de autogestión (Ministerio de Justicia y Derechos Humanos [MJDH], (1993). Cetrángolo, (2014) menciona que este enfoque se orientó más a la dimensión fiscal, que a la búsqueda de mayores niveles de equidad y eficiencia.

A partir del año 2003, para garantizar el acceso de los grupos vulnerables y de riesgo a servicios y medicamentos, se desarrollaron políticas de salud enfocadas hacia los CAPS. Esta estrategia, de jerarquización del PNA, fue parte del Plan Federal de Salud del año 2004; resuelto a implementar redes de atención y disminuir el impacto de la crisis económica iniciada en el año 2000, además, en el periodo 2002 al 2005 nace la ley de prescripción de medicamentos por nombre genérico; Programa Remediar y los nuevos programas: Plan Nacer/Sumar, Programa de Salud Sexual y Procreación Responsable y el Programa Médicos Comunitarios (PMC), (Ballesteros, 2017).

Otro hecho destacado fue la capacitación de TCST con pertinencia indígena, y su posterior inclusión al PNA, a través del PMC. Sin embargo, y a criterio del maestrando, el recurso formado no acubrió las expectativas, dado que, el perfil

del recurso y objetivos iniciales se alejaron de los intereses de la comunidad, cooptados bajo la lógica biomédica.

En la actualidad el SSA se conforma por tres subsectores: El público, el privado y el de la seguridad social, con alta segmentación<sup>8</sup> y fragmentación<sup>9</sup>, que deriva en un sistema poco equitativo respecto de la organización, financiamiento y acceso a los servicios (Aportes para el Desarrollo Humano en la Argentina [ADHA], 2011). Se puede afirmar que: “luego de la crisis de 2001-2002 se consolidó la fragmentación y desigualdad del sistema, ya que las políticas desarrolladas no han modificado las características centrales de las reformas realizadas en los 90”( Ballesteros, 2017, p.165).

Un rasgo distintivo del subsector público es que cubre a todos los habitantes, independientemente si tiene o no otra cobertura. Además, la heterogeneidad del SS argentino se marca en la amplitud del rango de cobertura de la población asegurada, que varía entre el 82,3% en la ciudad autónoma de BS.As. al 42,1% en la provincia del Chaco (promedio nacional 63,9%) (INDEC, 2012). Por otro lado, la cobertura de la seguridad social difiere según el nivel de ingreso, a mayor ingreso mayor cobertura, la diferencia entre el quintil I-II y el quintil V es de 40 puntos porcentuales: Q1-2: 42% cubierto, Q 5: 83% cubierto, (Ballesteros, 2017).

La provincia de Chubut replica el perfil sanitario del país, de hecho, coexisten los tres subsistemas: público, privado y el de la seguridad social, con idénticos patrones de segmentación y fragmentación.

---

<sup>8</sup> La **Segmentación** del sistema de salud, se relaciona con el hecho que diferentes grupos de población tienen distintas coberturas de salud, en función de sus condiciones económicas o de trabajo.

<sup>9</sup> La Organización Panamericana de la Salud define la **Fragmentación** de los servicios de salud como la “coexistencia de muchas unidades o entidades no integradas en la red de servicios de salud” (OPS/OMS, 2007).

Chubut cuenta con 959 médicos y 2.148 camas; relación habitante por médicos de 528; habitantes por camas 236; médicos por camas de 0,4 (ADHA, 2001).

De acuerdo con el INDEC (2012) La población de Chubut cubierta por un seguro de salud es del 72,7%; muy por encima del promedio nacional, que es del 63,9%. Casi la mitad de la población (49,7%) se cubre por la Obra Social Provincial (OSP). No menos importante es la cobertura de la población mayor de 65 años (7% de la población total de Chubut) que alcanza al 93% de este segmento etario. Entre la OSP y PAMI se cubre al 56,7 % de la población, 16 % se cubre entre prepagas, programas y planes y el 27,3 % restante no tiene cobertura. Estos datos se muestran mejor en la siguiente tabla:

TABLA 1

**DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE CHUBUT SEGÚN COBERTURA DE SALUD**

|                  | Total, de la Población en Viviendas Particulares | Tipo de Cobertura de Salud |                |                                 |  |                                       | No tiene Obra Social, Prepaga o Plan estatal |
|------------------|--|----------------------------|----------------|---------------------------------|--|---------------------------------------|--|
|                  |  | PAMI                       | OSP            | Prepaga a Través de Obra Social | Prepaga Sólo por Contratación Voluntaria | Programas y Planes Estatales de Salud |  |
| <b>Población</b> | <b>498,143</b>                                   | <b>34,870</b>              | <b>247,732</b> | <b>53,537</b>                   | <b>17,161</b>                            | <b>8,876</b>                          | <b>135,967</b>                               |
| <b>%</b>         | <b>100 %</b>                                     | <b>7%</b>                  | <b>49,7%</b>   | <b>10,8 %</b>                   | <b>3.5%</b>                              | <b>1.7 %</b>                          | <b>27.3</b>                                  |

**Nota:** Elaboración propia en base a datos del Censo 2010 y Anuario Estadístico de Salud MSCH-2018.

## 2.3 Configuración y Cultura Organizacional del APE

La configuración organizacional observada en el APE se aproxima a la burocracia profesional<sup>10</sup>; la cumbre estratégica se coordina por la comunicación informal o ajuste mutuo. Hacia abajo de la estructura se encuentra el núcleo operativo, conformado por personal especializado (médico/a, enfermero/a, TCST, etc.) insertos en los servicios de salud y efectores de baja complejidad (CAPS y PS); el mecanismo de coordinación más observado es la estandarización de las destrezas, inmanente al MAB, confiriéndole al sector autonomía y carácter estable, con alta resistencia al cambio. (Mintzberg, 2006).

Además se observan problemas de discrecionalidad dado al poder centralizador del núcleo operativo profesional; la racionalidad biomédica alimenta el esquema hegemónico. Ahora bien, la burocracia profesional, sin prejuicio de las competencias técnicas, descuida la perspectiva del usuario; que sumado al encasillamiento y resistencias mencionadas, producen prácticas carentes de narrativas; vacías de subjetividad. El modelo de atención en salud vigente reproduce la desigualdad e inequidad en el acceso a la salud.

### 2.3.1 Descripción de actores claves vinculados al proyecto

Asumiendo que la interculturalidad se inscribe en una realidad social compleja, y cuyos componentes y dimensiones interactúan de continuo, resulta

---

<sup>10</sup> **Burocracia profesional**: cuenta con la normalización de las habilidades **profesionales** y con el adoctrinamiento. Incorpora especialistas debidamente preparados y adoctrinados, es decir, **profesionales**, quienes asumen un control significativo sobre su propio trabajo.

conveniente considerar las necesidades, intereses y perspectivas de los Actores Claves<sup>11</sup> (AC) vinculados, directa o indirectamente, al proyecto.

Los principales obstáculos y/o resistencias provienen desde el interior del mismo SS, particularmente del sector médico, que encarna al modelo hegemónico; enfermería se muestra indiferente, al menos, no rechaza la propuesta; el sector de los TCST es el que mejor adhiere a la propuesta de salud intercultural.

A nivel central (MSCH) se observa una marcada resistencia hacia el interior de la Dirección del PNA; rechaza, a priori, la modificación de la planilla de familia<sup>12</sup> orientada hacia la interculturalidad. (Anexo 5: Planilla de familia)

En el otro extremo se halla la CI, a favor del proyecto, alineados con el CNAI e Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI).

En oposición, se encuentran las corporaciones multinacionales y terratenientes, dedicados a la exploración agropecuaria; rechazan la idea, en tanto implica el reconocimiento del derecho histórico que tienen las CI a la utilización del territorio, como parte del buen vivir.

Para ampliar el análisis de los AC, se incluye el concepto de la influencia en términos de magnitud; apoyo o rechazo al proyecto. Además, se contrasta con el ámbito de incumbencia: local, zonal, provincial o nacional. Así pues, quedan agrupados en tres niveles concéntricos; la influencia se incrementa hacia el centro; **nivel 1**: conformado por los AC de mayor influencia (CI, PS y equipos de salud, APE, MSCH, etc.); **nivel 2**: conformado por los AC con mediana influencia (HR y equipos de salud, INAI, CNAI) y **nivel 3**: conformado por los AC

---

<sup>11</sup> Entendemos por actores clave a aquellas personas, grupos o instituciones cuya participación es indispensable y obligada para el logro del propósito, objetivos y metas de la

<sup>12</sup> **Planilla de familia**: Instrumento de recolección de datos sociodemográficos utilizada por los TSCT en sus rondas trimestrales en la población a cargo.

de menor influencia o rechazo (HZE, Terratenientes y multinacionales, Dirección del PNA del MSCH etc.) Este esquema queda representado en la siguiente figura:

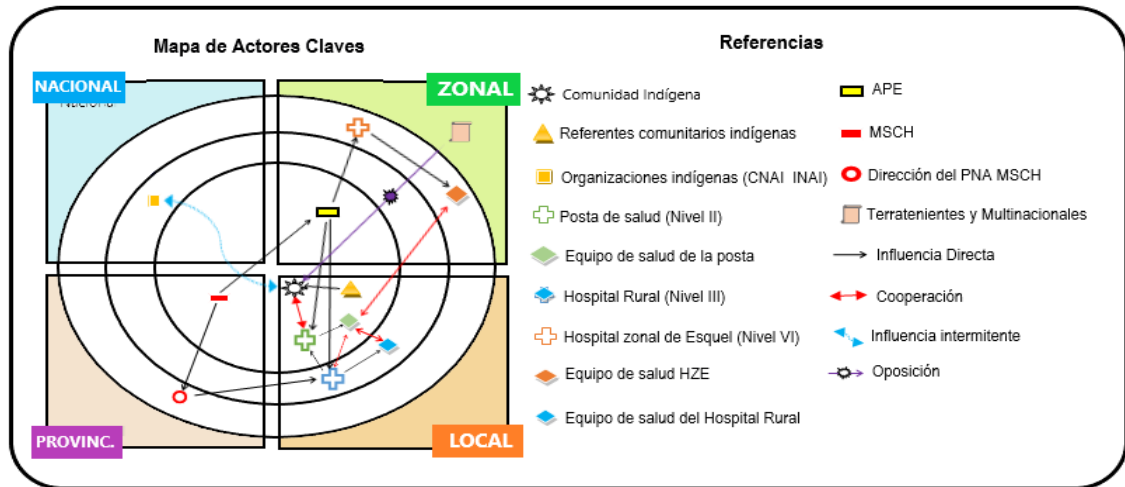


FIGURA 1 MAPA DE ACTORES - GRADO DE INFLUENCIA – ELABORACIÓN PROPIA- ESQUEL 2019

## CAPITULO III. PERSPECTIVA DE DERECHOS HUMANOS

### 3.1 Derechos Humanos e Interculturalidad

La perspectiva de derechos es el marco de interpretación ineludible que constriñe a los Estados a actuar, en consecuencia, se constituye en una herramienta estratégica a los fines de la Interculturalidad, en singular para el propósito de la adecuación del modelo de atención en salud.

En 1948, la Organización de Naciones Unidas (ONU)<sup>13</sup> pronunció la **Declaración Universal de los Derechos Humanos** afirmando que el goce del más alto bienestar en salud es un derecho fundamental; en el **art. 25 inc. 1** señala que toda persona tiene derecho a un nivel de vida traducido como bienestar y salud, y agrega, en el **art. 27 Inc. 1**, sobre el derecho a participar de la vida cultural de la comunidad. (ONU, 1948). Esta misma organización (ONU, 1976) pronunciaría el **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** (arts. 12 y 15), en coincidencia con el enunciado del año 1948.

Bajo este marco conceptual del derecho, y con el propósito de atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad, la **Declaración de Alma Ata**<sup>14</sup> (1978) afirma que, para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, sustentado en la APS, debería incluirse a todos los trabajadores del

---

<sup>13</sup> ONU: Es un organismo especializado de las Naciones Unidas. Se fundó el 16 de noviembre de 1945 con el objetivo de contribuir a la paz y a la seguridad en el mundo mediante la educación, la ciencia, la cultura y las comunicaciones.

<sup>14</sup> Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud realizada en la ciudad de Alma-Ata, Kazajistán en el año 1978. En este marco, la comunidad internacional, con el apoyo la Organización Mundial de la Salud, se reunieron para sentar las bases de una salud para todos/as al año 2000 con tal de enfrentar las profundas inequidades económicas y sociales que se vivían en aquella época.

equipo de salud, sin dejar de lado a las personas que practican la Medicina Tradicional<sup>15</sup> (MT).

En septiembre de 1993, los Gobiernos miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en base a las recomendaciones hechas en el **documento CD37**, sobre la **Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas**, y tomando en cuenta las recomendaciones efectuadas por los participantes en la **Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud** realizada en el año 1993 en la ciudad de Winnipeg (Manitoba-Canadá), resuelve adoptar estos documentos e incluir en la misa organización a los indígenas, e insta a la transformación de los SS con modelos alternativos de la atención para la CI. (OPS,1993).

En el año 2001 la ONU reafirma el respeto a la diversidad de las culturas y al desarrollo de los intercambios interculturales, en el **art. 4** expresa que: “es un imperativo ético que no se puede escindir de la dignidad de la persona humana, sobre todo, de aquellas que pertenecen a minoría étnicas” (ONU, 2001)

Bajo el mismo enfoque de la OPS del año 1993, el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue<sup>16</sup> (ORAS CONHU) (2006) reunió a los Ministros de Salud del Área Andina en Bogotá-Colombia y acogieron los acuerdos formulados por la **Comisión Andina de Salud Intercultural** (establecida en Umada, en noviembre del 2005); instan al desarrollo de políticas de salud que incluyan modelos de salud con enfoque intercultural<sup>17</sup>; se apoya

---

<sup>15</sup> **Medicina Tradicional:** es la suma de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, y que se utilizan para mantener la salud, tanto física como mental. OMS

<sup>16</sup> **Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue** (Hipólito Unanue médico naturalista y político peruano) es un organismo de integración subregional, creado el 18 de diciembre de 1971 con el objetivo de armonizar políticas, propiciar espacios de intercambio y responder a problemas comunes para el mejoramiento de la salud de sus pueblos.

<sup>17</sup> Resolución REMSAA XXVII/417. 31 de marzo. 2006

en sistemas de información y seguimiento de la situación de salud indígena y reclama la participación de estos pueblos en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en salud

En el año 2007, la declaración de las Naciones Unidas, respecto a los derechos de los pueblos indígenas, reconoce el estatus como pueblo y su derecho a la libre determinación, para decidir su desarrollo económico, social y cultural, de acuerdo a sus pautas tradicionales y a no ser objeto de asimilación forzada y desplazamiento obligatorio de sus territorios. A los fines del presente trabajo el maestrando destaca el **art. 21** que resalta el derecho de los pueblos indígenas a la salud y seguridad social, y el **art. 24** que refiere al derecho que tienen sobre sus propias medicinas y practicas curativas (**inc. 1**), como también el derecho a alcanzar y disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental (**inc. 2**). (ONU, 2007).

Es ineluctable observar la perspectiva de derechos y el rol que tiene el Estado al incorporar la dimensión intercultural en el campo de la salud, pone bajo la lupa del Estado al PNA, respecto a las acciones de promoción, protección, prevención y recuperación de la salud. Así pues, es el Estado quién debe garantizar la accesibilidad derribando toda forma de barreras que se interponen entre el SS y la gente, en singular para la CI, por ello, es imperativo distanciarse de la mirada mercantilista de la salud como bien de consumo (Echegoyemberry *et al.*, 2017), que se aleja de los intereses de la gente, en singular de la CI operando en contra de sus derechos.

### 3.2 Marco legal que Regula el Enfoque Intercultural en Argentina.

Superada la dictadura militar, a comienzos de los 80, se retoma la lucha por la reivindicación de los derechos indígenas, así pues, en los 90 asoma la posibilidad de la libre participación para estas comunidades (Fernández y Virosta, 2011)

Actualmente la legislación que protege los derechos de los Pueblos Indígenas en la Argentina es la Constitución Nacional, más los Tratados de Derecho Humanos con rango Constitucional, como La Convención Americana sobre Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica); Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial y de Género; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y la Convención Sobre los Derechos del Niño.

En la reforma constitucional (infoLEG, 1995; Argentina.gov.ar, 2018). del año 1994, el **Art. 75, Inc. 17**, reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos y garantiza, entre otros derechos, el respeto a su identidad y educación bilingüe

En el año 1985 por **ley 23302**<sup>18</sup> se crea el INAI y consagra, en el **art. 1**, la tan solicitada participación indígena en la vida del país con sus pautas culturales; en el **art. 18** ordena la coordinación de planes de salud en todo el territorio nacional y crea unidades sanitarias móviles, con personal idóneo para la atención de las CI dispersas. Es más, en el **art. 21 inc. f.**, insta (InfoLeg, 1985) a tener en cuenta ciertas pautas de la OMS, respecto de integrar a los planes de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas.

Lo anterior se complementa con la **ley 26206**<sup>19</sup>, de enseñanza bilingüe e intercultural (InfoLeg, 2006), que en el **capítulo XI (art. 52, 53 y 54)** expresa el derecho a la educación intercultural bilingüe, sus contenidos se orientan a la

---

<sup>18</sup> Ley sobre política indígena y de apoyo a las comunidades aborígenes. Objetivos. Comunidades indígenas. Instituto Nacional de Asuntos Indígenas. Adjudicación de tierras. Planes de Educación, Salud y Viviendas. Sancionada el 30/09/85 y Promulgada el 08/11/85 Artículo 70 de la Constitución Nacional. Publicada en boletín oficial N°25.803 el día 12/11/85.

<sup>19</sup> La presente ley regula el ejercicio del derecho de enseñar y aprender consagrado por el artículo 14 de la Constitución Nacional. Publicada en BORA N°31062 el 28-dic-2006

integración social plena, abona la participación de los pueblos indígenas y la inclusión de sus valores culturales en modelos educativos.

Por otro lado, Argentina ratifica el **convenio 169** de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)<sup>20</sup>, promulgando el día 7 de abril del año 1992 por la **Ley 24071**. Es el más importante instrumento internacional que garantiza los derechos indígenas y tribales en países independientes (Tinoco, 2014); hace hincapié en los derechos del trabajo de los pueblos indígenas y tribales y su derecho a la tierra y al territorio, a la salud y a la educación. Reconoce un conjunto de derechos colectivos que tienen como eje el derecho a la autodeterminación interna, el derecho a las tierras y los territorios, a sus recursos naturales, el derecho a organizarse y a tener instituciones propias, el derecho al desarrollo autónomo y a fijar sus prioridades; implica que se los consulte y que puedan participar en todos los asuntos que afecten sus intereses. El principio interpretativo que rige el convenio es el derecho a la identidad cultural de los pueblos, que se manifiesta en el respeto por la integridad de sus valores, sus prácticas y sus instituciones.

En relación a los SS, el convenio establece (OIT, 1989) que las CI deberán organizarse en forma comunitaria. Insta, en su **parte V (art. 25 prrf. 2)**, a la planificación cooperativa de los servicios de salud, considerando las condiciones económicas, geográficas, sociales, culturales y sobre todo sus prácticas y métodos curativos.

Para finalizar este apartado, la **ley 26160**<sup>21</sup>; respecto al relevamiento territorial y de excepción impuesta por necesidades de orden público, ante la

---

<sup>20</sup> OIT es un organismo especializado de las Naciones Unidas que se ocupa de los asuntos relativos al trabajo y las relaciones laborales. Fue fundada el 11 de abril de 1919, en virtud del Tratado de Versalles.

<sup>21</sup> Publicada en el Boletín Oficial del 29-nov-2006 N°31043- pag. 2

grave e imprevista situación que en determinado momento vivían las CI, como integrantes de la sociedad; declara la emergencia territorial de estas comunidades; suspende la ejecución de sentencias, actos procesales o administrativos, cuyo objeto sea el desalojo o desocupación de las tierras que ocupen, y ordena realizar un relevamiento técnico, jurídico y catastral de tierras ocupadas por las CI de forma actual, tradicional y publica. La importancia de esta ley radica en el concepto de territorio para la CI, un bien compartido, diferente a la noción de propiedad privada regulada por el código civil de corte occidental; la concepción indígena del territorio es de naturaleza colectiva, basada en la relación espiritual de la comunidad con la tierra, como elemento primordial para su existencia y mantenimiento de sus creencias, costumbres, tradiciones y cultura. El territorio (Ibacache Burgos, McFall y Quidel, 2002) es la base de la subsistencia económica, del bienestar espiritual y de la identidad cultural, per se, un factor protector de la salud, en tanto, su pérdida amenaza la supervivencia como comunidad y como pueblo.

En la misma dirección tracciona la **ley 24.956**<sup>22</sup>, que incorpora la temática de autoidentificación de identidad y pertenencia a comunidades aborígenes al censo nacional de población y vivienda del año 2000.

El marco legal regulatorio descrito alienta al proceso participativo de las CI en las políticas de salud públicas y allana el camino hacia la adecuación intercultural propuesta por este trabajo.

---

<sup>22</sup> LEY CENSO ABORIGEN- Sancionada: abril 29 de 1998. Promulgada de Hecho: mayo 22 de 1998. B.O: 28/5/98

## CAPITULO IV. FORMULACIÓN Y CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA

### 4.1 Descripción de la Estructura Demográfica y su Distribución.

En Argentina, país multiétnico, se autoreconocen<sup>23</sup> indígenas 955.032 personas (2,4% de la población argentina). A su vez, el Estado nacional reconoce 37 pueblos originarios, de ellos, el pueblo mapuche es el más numeroso (21,5%).

A nivel nacional la provincia de Chubut (INDEC, 2012, 2015) registra el mayor porcentaje de indígenas (8,7%), agrupados en 94 comunidades; la mayoría autorreconocida mapuche, en menor proporción tehuelches, tobas, quechuas y otros (73,4%, 18,3%, 1,6%, 1,6%, 4,1% respectivamente). Más de la mitad de estas comunidades se ubican en la zona oeste de la provincia o Area Programática Esquel (APE). La mayoría (dos tercios) asentadas en el departamento Cushamen, el resto distribuidas en los departamentos Futaleufú, Languiño y Tehuelches. El 80% de esta población (INAI, 2019) se halla urbanizada, el resto dispersa en el territorio; los datos se presentan mejor en las siguientes tablas:

---

<sup>23</sup> La población que se reconoce perteneciente a un pueblo indígena está clasificada en base al criterio de autorreconocimiento, independientemente de si tiene ascendencia indígena o no. El 93,4% de la población que se reconoce perteneciente a un pueblo indígena desciende de ese pueblo indígena en primera generación por parte de padre y/o de madre.

TABLA 2

*DISTRIBUCIÓN POR PUEBLOS INDÍGENAS EN LA PROVINCIA DE CHUBUT*

| Etnia     | Porcentaje | Población Indígena |
|-----------|------------|--------------------|
| Mapuche   | 73,4%      | 31.771             |
| Tehuelche | 18,3%      | 7.924              |
| Toba      | 1,6%       | 681                |
| Quechua   | 1,6%       | 675                |
| Otros     | 4.1%       | 2.228              |
| Total     | 100%       | 43.279             |

**Nota:** elaboración propia en base INDEC 2010

TABLA 3

*DISTRIBUCIÓN DE COMUNIDADES INDÍGENAS EN LA REGIÓN APE*

| Dptos. del APE   | Nº de Comun. | %     |
|------------------|--------------|-------|
| Dpto. Cushamen   | 34           | 71%   |
| Dpto. Futaleufú  | 7            | 14,5% |
| Dpto. Tehuelches | 4            | 8,3%  |
| Dpto. Languñeo   | 3            | 6,2%  |
| Total            | 48           | 100%  |

**Nota:** Distribución de comunidades indígenas por departamentos - Región sanitaria APE.  
**Fuente:** elaboración propia, en base al Listado de las comunidades indígenas, con personería, jurídica registrada en el INAI 2019.

## 4.2 Determinantes Sociales del Proceso SEAC

La pérdida de la salud o equilibrio de la persona con su entorno, no depende únicamente de la dimensión biológica o de un agente etiológico causal, como lo concibe el MAB; de hecho, existen otras causas suficientes y necesarias observadas en la década del 70 por el canadiense Lalonde<sup>24</sup>, quien reportó que sobre el estado de salud de una comunidad inciden, además del componente biológico, otros determinantes como, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización del SS.

Al enunciado de Lalonde se suman otros determinantes más externos (Villar Aguirre, 2011) que también inciden sobre la salud como, por ejemplo, las condiciones económicas, sociales y culturales, que constituyen los Determinantes Sociales de la Salud (DSS); “que son la causa de la mayor parte de las desigualdades sanitarias entre los países y dentro de cada país” (OMS, 2008, p.1)

En el contexto de salud indígena, además de los DSS más evidentes como: el lugar de residencia (ruralidad), la infraestructura precaria, el saneamiento ambiental deficiente, el desplazamiento territorial a zonas marginales menos productivas, la precariedad en la titularidad de la tierra, la escasa participación en políticas de salud pública, etc. Se suma la cultura organizacional del MAB, como un DSS negativo para la CI; en la biologización del enfoque profesional y técnico justifica la exclusión funcional de otras formas de atender los padecimientos que incluyan, como parte del proceso SEAC, a esos determinantes más externos. Desde la perspectiva indígena, la noción de DSS, propuesto por la OMS, no constituye un concepto novedoso (Ferrelí, 2015); en

---

<sup>24</sup> Lalonde era un abogado y político que desempeñaba el cargo de Ministro de Salud Pública de Canadá y encargó un estudio a un grupo de epidemiólogos para que estudiaran, en una muestra representativa, las grandes causas de muerte y enfermedad de los canadienses.

la cosmovisión indígena la salud guarda una concepción holística e integral entre la persona y el medio ambiente, que bien se puede considerar como una concepción de DSS, en este sentido, el medio ambiente y el territorio se constituyen el principal **factor protector**, necesario para alcanzar el estado de equilibrio o buen vivir. Para el pueblo Mapuche; comunidad más numerosa de la Patagonia, el medio ambiente adquiere el concepto del todo, un espacio en el cual el ser humano, el “che”, es un elemento entre muchos, en donde no se diferencia entre el mundo visible y el espiritual.

Se puede afirmar que la concepción de salud indígena es una consecuencia de la integración de varios componentes como el acceso y usufructo de la tierra, el nivel de participación social entre pares e incluso la libertad para vivir su propia singularidad cultural respecto a la vestimenta, alimentación, vivienda, trabajo, educación, salud, etc.

En suma, desde la perspectiva de los DSS, el medio ambiente conforma un **perfil protector** para la salud indígena y su calidad de vida, es por eso que, desde la cosmovisión indígena, toda la comunidad se compromete en la conservación de los ecosistemas más frágiles y sostienen un equilibrio positivo, retroalimentado sinérgicamente entre el mundo visible e invisible, conformado por la persona (el Che), la comunidad (la lof), los espíritus o fuerzas de la tierra (Ngen Mapu), el planeta tierra (wajutun Mapu) y el universo (waj Mapu).

El equilibrio persona/medio ambiente, y en un sentido más amplio comunidad/territorio, sufre el deterioro a consecuencia de la pérdida del espacio en el cual se desarrolla la comunidad, tangible desde la conquista del desierto<sup>25</sup> (1878), periodo caracterizado por el avance del hombre blanco sobre los colectivos aborígenes; fueron obligados al desplazamiento hacia zonas

---

<sup>25</sup> La **Conquista del Desierto** fue la campaña militar realizada por la República Argentina entre 1878 y 1885, por la que se conquistó grandes extensiones de territorio que se encontraban en poder de pueblos indígenas

marginales, incluso a incorporar elementos de la cultura occidental en un proceso de aculturación<sup>26</sup>. La política expansionista del Estado condujo a que: “el territorio de indios se viese como herencia para la cultura dominante, lo que habilitó en lo inmediato a que los costos de la campaña pudiesen ser solventados con la venta anticipada de acciones sobre las tierras a recuperar” (Briones y Delrio, 2007, p. 35), finalizadas las campañas del desierto, grupos indígenas, como los Pampas de Sacanana, Pichalao, Cual, Chiquichan, “fueron recluidos en verdaderos campos de concentración, como el de Valcheta<sup>27</sup>, con alambrado perimetral incluido, concediéndoseles en ocasiones permiso para salir a cazar, pero con ciertas restricciones espaciales” (Gavirati, 2017, p. 395).

Desde entonces, la lucha por la reconstrucción del buen vivir es incesante, actualmente resisten y reclaman los territorios como el principal recurso para el buen vivir. Se ilustra con los dichos de la vocera de la lof-Kurache, Mirta Curruhuinca, quién argumenta la recuperación del territorio en la zona de El Platero (El Maiten- Chubut) justificando que: “se origina en la necesidad primaria de seguir existiendo como mapuche en nuestro territorio, en tierras aptas para nuestro desarrollo espiritual, cultural, económico, social y político negado por más de 140 años” (Pagina 12, 2019), y agrega que:

“Necesitamos formar vínculos con la tierra, con los ngen mapu (fuerza de la tierra), los espíritus del lugar. Acá esta nuestro kupalme, nuestra fuerza. Nosotros estamos en la estepa, donde dicen que solamente hay piedra, eso somos nosotros. Esa fuerza es nuestra, por eso kurache,

---

<sup>26</sup> **Aculturación** se refiere al resultado de un proceso en el cual una persona o un grupo de ellas adquieren una nueva cultura (o aspectos de la misma). Los individuos de la cultura dominada se adaptan, es decir se aculturán, incorporando elementos de la cultura dominante.

<sup>27</sup> **Valcheta**: Es una localidad y municipio cabecera del departamento homónimo en la provincia de Río Negro, Argentina.

gente de piedra”. (FM ALAS 89.1 Radio Comunitaria, 2019).

Bajo un nuevo orden social, las CI, transitan hacia una lógica de asimilación forzada o aculturación, coadyuvado por la pérdida de los recursos ancestrales y con ellos la capacidad de autogestión y sustentación; se configura un **perfil agresivo** para los conjuntos sociales estratificados por la etnia, la ruralidad, el medio ambiente, etc. Si a esto se suma la racionalidad técnica/científica del MMH, que desconoce o al menos escotomiza la cosmovisión indígena, el perfil agresivo aumenta; el orden hegemonía/subalternidad del biómulo excluye otras formas de atención (Arcaya, Arcaya y Subramanian, 2015), con ello la brecha de la desigualdad e inequidad social en salud se incrementa.

#### 4.3 Manifestación del Problema Sobre el Área de Referencia (APE)

Para dar cuenta de las manifestaciones del problema respecto de la inequidad planteada conviene analizar las diferencias socioeconómicas, ambientales y de salud entre grupos sociales. Por ejemplo, la OMS (2013, citado en Arcaya *et al.*, 2015, p. 263) recomienda que los indicadores de salud se reporten por grupos sociales o estratificadores de equidad, para propósitos de monitoreo de las desigualdades en salud.

En base a esta premisa, se presenta una revisión comparativa entre localidades. Así pues, Cushamen<sup>28</sup> localidad con alta proporción de población indígena ruralizada/dispersa, cuyo perfil sociodemográfico responde a una colonia pastoril de pequeños minifundios dedicados a la ganadería de

---

<sup>28</sup> **Cushamen:** es una comuna rural ubicada en el departamento homónimo, al noroeste de la provincia de Chubut, Argentina. Cuenta con 906 habitantes, y está a la vera de la Ruta Provincial 4 y de la Ruta Provincial 35, a 70 km de El Maitén y 180 km de la ciudad de Esquel

subsistencia. Contrastado con Río Pico<sup>29</sup>, localidad de similar infraestructura sanitaria, pero con diferencias socioambientales notables, de hecho, Río Pico presenta una matriz étnica cultural de base anglosajona y, además, de su cosmovisión occidentalizada, carece de población rural dispersa. Con el propósito de mejorar la amplitud de referencia comparativa se incluye, para cada indicador, el promedio de toda la región APE.

#### 4.3.1 Análisis comparativo

Para este propósito se analizan datos contenidos en las planillas de familias de cada localidad. Las variables se agrupan en tres categorías de análisis a saber: perfil socioeconómico, perfil de salud y perfil socioambiental.

##### 4.3.1.1 Perfil socioeconómico:

Desde el punto de vista socioeconómico, la **desocupación**<sup>30</sup> en Cushamen, es superior al promedio de la zona, pero como dato significativo prácticamente duplica a la población testigo.

Además, el **trabajo estable** es menor en Cushamen, probablemente se relaciona con la mayor dispersión de la población al núcleo urbano, que deriva, por razones de accesibilidad geográfica, en una menor relación de dependencia del Estado; los datos se presentan en la siguiente tabla:

---

<sup>29</sup> **Río Pico:** es una localidad del Departamento Tehuelches, provincia del Chubut, Argentina. Ubicada a 759 msnm, y a 240 km de la ciudad de Esquel.

<sup>30</sup> **Desocupación:** alude al caso de aquella persona perteneciente a la población económicamente activa que se encuentra sin ocupar un puesto en el mercado de trabajo.

TABLA 4

**POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA**

| VARIABLES       | CUSHAMEN | RIO PICO | REGIÓN APE |
|-----------------|----------|----------|------------|
| Trabajo estable | 17,6%    | 31,8%    | 21,5%      |
| T. Inestable    | 17%      | 23,1%    | 29,8%      |
| Desocupados     | 19,1%    | 9,6%     | 19,9%      |

**Nota:** La población económicamente activa la integran las personas que tienen una ocupación o que sin tenerla la están buscando activamente. Está compuesta por la población ocupada más la población desocupada. **Fuente:** elaboración propia en base formulario 4 consolidado de datos planilla de familia, MSCH.

Respecto a la **escolaridad**, entre 6 y 24 años de edad, en Cushamen se observa mayor porcentaje de escolarizados, tal vez, por la ventaja económica-social que implica, para las familias ruralizadas-dispersas, sostener a sus hijos en la modalidad de internados, sumado a la percepción de que la educación permite nuevas oportunidades, y movilidad social ascendente en el sistema de estratificación social; los datos se presentan en la siguiente tabla:

TABLA 5

**ESCOLARIDAD**

| VARIABLES  | CUSHAMEN | RIO PICO | PROMEDIO APE |
|------------|----------|----------|--------------|
| 6-14 años  | 95,6%    | 93,2%    | 98%          |
| 15-19 años | 85,5%    | 83,4%    | 80%          |
| 20-24 años | 36,7%    | 22,8%    | 31,3%        |

**Nota:** Escolaridad refiere a la población de 6 años y más que asistió a un establecimiento educativo y completo el nivel requerido. Comparación entre localidades y el promedio del APE. **Fuente:** elaboración propia, en base formulario 4 consolidado de datos planilla de familia-MSCH.

#### 4.3.1.2 Perfil de salud:

En este campo se analiza la **salud sexual y reproductiva**, destaca el buen control del embarazo en toda la región (APE). Ligado a esta dimensión se hallan los indicadores de mortalidad (infantil, materna, neonatal); en Cushamen son satisfactorios, a pesar de su condición étnica y dispersión demográfica, de hecho, no muestran diferencias con otras localidades. Dato, no menor, a destacar, es que el APE muestra mejores indicadores que el promedio provincial; resultado, quizás, de la aplicación de los programas materno infantil en el PNA, sumado a al impacto del programa maternidades seguras; el parto se realiza en hospitales de mayor complejidad, como HZE o HSZEM, y no en los HR. Estas diferencias regionales en la provincia se presentan en la siguiente tabla:

TABLA 6

#### **SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA**

| <b>Variables</b>        | <b>Cushamen</b> | <b>Rio Pico</b> | <b>Región APE</b> |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| PAP                     | 7%              | 25%             | 39%               |
| Métodos Anticonceptivos | 10%             | 63%             | 68%               |
| Mamografías             | 33%             | 37%             | 37%               |
| Embarazos Controlados   | 100%            | 100%            | 99%               |

**Nota: Nota:** Comparación entre localidades y el APE. **Salud sexual**, estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad. Requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia. **Salud reproductiva**, implica la posibilidad de tener una sexualidad satisfactoria y segura, así como la posibilidad de tener hijos si y cuando se desea. Supone el derecho a elegir métodos anticonceptivos y tener acceso a servicios de salud apropiados que permitan embarazo y parto seguros. **Fuente:** elaboración propia en base formulario 4 consolidado de datos planilla de familia-MSCH.

Continuando con la salud sexual y reproductiva, en el APE, dos tercios de las mujeres en edad fértil (24-64 años) disponen de un método anticonceptivo, más de un tercio tiene un Papanicolao<sup>31</sup> (PAP) vigente y menos de un tercio de las mujeres de 50 a 70 años tienen una mamografía<sup>32</sup>. Resalta la población femenina de Cushamen con los indicadores más bajos, probablemente se debe a la occidentalización de la oferta sanitaria en un contexto indígena o desacople intercultural<sup>33</sup>. Los datos se visualizan mejor en la siguiente tabla:

TABLA 7

**MORTALIDAD.**

| Indicadores | Chubut               | Región APE           |
|-------------|----------------------|----------------------|
| TM Infantil | 5,19/1000 Nac. Vivos | 1,68/1000 Nac. Vivos |
| TM Neonatal | 3,61/1000 Habitantes | 0,84/1000 Habitantes |
| TM Materna  | 4,51/1000 Nac. Vivos | 0,00/1000 Nac. Vivos |

**Nota:** Comparación entre Cushamen y APE. Tasa de Mortalidad (TM). **Fuente:** elaboración propia en base al anuario estadístico de salud, MSCH 2018

Respecto a la **salud infantil**, los controles disminuyen significativamente a partir del segundo año de vida, sin embargo, el ausentismo en Rio Pico es mayor que en Cushamen. Una explicación posible del fenómeno, es que

<sup>31</sup> La prueba de **Papanicolaou** es la prueba de detección principal para el cáncer de cuello uterino y los cambios precancerosos.

<sup>32</sup> **Mamografía:** imagen de la mama tomada con rayos X. Los médicos usan las mamografías para buscar signos de cáncer de mama.

<sup>33</sup> **Desacople intercultural:** en el campo de la salud refiere al desencuentro del MAB al aplicar los métodos de abordaje comunitario sin observar la cosmovisión indígena.

Cushamen tiene una mayor población infantil internada en los albergues escolares, fenómeno dado a la mayor cantidad de familias dispersas al núcleo urbano; el grupo caucico en los internados, facilita los controles de salud infantil. Estos datos se visualizan mejor en la siguiente tabla:

**TABLA 8**

**CONTROLES ADECUADOS DE SALUD INFANTIL**

| VARIABLES   | Cushamen | Rio Pico | Promedio APE |
|-------------|----------|----------|--------------|
| 0-11 meses  | 100%     | 100%     | 97%          |
| 12-23 meses | 100%     | 100%     | 96%          |
| 2 a 5 años  | 72%      | 46%      | 75%          |

**Nota:** Controles Adecuados de Salud: refiere a controles de salud realizados en establecimientos de salud los cuales serán suficientes en número y adecuados en contenidos técnicos en función de la etapa del crecimiento y desarrollo en la cual se encuentra el niño.  
**Fuente:** elaboración propia en base formulario 4 consolidado de datos planilla de familia-MSCH.

Respecto de las enfermedades crónicas no transmisibles, la prevalencia de hipertensión arterial en Argentina es del 30 %, es interesante considerar los estudios realizados (Zalazar, *et al.*, n.d.) en poblaciones indígenas del norte del país, que muestran valores por debajo de la prevalencia nacional: 25,2% en comunidades Tobas en el Chaco y 28% en Wichis-Chorotes en Salta.

Con respecto a la diabetes tipo II (Slimel, *et al.*, 2010), la prevalencia en Argentina es del 12 al 15 %.

En la provincia de Chubut el subdiagnostico es marcado para ambas patologías, respecto de los valores a nivel nacional, condición que se asentúa a medida que nos alejamos de los grandes núcleos urbanos con mayor complejidad sanitaria, lo que demuestra la inequidad en el acceso a la salud (promoción, protección, prevención, tratamiento) provocada por la concomitancia de factores ya enunciados como: la ruralidad, pobreza, etnia, etc.

En este caso se destaca el escaso control que reciben los hipertensos detectados en Cushamen; los datos se presentan en la siguiente tabla:

**TABLA 9**

***HIPERTENSOS Y DIABÉTICOS EN MAYORES DE 18 AÑOS***

| <b>Enfermedad</b>       | <b>Cushamen</b> | <b>Rio Pico</b> | <b>Región APE</b> |
|-------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| Hipertensos detectaos   | 10%             | 14,4%           | 15,3%             |
| Hipertensos controlados | 38%             | 98%             | 92%               |
| Diabéticos detectados   | 1,8%            | 4,6%            | 5%                |
| Diabéticos controlados  | 100%            | 95%             | 93%               |

**Nota:** Elaboración propia en base formulario 4 consolidado de datos planilla de familia MSCH.

**4.3.1.3 Perfil socioambiental:**

En cuanto a la **salud ambiental y vivienda** se observan desventajas marcadas para Cushamen y otras localidades ubicadas en zona de meseta, a diferencia de Rio Pico y demás localidades, que por ubicarse junto al corredor vial (RN N°40) se benefician de la accesibilidad que ofrece el mismo, sumado al desarrollo e infraestructura que ello implica. Así pues, dos tercios de la población de Cushamen (meseta) utilizan agua de pozo como se aprecia en la siguiente tabla:

TABLA 10

**SANEAMIENTO AMBIENTAL**

| VARIABLES   | CUSHAMEN | RIO PICO | REGIÓN APE |
|-------------|----------|----------|------------|
| Agua de red | 33%      | 98%      | 93%        |
| Perforación | 0%       | 1%       | 3%         |
| Vertiente   | 0%       | 1%       | 3%         |
| Acarreo     | 0%       | 0%       | 3%         |

**Nota: Sanidad Ambiental:** refiere al conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública que tienen por objetivo alcanzar niveles crecientes de salubridad ambiental. Comprende el manejo sanitario del agua potable, las aguas residuales y los vertidos, los residuos sólidos, los residuos orgánicos tales como las excretas y residuos alimenticios, las emisiones a la atmósfera y el comportamiento higiénico que reduce los riesgos para la salud y previene la contaminación. **Fuente:** elaboración propia, datos de formulario N°4 consolidado anual MSCH-2019

AL analizar la disposición de excretas, la mayoría de las viviendas en Cushamen tiene un sistema semidinámico<sup>34</sup> conectado a pozo ciego, además de tener un alto porcentaje de letrinas. Contrasta fuertemente con Rio Pico, en donde la mayoría de las viviendas están conectas a la red cloacal.

TABLA 11

**DISPOSICIÓN DE EXCRETAS**

| VARIABLES     | CUSHAMEN | RIO PICO | REGIÓN APE |
|---------------|----------|----------|------------|
| Red cloacal   | 0%       | 70%      | 57%        |
| Semi dinámico | 82%      | 28%      | 43%        |
| Letrinas      | 18%      | 2%       | 6%         |

**Nota:** Semidinámico es un sistema de disposición de excretas en el cual se dispone de un núcleo húmedo (baño) en el interior de la vivienda y las excretas se disponen en un pozo ciego

<sup>34</sup> Semi-dinámico: núcleo húmedo (baño) conectado a un pozo ciego

fuera de la misma. **Fuente:** elaboración propia, datos de formulario N°4 consolidado anual, MSCH-2019

La recolección de residuos se da en las zonas urbanizadas, no así en las poblaciones dispersas al núcleo urbano, en donde prevalece el tratamiento de los residuos por quema o entierro. Obsérvese estos datos en la siguiente tabla:

**TABLA 12**

**RECOLECCIÓN DE RESIDUOS**

| <b>Variables</b>        | <b>Cushamen</b> | <b>Rio Pico</b> | <b>APE</b> |
|-------------------------|-----------------|-----------------|------------|
| Recolección de residuos | 100%            | 82%             | 92%        |
| Tratamiento de residuos | 0%              | 3%              | 7%         |

**Nota:** elaboración propia, datos del FN°4 consolidado anual 2019 MSCH.

Resta mencionar las condiciones de las viviendas; hacia la zona rural disminuye la red de distribución de gas, sin embargo, a medida que se profundiza en la meseta (Cushamen) el fenómeno se acrecienta, en consecuencia, domina la utilización de leña como fuente de calor.

**Tabla 13**

**Vivienda**

| <b>Variables</b>          | <b>Cushamen</b> | <b>Rio Pico</b> | <b>Región APE</b> |
|---------------------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| Vda. Propia               | 100%            | 77%             | 84%               |
| Vda. Alquilada            | 0%              | 23%             | 16%               |
| Vda. con hacinamiento     | 5%              | 0%              | 4%                |
| Vda. Con gas natural      | 3%              | 96%             | 72%               |
| Vda. Con gas envasado     | 0%              | 1%              | 10%               |
| Vda. Calefacción con leña | 97%             | 2%              | 23%               |
| Vda. Con luz eléctrica    | 100%            | 100%            | 90%               |

**Nota:** elaboración propia, datos de F N°4 consolidado anual 2019 MSCH.

#### 4.3.2 Descripción del espacio que integran el campo empírico del problema

La propuesta de salud intercultural se inscribe sobre PNA de la región sanitaria noroeste de la provincia de Chubut, en las PS que tienen bajo cobertura, al menos, una CI.

La localidad más representativa para tal descripción es la colonia Cushamen con 2.300 hab. Ubicada en el cruce de las rutas provinciales número 4 y 35 a 70 km de El Maitén, y a 180 km de Esquel.

La mitad de la población esta dispersa al núcleo urbano, en un área de aproximadamente 10.000 km<sup>2</sup>, agrupadas en pequeños asentamientos de 15 a 50 viviendas. En la zona se registran 17 parajes, uno de ellos es Fofó Cahuel, a 30 km de Cushamen, aquí se encuentra la PS que cubre a la comunidad indígena del mismo nombre. (Anexo 6: Corredores viales – Cushamen/Fosfo Cahuel).

La atención de salud (visita médica) se programa una vez por mes. El equipo de salud interviniente (médico, enfermero/a, TCST) evacua la consulta a demanda espontánea. El ámbito de trabajo: el espacio físico, la señalética, la distribución espacial del mobiliario, los equipos e instrumental de trabajo, etc. apuntan al estereotipo del MAB y hacen de la prestación de servicio un producto de corte occidentalizado insertos en un contexto indígena.

#### 4.3.3 Manifestaciones del problema sobre la microgestión

Es oportuno rescatar la clasificación que hace Menedez (2003) sobre las formas de atención, a saber: a) de tipo biomédica<sup>35</sup>, b) de tipo popular y

---

<sup>35</sup> Referidas a médicos del primer nivel de atención y del nivel de especialidades para padecimientos físicos y mentales que la biomedicina reconoce como enfermedad.

tradicional<sup>36</sup>, c) alternativas, paralelas o new age<sup>37</sup>, d) devenidas de otras tradiciones médicas<sup>38</sup>, e) centradas en la autoayuda<sup>39</sup>.

Estas formas, a los fines de comprender a que se enfrenta la microgestión, no son excluyentes, sino que se articulan e integran a través de algunos de sus operadores, quienes incorporan el conocimiento de otros modelos para fortalecer y optimizar la eficacia de sus tratamientos, resguardando su identidad como curador dentro del modelo al que representa o refiere socialmente.

Otro tanto ocurre a través del sujeto y su grupo social más próximo, que en el recorrido que hace para recuperar la salud, contribuye con la articulación entre modelos. Es lo que Menéndez (2003) reconoce como la carrera del enfermo o circuito que hace el enfermo para atender su padecimiento, apelando a su conocimiento o al del grupo social de pertenencia, y en función del tiempo, accesibilidad, magnitud del problema, etc., decidirá acudir, o no, a un curador de alguna de las formas de atención, o tomará atención de varias de ellas; de allí el termino: **carrera del enfermo**, que como proceso permite al sujeto y grupo social catalizar el conocimiento en sus múltiples formas, constituyéndose, el sujeto y su núcleo familiar, en el principal mecanismo articulador entre las diferentes formas de atención.

En el plano de la microgestión, el proceso de la autoatención y bajo la lupa del SS biomédico, encuentra limitaciones al juego transaccional de las prácticas y saberes entre los modelos. De hecho, el eje hegemonía/subalternidad, en la relación médico/paciente, escotomiza el saber indígena perdiendo la riqueza y

---

<sup>36</sup> Expresadas también a través de curadores especializados como hueseros, culebreros, brujos, curanderos, espiritualistas, yerberos, shamanes, etc.

<sup>37</sup> Incluye a sanadores, bioenergéticos, nuevas religiones curativas de tipo comunitario, etc.

<sup>38</sup> Incluye acupuntura, medicina ayurvedica, medicina mandarina, etc.;

<sup>39</sup> Incluye Alcohólicos Anónimos, Neuróticos Anónimos, Clubes de Diabéticos, padres de niños con síndrome de Down, etc.,

potencialidad articuladora de la autoatención, iniciada por el enfermo en la singularidad de sus prácticas.

Por otro lado, el sujeto indígena subaternalizado a la hegemonía médica no halla el mejor escenario para compartir la experiencia del autocuidado, dicho de otro modo, no comparte las prácticas y conductas asumidas antes de llegar al consultorio; por temor, por vergüenza o sencillamente para evitar la incomodidad que produce el rechazo y/o estigmatización biomédica a otras formas de atención. Asistimos a una de las barreras de acceso más notorias en el campo de la salud, esta barrera, de orden cultural, limita la estrategia de la microgestión de cara a la CI, y deriva en fallas de diagnósticos, diagnósticos tardíos, duplicidad de tratamientos por ocultación de terapéuticas aplicadas previas a la consulta, relación médico-paciente inadecuada, mayores costos derivados y riesgo incrementado para la población.

#### 4.3.4 Manifestaciones del problema sobre la mesogestión.

Como se refirió más arriba, la transacción del conocimiento es parte de un proceso por el cual los ACS, en post de fortalecer la eficacia de sus intervenciones curativas, toman elementos de cada modelo, sin perder la singularidad inmanente a cada cultura. La medicina occidental acepta como parte del esquema terapéutico el uso de hierbas curativas como, por ejemplo, el cannabis (regulado por ley 27.350), palo de piche<sup>40</sup> para el tratamiento de vías urinarias, la carqueja<sup>41</sup> para el tratamiento de problemas hepáticos, etc. Además de la recomendación médica de prácticas como la acupuntura, masoterapia, etc. En el mismo sentido, los curadores tradicionales y la CI

---

<sup>40</sup> Palo de Piche: Nombre científico *Fabiana Imbricata*, son plantas nativas de la zona andina argentina-chilena. Descubiertas y usadas ancestralmente por el Pueblo Mapuche.

<sup>41</sup> Carqueja: Nombre científico: *Baccharis trimera*

incorporan, en el esquema del proceso de la autoatención, técnicas y/o instrumentos de la medicina occidental como termómetro, tensiómetro, incluso el uso de fármacos de venta libre como parte de su estrategia terapéutica.

Lo señalado se puede leer como relaciones de acercamiento entre modelos, de hecho, constituye una matriz alentadora para la interculturalidad, sin embargo, es insuficiente desde la perspectiva de la mesogestión, dado al perfil hegemónico del modelo. Así pues, directores de HR y niveles intermedios de gestión, hallan limitaciones en el plano de las decisiones por falta o insuficiente información de la realidad social en la cual se inscriben. Da cuenta de ello, a modo de ejemplo, la planilla de familia, que como fuente primaria de datos no alcanza a reflejar la dimensión y singularidad cultural de la CI, así pues, no incorpora variables relacionadas a los DSS indígenas como: el territorio (extensión, accesibilidad, red vial, etc.), la farmacopea indígena (tipo de plantas usadas, machi de cabecera, rituales de sanación, etc.), la salud sexual y reproductiva (preferencia respecto al embarazo, parto y puerperio, usos de anticonceptivos naturales, etc.), el autorreconocimiento como indígena, los usos y preferencias nutricionales, etc. Esta particularidad también fue observada en otros puntos del país, Lorenzetti (2017) describe como en Tartagal, ciudad de Salta, los TCST cotejaban variables de vulnerabilidad social, preestablecidos con ciertos comportamientos, antes que identificar en terreno condiciones socioeconómicas o determinantes sociales de esas comunidades.

En suma, la mesogestión planifica, pero con limitaciones respecto de los intereses y necesidades de la CI; aplica el modelo de atención, prácticas y programas, sin perspectiva intercultural, con resultados limitados e impacto negativo sobre la distribución de los recursos físicos, humanos y financieros.

## 4.4 Respuestas Política, Institucionales y Organizacional

### 4.4.1 A nivel internacional.

En **México**, el 10 % de los 106.6 millones de personas son indígenas (Gomez Dantes, *et al.*, 2011). En el año 1989 ratificó el convenio 169 de la OIT y a partir del año 2001 reconoce a la medicina tradicional como un derecho cultural de los pueblos indígenas. A partir del año 2004 propone la profesionalización de agentes de salud (Lerin Pinon, 2004) y los incluye en unidades de acción social para atender a las CI. Para el año 2007 se conformó la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI). A la fecha, han implementado modelos de atención a la salud mixtos (alópata y tradicional) con buenos resultados.

**Chile**, con 17 millones de habitantes (Becerril-Montekio, Reyes y Manuel, 2011; Manriquez Hizaut, *et al.*, 2018) reconoce que el 11% de su población es indígena. El SS público, a través del Fondo Nacional de Salud (FONASA) y el Sistema Municipal de Atención Primaria, cubren a alrededor de 80% de la población. En el año 1992 se implementó el **Programa de Salud para Población Mapuche (PROMAP)**, centrado en mejorar la calidad de la atención de la población mapuche en los centros de salud. Introdujo la figura del **facilitador intercultural** (Bolados Garcia, 2012) en tanto mediador en los problemas de comunicación de personas indígenas. En 1996 se instituye el **Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas**, con el propósito de entregar una atención de salud con pertinencia cultural. En el año 2006 el Ministerio de Salud chileno (MINSAL) concentra objetivos en torno a **proteger la medicina indígena y promover su eficacia y seguridad**. En el año 2008 ratifica el convenio 169 de la OIT y como apéndice del **Programa Orígenes** surgió el **Programa especial de Salud para Pueblos Indígenas (PeSPi)**, este, continuando a los anteriores, consolidó un SS intercultural en el cual se reconoce que los sistemas médicos son limitados para resolver los problemas

actuales de salud, admitiendo la existencia y validez de otros sistemas de curación como el indígena.

En este contexto, tres son las experiencias más reconocidas y estudiadas en términos de la salud intercultural a saber: el **Hospital Makewe** en Padre las Casas, el centro de salud familiar **Boroa Filulawen** y el Centro de salud mapuche **Ñi Lawentuwunm**.

En **Bolivia**, sobre 10 millones de habitantes (Comision Economica para America Latina y el Caribe [CEPAL], 2005) el 40% se autorreconocen indígenas. El sistema de salud boliviano incluye un sector público (MSyD) más el subsector social y un sector privado. La iglesia en algunas regiones (Ledo y Soria, 2011) es la única organización que ofrece servicios de salud.

En este contexto, el expresidente Evo Morales, el 6 de marzo de 2006, promovió el principal proceso de cambio implementando el **Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad** y la Dirección dependiente de ese Viceministerio, con el objetivo de mostrar la interculturalidad del país con conocimientos ancestrales, míticos de los llanos, valles y la Amazonía. Esta iniciativa fue una de las más importantes del continente.

Por otro lado, el plan nacional de salud a través de la implementación del **Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud**, asume el principio de la participación social en la toma de decisiones. Bajo este enfoque se creó la política pública denominada **Salud Familiar Comunitaria Intercultural** (SAFCI), con lo cual se modificó la situación general del país dado a la orientación familiar y comunitaria del modelo propuesto. Desde esta perspectiva tanto el equipo de salud, la comunidad y las organizaciones implementaron la gestión compartida de la salud y la atención de la Salud en el establecimiento, en el domicilio y en la comunidad.

Bolivia, transita un modelo de acuerdos y concertación con la comunidad para la adecuación cultural de espacios físicos y otros, tomando en cuenta a la

familia como el núcleo de la atención en salud, adecuando normas y protocolos de atención definidas por el ministerio de Salud y Deportes, de acuerdo a la realidad de la familia y comunidad. En este sentido, en el año 2005, en Potosí (Cochabamba) se desarrolló la **estrategia de adecuación cultural del parto**, a través de talleres de adecuación cultural de la maternidad, derivando en las guías y materiales didácticos orientados estratégicamente en áreas de mayor concentración de población indígena.

Por otro lado, los municipios de Caiza D y Cotagaita (Potosí) se desarrolló la experiencia en el parto domiciliario atendido por parteras, familiares y vecinos como obra de la comunidad y parte de la cultura. Así mismo, en el Centro de Salud Huarina (La Paz), los partos son en su mayoría atendidos a domicilio con la participación de tres grupos: parteras, familia y personal de salud que posee conocimiento de la atención interculturalidad: comparten el mismo idioma, coordinan con las parteras y adhieren al trabajo compartido entre los grupos. Como ejemplo, son prácticas de acercamiento entre el servicio biomédico y tradicional que brindan un marco referencial para el presente trabajo.

#### 4.4.2 A nivel nacional.

Con la emergencia sanitaria del Colera en el año 1992 se dirige la mirada hacia las CI del norte argentino creándose el **Programa de Salud Para Los Pueblos Indígenas** y el surgimiento de los **agentes sanitarios indígenas**. Para el año 1993, el INAI capacita a indígenas como **facilitadores culturales**, con lo que la salud indígena avanza en la agenda de gestión sanitaria.

Iniciado el presente siglo se implementa el **Centro Integrador Comunitario**, como modelo de gestión pública para la integración y coordinación de políticas de APS y Desarrollo Social en un ámbito físico común a nivel municipal, ubicados estratégicamente en lugares de acceso a la población indígena e incluso diseñados para que la estructura respete las costumbres de la cultura aborígen.

Otras iniciativas de interés fueron: El Programa **Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI)**, creado en el año 2000, y el **Programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios**. Por otro lado, para lograr una mejor comunicación y articulación entre programas, se crea las llamadas **Salvaguardas Indígenas** que extiende la cobertura de otros planes de salud como el plan Nacer/Sumar y el de Funciones Esenciales de la Salud Pública.

Con este marco, algunas provincias mostraron importantes avances en la materia. Así pues, en el año 1996 en la provincia del **Chaco** se implementa el **Programa de Participación Comunitaria** que incluye a las parteras en la institución sanitaria para la atención conjunta a mujeres de los Pueblos Toba, Pilagà y Wichi.

En el año 2001, en la provincia de **Salta**, se inicia el proyecto piloto para mejorar la calidad de vida y nutrición de la **Comunidad Chorote**, con el apoyo del Ministerio de Salud de la provincia y la comunidad.

Para el año 2015, la provincia de **Neuquén** reconoce al equipo de salud intercultural Rangin Kien<sup>42</sup> (media luna) y a la comisión de seguimiento mixta integrada por el equipo de salud junto a la CI de la cuenca Ruca Choroy. El centro intercultural (INAI, n.d.) se ubica en territorio de las comunidades Mapuches Aigo y Hienguehual en cercanías de Aluminé y es el primero en su tipo en el país.

Recientemente se implementó el programa de articulación entre salud y justicia en la ciudad de Tucumán (2019) para asistir a pueblos indígenas con asiento en **Amaicha del Valle, Tucumán**. La idea central es que un abogado y un trabajador social detecten las carencias y necesidades de los pueblos

---

<sup>42</sup> Resolución N° 1875/15 provincia de Neuquén

indígenas; y lo novedoso es el trabajo articulado con el sector salud, un factor muy importante para hacer sustentable el proyecto.

#### 4.4.3 A nivel local.

El primer antecedente remonta al programa ANAHI, implementado en la Patagonia a partir del año 2005. Para el año 2011, en el marco del Plan Federal de Salud (PFS), se implementa el **Programa Médicos Comunitarios (PMC)**, que con el objetivo de mejorar el acceso y el cuidado de la salud indígena formó recurso humano orientado hacia la interculturalidad. En este contexto se incorporan los TCST, surgidos de la misma comunidad, que cumplen funciones hasta hoy, empero, desviados del propósito original debido a que, como ya se expresó más arriba, incorporaron la lógica biomédica.

##### ***4.4.3.1 Línea de base local que sustenta la iniciativa del enfoque intercultural del presente proyecto.***

Durante el año 2016, dado al emergente de los Pueblos Originarios y la necesidad de reconocimiento de su cultura se promovió, desde la gestión de salud local (APE), el encuentro con referentes comunitarios: presidentes de consejos, werkenes<sup>43</sup> y lonkos<sup>44</sup>. El primer encuentro convocó a más de 12 referentes junto a los representantes nacionales de salvaguarda indígena del Plan Nacer.

Para el año 2017 la dirección del APE y la Catedra Libre de Pueblos Originarios de la UNPSJB, sede Esquel, realizó el 2° encuentro de medicina

---

<sup>43</sup> Un werkén o werke (del mapudungun werken, «mensajero»), también escrito huerquén o huerque, es una autoridad tradicional del pueblo mapuche. Cumple funciones de consejero del mundo o lonco y suele ser el portavoz de su comunidad. En otros tiempos, debían memorizar largos mensajes para comunicarlos con fidelidad a otros loncos.

<sup>44</sup> Un lonco (en mapuche: longko 'cabeza'), también denominado lonco o cacique, es el jefe o cabeza de una comunidad mapuche. El cargo tiene aspectos políticos, administrativos y religiosos.

ancestral y actual, en la comunidad de Newen Tuaiñ Inchin del paraje Costa de Lepa, departamento Cushamen a 80 km de Esquel.

Iniciado el año 2018 el maestrando, en el marco de la Maestría en Gestión de Servicios y Sistemas de Salud, identifica al modelo de atención biomédico como obstáculo cultural en el acceso a la salud para la CI. Así pues, alumbra la idea fuerza orientadora del presente proyecto y da inicio a los avances locales con la mira puesta en las experiencias nacionales e internacionales ya citadas.

En este sentido, el maestrando rescata la experiencia mexicana de la figura del mediador, miembro y parte de la misma comunidad que vincula la CI al modelo occidental. La experiencia chilena, que involucra al colectivo de profesionales del MAB dentro de las postas de salud. La experiencia boliviana, que menciona la adecuación del espacio de trabajo con la participación de la comunidad. Finalmente, la experiencia neuquina, en la cuenca Ruca Choroy con el equipo de salud intercultural Rangñ Kien, que es un modelo interesante a seguir a los fines el presente trabajo.

#### **4.5 La Posta Sanitaria Como Espacio Estratégico Para Achicar las Diferencias Injustas.**

Para la CI la PS es la primera, cuando no la única, opción de acceso al SS. Bajo esta premisa, el proyecto presenta una herramienta de gestión para alcanzar un modelo de atención inclusivo (Arcaya, Arcaya y Subramanian, 2015) con capacidad de respuesta a las necesidades de la comunidad, sin perder de vista la cosmovisión y singularidad cultural que los caracteriza; de continuar la oferta biomédica, tal cual se conoce hoy, persistirá la inequidad del sistema y con ello se perpetuara la insatisfacción de la CI, y la baja calidad de los servicios presados. En este sentido, se afirma que:

“aunque los servicios sanitarios, en sí mismos, no son el factor principal de generación de las desigualdades

en salud, pueden tener un efecto en estas, sobre todo si el acceso y la calidad a ellos no es equitativo para toda la población”. (Borrell, 2015, p., 35)

En esta misma línea de pensamiento, la PS se inscribe como el escenario propicio para disminuir, y por qué no eliminar, toda forma de limitaciones de acceso al SS, en particular la barrera de orden cultural.

La propuesta que aquí se presenta, rescata los principios de la APS delineadas en Alma Ata (1978) que versan sobre la utilización de métodos y tecnologías prácticas, aceptadas por la comunidad y, sobre todo, con plena participación de esta. Estos principios, traídos al nivel local y nutridos con el enfoque Paideia, dan forma al dispositivo de gestión que aquí se propone, para producir y reproducir actos de cuidados (autoatención), centrados en la persona, la familia, y la comunidad.

En síntesis, el dispositivo intercultural en las PS resignificara el rol de los actores en juego, que son “los productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población dando como resultado distintos modos de acercamiento y utilización” (Comes, 2007, p. 203).

#### 4.6 Justificación

En el contexto pluricultural en el cual se inserta el SS local amerita que el saber indígena sea rescatado, articulado e integrado al modelo de atención vigente, considerando que la medicina indígena ha sido utilizada por milenios y continúa vigente en la región sanitaria en la cual se implementará este proyecto. Siendo, además, la cosmovisión indígena en salud, una herramienta para mejorar la salud humana y el buen vivir de las comunidades aborígenes.

La OMS reconoce en la medicina indígena (OMS, n.d) una opción terapéutica válida y la define como **un capital de conocimientos, prácticas y destrezas que no siempre son explicadas por la ciencia occidental**. Este

conocimiento, transmitido por generaciones, se encuentra a resguardo en la misma CI, quienes son los legítimos custodios del capital cultural, como refiere Bourdieu (1978), en su estado objetivado<sup>45</sup> e incorporado<sup>46</sup>.

En contraste la medicina occidental, de base académica y legitimada por el Estado, atesora un capital cultural de corte institucionalizado<sup>47</sup>, por lo cual se presenta (ASDI/OPS, 2004) como la más importante, o tal vez, la única forma de atender la enfermedad. Dado a ello, el antropólogo Menéndez (1988) denominó a este perfil científico como MMH y lo caracterizó como biologicista, ahistórico, acultural, entre otros rasgos estructurales. Perfil que, en definitiva, invisibiliza lo que no pueda ser justificado por la ciencia.

A propósito, Sousa Santos (2006), afirma que existen modos de producción de ausencias en nuestra racionalidad occidental, es decir, formas de invisibilizar la cultura, la historia y la subjetividad del otro. Uno de estos modos es la monocultura del saber y el rigor, por el cual se sostiene que el único saber riguroso es el saber científico que desestima los conocimientos populares, indígenas o campesinos, por no considerarse significativos o rigurosos. Se produce, lo que el autor citado denomina, epistemicidio o muerte de los conocimientos alternativos.

Cabe rescatar, en este punto, la línea de pensamiento de Carballada (2012), quien menciona que el **otro** se constituye en un inesperado, el cual no puede ser comprendido en su subjetividad. Las instituciones pasan de la sorpresa al rechazo, en una maniobra evasiva, para no transitar el camino de la extrañeza y el temor que causaría un capital cultural diferente.

---

<sup>45</sup> Vestimentas y todo lo que atañe a los rituales y ceremoniales para recuperar la salud

<sup>46</sup> No se transmite ni hereda, solo se cultiva con inversión de tiempo, ejemplo un warken reconoce las plantas medicinales luego de un tiempo de aprendizaje en terreno.

<sup>47</sup> Es el estado o parte del capital cultural que certifica la adquisición de una destreza a través del título

Este rasgo singular del MAB opera con fuerza en la estructura del campo de la salud a favor de la cultura dominante, en este caso la occidental, y produce (Menendez, 2003) exclusión funcional de otras formas de atención que incluyen aspectos de índole cultural, histórico, social, y sobre todo la dimensión subjetiva del proceso SEAC.

Dado a ello, la medicina indígena transita subalternizada al MAB impartido a nivel nacional, provincial y que, desde luego, se reactualiza en la gestión sanitaria local (APE), sin reparo del contexto pluricultural en el cual se inscribe.

El modelo biomédico identificado por Citarella y Zangari (2009, p., 5) “como representativo de una específica cultura occidental y mercantilista” produce; justificado en su capital cultural institucionalizado de corte hegemónico, barreras de acceso de orden cultural que son suficientes, per se, para acrecentar la desigualdad. De hecho, verificable (Sousa Campos, 2005) en la reproducción de formas de trabajo burocratizadas/cientificistas alejadas de la subjetividad de la gente.

Achicar las diferencias injustas, implica para el maestrando, examinar las desigualdades en salud observable en los grupos sociales estratificado, en este caso, por su etnia. El diseño de un dispositivo de gestión intercultural en salud, rescata la subjetividad indígena como atributo, sine qua non, en el modelo que aquí se presenta. Además, abre un espacio de encuentro para la praxis, articulada entre el equipo de salud y la comunidad, produciendo actos de cuidado centrados en la autoatención de la persona, la familia y la comunidad en su conjunto.

#### **4.7 Fundamentación**

El autor del presente trabajo, durante el cursado de la maestría, se desempeñó como director asociado médico del APE, asiento del presente proyecto. Desde esta perspectiva, se advierte la necesidad de incorporar la

cosmovisión indígena en la matriz del modelo de atención vigente, a fin de achicar las diferencias injustas, que el mismo sistema produce sobre grupos sociales minoritarios estratificado por su etnia, en este caso la CI.

El diseño de un dispositivo intercultural en salud que atienda las necesidades de la comunidad, permitirá, a los interesados y/o responsables de conducir el área, disponer de una herramienta pertinente a los propósitos de la salud intercultural, aplicable en el contexto indígena y promoviendo políticas inclusivas en el PNA.

## CAPITULO V. MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

### 5.1. Interculturalidad, Multiculturalidad y Pluriculturalidad.

Dada la habitual confusión se hará una breve revisión conceptual de los términos multiculturalidad, pluriculturalidad e interculturalidad.

Estas nociones no son semejantes, aunque se las utiliza frecuentemente en forma indistinta. Representan conceptos que encarnan profundas diferencias en las maneras de concebir la diversidad cultural, en consecuencia, producen prácticas distintas a tener en cuenta.

Es apropiado comenzar por justificar el termino cultura, que desde la antropología se define como: “un complejo y dinámico conjunto de creencias, conocimientos, valores y conductas aprendidas y transmitidas entre las personas a través del lenguaje y su vida en sociedad”. (Alarcón, Vidal y Neira Rozas, 2003, p. 1062).

El termino **multiculturalidad**, desde una perspectiva occidentalizada, se acuña para resaltar la presencia de varias culturas en un lugar específico, sin que, necesariamente, tengan una relación entre ellas. Se entiende como un relativismo cultural, es decir, una separación o segregación entre culturas, demarcadas y cerradas sobre sí mismas sin que exista interacción, “relativismo cultural que obvia la dimensión relacional y oculta la permanencia de desigualdades e inequidades sociales” (Walsh, 2008, p. 140)

La **pluriculturalidad** alude a un concepto más sudamericano, hace referencia a la convivencia de varias culturas en un mismo espacio territorial (Walsh, 2008). Juntas hacen una totalidad nacional, que parte de reconocer una realidad histórica, de convivencia por siglos entre distintas culturas, pero sin una interrelación equitativa.

A diferencia de los conceptos anteriores, la **interculturalidad**, en palabras de Walsh (2005, p. 4) significa: “entre culturas”. Pero, no se refiere al hecho de que convivan sin relación, como en caso de la multiculturalidad, o que se presenten interacciones hegemónicas, como ocurre en la pluriculturalidad. La pretensión de la **interculturalidad** es el intercambio respetuoso de conocimientos y tradiciones, la complementariedad, el diálogo, la comunicación, el aprendizaje constante y la primacía del sujeto sobre las diferencias culturales y sociales; un intercambio que se establece en términos equitativos, en condiciones de igualdad. En suma, la interculturalidad supone:

“una interacción que reconoce y que parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder y de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad que el otro pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencia la capacidad de actuar” (ibidem, p. 6)

## 5.2 La Interculturalidad en Salud.

En el campo de la salud, como menciona Salaverry (2010) la interculturalidad aun es un concepto en construcción y como tal confunde a muchos profesionales del campo de la salud, por la escasa o nula formación académica.

Para comprender mejor este concepto se revisa el contraste entre modelos. Así pues, el MAB, fundamentado en la medicina científica académica, mira a la enfermedad como un desequilibrio anatomo-funcional pasible de objetividad recogida a través del médico y sus máquinas, con lo cual tendrá oportunidad de reparar el daño o curar. En contraste, la medicina indígena, ligada al modelo mágico religioso (Arredondo, 1992) es el conjunto de conocimientos, creencias, experiencias y prácticas que son usadas para la prevención, para el diagnóstico y para la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales; la enfermedad (Nayip Hasen, 2012) es parte de un desequilibrio del ser humano

con su entorno, en contrapartida la salud es un todo armónico de relaciones de la persona con el medio ambiente. En este sentido, Arredondo (1992) plantea el conflicto que surge entre los determinantes explicativos indígena del proceso SEAC, de base subjetiva (fuerzas desconocidas, espíritus, dimensión histórica, clase social, medio ambiente), y los otros modelos de base más objetivas y científicas.

La interculturalidad en salud (IS) propone un acercamiento entre estos modelos, como refiere Citarella y Zangari (2009) es un proceso en el cual operan las relaciones entre dos grupos, que respetan las diferencias sin perder la singularidad de cada uno; en suma, es el conjunto de acciones, estrategias y políticas que buscan incorporar y articular la cosmovisión indígena al MAB. De acuerdo a Ibacache Burgos (1997) la IS se define tomando el concepto de fluctuar o moverse entre dos miradas contrapuesta, en un proceso de encuentros, por el cual se revaloriza el juego de realciones entre los actores del campo que armonizan sin perder la singularidad de cada uno.

### **5. 3 La Accesibilidad en Salud Desde el Enfoque Intercultural**

La OMS incluye la accesibilidad como pilar de la política pública integral, además de la aceptabilidad, disponibilidad y calidad.

El informe sobre la salud en el mundo (OMS, 2013) plantea que el goce máximo de salud que se puede lograr en una comunidad depende, entre otras variables, de la accesibilidad a los servicios de salud. En este sentido, definir los servicios y las políticas de apoyo que necesita la comunidad es una prioridad, para no excluir a minorías por su condición étnica-cultural.

La accesibilidad implica acercar el SS hacia la población, para que la comunidad utilice efectivamente los servicios, sin embargo, el acercamiento va más allá del geográfico, requiere contrarrestar otras barreras como las económicas, administrativas, organizacionales, etc. Ahora bien, en el contexto

pluricultural en el cual se inscribe el SS nacional, provincial y local, la barrera de orden cultural requiere especial atención, más aún, considerando que ésta en sí misma es simbólica: “en tanto consideramos que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras” (Comes, *et al.* 2007, p. 202).

Desde una política inclusiva, pensando en la interculturalidad, la accesibilidad requiere de la participación comunitaria en el diseño de las políticas de salud; implica revisar la disfunción relacional<sup>48</sup> presente entre el MAB y la cosmovisión indígena, disfunción que al pensarla como un problema de: “encuentro/desencuentro, entre la población y los servicios de salud, es ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso” (Ibidem, 2007, p. 202).

En síntesis, el acceso al SS es más que la oferta de servicios, implica la utilización efectiva como así también afectiva de los mismos, condición que se alcanzara en la misma proporción que las comunidades participen en la generación de las políticas de salud pública.

#### 5.4 Soporte Paideia

El Soporte Paideia (SP) busca reformular los mecanismos tradicionales de gestión (biomédico). Parte del supuesto que las funciones de gestión se ejercen entre los ACS, entre sujetos portadores de diferentes saberes (culturas), que en la arena relacional del campo de la salud, producen intercambios que se alejan de la burocracia biomédica, en consecuencia, produce el enriqueciendo social

---

<sup>48</sup> Disfunción relacional: las representaciones revelan relaciones de dominio, de subordinación y de resistencia. La corporación médica desempeña ahí un papel fundamental de refuerzo de las representaciones dominantes y lo hace por medio de las relaciones que establece y de las instituciones que legitiman sus prácticas y conocimientos

cargado de la subjetividad de los trabajadores y de los usuarios del sistema.  
(Sousa Campos. 2005)

El enfoque conceptual del SP halla coincidencia con la perspectiva de Comes, *et al.* (2007) y de Menéndez (2005) al referir de la accesibilidad como un enfoque de vínculos intersubjetivo; son los sujetos los que construyen la posibilidad de acceder, o no, a los servicios como parte del proceso de autoatención.

El SP busca la gestión ampliada del modelo de atención, sin que ello implique delegar la función de gerencia o rectoría del Estado; no suprime las responsabilidades, sino que, complementa la planificación, coordinación, supervisión y evaluación.

Desde el enfoque de la APS, el SP, apela al capital cultural y subjetivo de la CI, para no intervenir **sobre ella**, sino interactuar y dialogar **con ella**, en un proceso de intercambio constructivo. Trabaja con la subjetividad de los usuarios y de los trabajadores de la salud para atenuar la hegemonía biomédica, que en un sentido opuesto, subalternaliza al saber indígena en una relación asimétrica del poder que desprecia la intersubjetividad entre grupos sociales (De Sousa Campos, 2009). Bloquea los intersticios por donde la subjetividad de los trabajadores y de la misma comunidad se expresan; atributos del MMH que el SP intenta revertir.

El SP transita por la gestión democratizada del proceso SEAC, incluye a la misma comunidad en el monitoreo, la evaluación y en el ajuste del propio modelo. Así pues: “El término **Soporte** pretende capturar todo este significado: no se trataría de comandar objetos sin experiencia o sin interés, sino de articular los objetivos institucionales a los saberes e intereses de los trabajadores y usuarios” (Sousa Campos, 2005, p. 60).

En este sentido, el espacio comun, la posta, es la arena del juego de relaciones para la adecuación intercultural. Asiento de lo que se conoce como

trabajo vivo en acto<sup>49</sup>, por el cual se instituyen redes, vínculos y relaciones; un espacio social centrado en el sujeto que desde una política de posición y de acuerdos renueva el contrato social para resignificar la cosmovisión indígena. El soporte, dinamiza las relaciones entre los actores del campo; revaloriza el contexto, la cultura, la historia, los valores y la subjetividad indígena; procura que estos atributos encuentren, en la arena relacional del campo de la salud, el espacio y tiempo necesarios para recuperar la salud. Como menciona De Sousa Campos (1996), se apela al trabajo vivo para revalorizar la clínica de sujeto por sobre la clínica biomédica.

En síntesis, el SP, como método, viene a resignificar la cosmovisión indígena; cataliza los acuerdos entre el equipo de salud y la comunidad; atempera el discurso de la burocracia profesional, y da paso a las representaciones y tradiciones indígenas.

## 5.5 Cosmovisión Indígena-El Buen Vivir

El concepto de salud-enfermedad del MAB difiere de la cosmovisión<sup>50</sup> indígena, que es la visión o ideología que se forman para explicarse el mundo y las relaciones que lo sustentan ligado a las creencias, a los mitos y a los contenidos espirituales de sus miembros.

---

<sup>49</sup> **Trabajo vivo en acto:** la única cosa distinta del trabajo objetivado es el trabajo no-objetivado, trabajo que está todavía objetivándose, trabajo como subjetividad. O el trabajo objetivado, por ejemplo, trabajo que está presente en el espacio, también puede ser contrapuesto, como trabajo pasado, al trabajo que está presente en el tiempo. Si esto debe estar presente en el tiempo, vivo, entonces puede estar presente solo como el sujeto viviente, en el que este existe como capacidad, como posibilidad, ergo como trabajador.

<sup>50</sup> Cosmovisión: imagen o figura general de la existencia, realidad o mundo que una persona, sociedad o cultura se forman en una época determinada; y suele estar compuesta por determinadas percepciones, conceptualizaciones y valoraciones sobre dicho entorno.

Para la CI, la salud es el resultado del equilibrio que alcanza el sujeto consigo mismo, con la comunidad y con la naturaleza, en un juego de relaciones armónicas-inarmónicas. Estas relaciones cabalgan sobre un equilibrio recíproco entre las partes, por lo tanto, los padecimientos (OPS, 2008), son el resultado de un desequilibrio que afectan a estas partes, en una o más de sus relaciones; una transgresión de normas y principios de convivencia

Se entiende por padecimiento (Mercado Martínez *et al.* 1999) a la forma como los sujetos y/o miembros de la red social más cercana perciben, interpretan y responden a las manifestaciones de las anomalías o desequilibrios en la estructura y/o función de los órganos o sistemas, así como a los estados patológicos que, para la biomedicina, se llama enfermedad.

### 5.6 El buen vivir o *küme mongen*.

La concepción de salud indígena se liga a una mirada holística del universo o **waj mapu**, en el cual la persona o **che** alcanza el equilibrio o estado de bienestar, un estado armónico o **xemolen**; implica que el **che** ha logrado el mejor estado de bienestar o **kume felen**, en el orden biológico, psicológico, social y espiritual.

El equilibrio entre el **che** y su entorno (MinSal Chile, n.d. ; OPS, 2001) armoniza al ser indígena que transita hacia el reconocimiento de lo que se es y de lo que se hace; construye la aceptación entre sus pares, en un vínculo indivisible con el medio ambiente llevado al plano terrenal o **wajutun mapu** (planeta tierra) y al plano universal o **Waj mapu**, la búsqueda del **xemolen** implica ausencia de la enfermedad o **kuxan**

En síntesis, este enfoque (Ibacache Burgos, Morros Martel y Trangol Namuncura, 2002) se integra en el modelo armonía-desarmonía, en donde la salud se sostiene en función de la interdependencia armónica que adquieren los elementos antes mencionados; lograr el equilibrio entre los distintos planos, en



UNR



Maestría en Gestión de  
Sistemas y Servicios de Salud



el cual, el che, interactúa, implica mejor salud y fortalece la calidad de vida. En un sentido opuesto, el estado armónico se pierde cuando el che transgrede las leyes establecidas en el universo (Az mapu) o leyes de la vida (Az mogen).

## CAPITULO VI. PROPUESTA DE SALUD INTERCULTURAL

### 6.1 Propósito

EL proyecto se inscribe en el PNA del APE, específicamente en las PS que tienen bajo cobertura a una CI; transita la interculturalidad sustentada en el encuentro, el dialogo y la negociación; respeta las diferencias y originalidad de cada expresión cultural, para alcanzar un modelo de atención en salud adecuado a las necesidades de la CI; apela a la complementariedad y al trabajo intersectorial, en un proceso de retroalimentación continua para la construcción del conocimiento.

Bajo este marco se enuncian los siguientes objetivos:

#### 6.1.1 Objetivo general

Diseñar un dispositivo de gestión de salud intercultural, en las postas de salud que tengan bajo cobertura a una comunidad indígena, en la región sanitaria noroeste de la provincia del Chubut. Durante el periodo 2021-2023

#### 6.1.2 Objetivos específicos

1. **Conformar el Dispositivo de Soporte Paideia (DSP)**, integrado por el sector salud y CI
2. **Fortalecer el trabajo en red**, intersectorial e institucional, tomando como nodo central al DSP.
3. **Mejorar la calidad de los datos y la información** que atañe a los determinantes sociales del proceso SEAC de la CI.

4. **Fortalecer las competencias técnicas y el conocimiento** de las formas de atención en salud (modelos) hacia el interior del DSP y demás integrantes del modelo de salud intercultural.

5. **Adecuar el proceso de atención** a las pautas culturales y necesidades de la comunidad en contexto indígena.

#### 6.2 Horizonte de la propuesta y contribución al problema planteado.

La propuesta conduce hacia la participación y la complementariedad entre culturas; propone la integración de conocimientos utilizando como herramienta estratégica el DSP que trae, a la rueda de trabajo, la reflexión sobre la praxis, sin perder de vista las necesidades de la comunidad; procura un proceso social de corte subjetivo contrahegemónico, en el que los ACS, incluida la CI, amplían el horizonte interpretativo de la realidad pasible de ser adecuada; discurre utilizando el método de la rueda estableciendo espacios de encuentros que privilegian la escucha y el dialogo. El enfoque empuja hacia la adecuación intercultural y produce, hacia el interior del modelo, la democratización del proceso SEAC o efecto Paideia<sup>51</sup>, por el cual se organiza el colectivo de trabajo para producir actos de cuidado; opera con fuerza sobre el componente relacional, el de las tecnologías blandas, que adquiere materialidad en acto y se construye a partir del enfoque del usuario/paciente como actores subjetivos en el proceso de la autoatención y del cuidado de la salud. En este sentido, se debe tener en cuenta que:

---

<sup>51</sup> Se considera el **Efecto Paideia** (Sousa Campos, 2005) como un proceso social y subjetivo en que las personas amplían su capacidad de buscar informaciones, de interpretarlas, buscando comprenderse a sí mismas, a los otros y al contexto, aumentando, en consecuencia, la posibilidad de accionar sobre estas relaciones.

“...la autoatención no implica sólo la posibilidad de consecuencias negativas o positivas para la salud, sino que es el medio a través del cual los sujetos y sus grupos evidencian su capacidad de acción, de creatividad, de encontrar soluciones, y en consecuencia es un mecanismo potencial – y subrayo lo de potencial – de afianzamiento de ciertos micropoderes” (Menéndez, 2003, p. 204).

El proyecto alude a las interacciones humanas y los procesos sociales del cuidado que se construye en relación al otro (Franco y Merhy, 2011); de modo que, en el ámbito de la producción de actos de cuidado, la rueda entrega subjetividades que opera colectivamente en la producción de servicios, adecuados al contexto intercultural en el cual se inscribe; se apoya en el análisis de los DSS de orden geográfico, social, económico, cultural, etc., en consecuencia, demanda la disponibilidad de datos en cantidad y calidad. Dado a ello, la propuesta revisa la planilla de familia para adaptar este instrumento al enfoque intercultural, y con ello hacer los arreglos al estándar biomédico, orientados hacia la CI (control de niño sano, control de embarazo, control de enfermedades crónicas [HTA, DBT], etc.)

El proyecto impacta sobre el espacio físico y busca adaptar la escenografía concerniente a los usos y costumbres de la comunidad, por ejemplo, la distribución espacial del mobiliario, la señalética e isologotipos<sup>52</sup>, la adecuación del espacio para el “**Dhatun**”, o ceremonia de sanación indígena, etc.

El DSP, a través de un referente o consultor indígena, adecuara las practicas curativas facilitando las intervenciones del equipo actuante en la PS, durante las visitas programadas a la zona; conlleva un programa de capacitación continua e

---

<sup>52</sup> Un **isologotipo**, es un identificador gráfico, lo componen la parte gráfica o icono y también la parte textual pero uno integrado en el otro.

intercambio de saberes destinado a todos los actores en juego, contribución a cargo de referentes indígenas y de la Cátedra Libre de Pueblos Originarios de la UNPSJB.

El proyecto se sustenta en el reconocimiento y en el respeto de las diferencias y diversidad cultural. Por ello, la integración de recursos físicos y humanos al proceso de atención, ligados a su vez, a la dimensión cuidadora de la salud, permitirá alcanzar el mejor resultado posible; el paradigma atañe a la accesibilidad concebida más allá del acceso, es decir, hacia la utilización efectiva y afectiva de los servicios contribuyendo con ello a la satisfacción del usuario indígena y a disminuir las diferencias injustas en salud.

### 6.3 Marco Metodológico

A los fines de este trabajo se arroja el método Paidea para el diseño del modelo de salud intercultural. La matriz o unidad de trabajo estará conformada por trabajadores de la salud, portadores del capital cultural institucionalizado, y referentes de la comunidad, cargados del capital cultural objetivado e incorporado. Esta unidad o matriz integrada, es lo que se conoce como DSP; transita el camino intercultural sosteniendo la bandera del dialogo, la escucha y la observancia de las necesidades de la comunidad; en suma, engendra la Interculturalidad como un proceso social interactivo, que se construye mientras se está produciendo (trabajo vivo)

El dispositivo agencia nuevos saberes y prácticas que resignifican el trabajo en salud (Franco y Merhy, 2011) y fluye a [través del trabajo vivo en acto](#)<sup>53</sup> para producir actos de cuidado significativos para la persona (autoatención) y la

---

<sup>53</sup> **Trabajo Vivo en Acto:** en 1997 Merhy recupera para la salud colectiva el concepto y la potencia del **trabajo vivo**, caracterizándolo como un proceso agenciado por sujetos, que trae en sí el atributo de la libertad, de la creación, de la inventiva.

comunidad; rescata la subjetivación indígena, incorpora el dato, lo enriquece, analiza y lo devuelve a modo de unidades informáticas que contribuyen al conocimiento intercultural. En otras palabras (Franco y Merhy, 2009) la rueda de gestión democratizada, alimentada por el DSP, en un proceso dinámico de reflexión sobre la praxis, produce los actos de cuidado.

La rueda trabaja como un digestor-reactor; observa la matriz pluricultural, para analizar y resignificar el dato (digestor), en cuya cadena de valor produce información y conocimiento enriquecido (subjetivado). Este conocimiento, metafóricamente, es el combustible para la praxis intercultural (reactor).

Podríamos representar la idea del DSP como la intersección de conjuntos, por un lado, el SS cargado del capital institucionalizado (MAB) y por otro, la CI, cargados del capital objetivado e incorporado (cosmovisión), en la intersección se ubica el DSP, trayendo a la rueda el juego de relaciones con sus significados y representaciones (digestor) a fin de producir los actos de cuidados (reactor). El diseño general del dispositivo se representa en la siguiente figura:

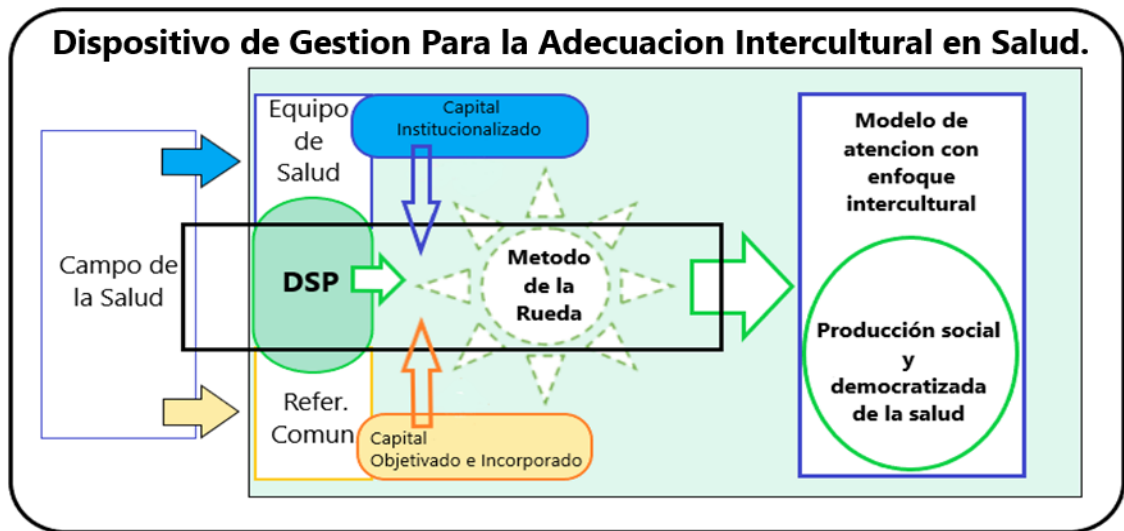


FIGURA 2 MATRIZ DE ADECUACIÓN INTERCULTURAL– ELABORACIÓN PROPIA- ESQUEL 2019

### 6.3.1 Diseño de estrategias de intervención - Ubicación Temporal y Cronograma de Actividades:

El desarrollo del dispositivo demandara un periodo de tiempo aproximado de cinco años. Contempla tres etapas escalonadas y sucesivas distribuidas en el corto, mediano y largo plazo.

**1° Etapa, de conformación** (corto plazo); durante el primer trimestre los ACS producen el encuentro, se reconocen, vinculan y dialogan. Se conformará el DSP conducido por el APE a través de la coordinación de asuntos indígenas, utilizando como espacio de encuentro la PS con una frecuencia quincenal.

**2° Etapa, de adecuación**, (mediano plazo). El tiempo estimado puede variar de seis meses a un año, en función de la autonomía y dinámica que adquiera el DSP. En este periodo se reflexionará sobre la praxis en un marco de permanente docencia, investigación, discusión, defensa y difusión de la cosmovisión indígena, sin descuidar la perspectiva de derechos. Estará conducida por la coordinación de asuntos indígenas del APE en conjunto con la La Cátedra Libre de Pueblos Originarios, dependiente de la Secretaría de Extensión Universitaria de la UNPSJB.

se prevé la incorporación de un cuaderno de campo para el registro sistemático de las actividades, acompañado por registro fotográfico. De esta forma se quiere comprender la dinámica del grupo, confrontar diferentes realidades humanas, in situ, y relacionarlas con el rol que ocupa el equipo de salud en el proceso de la autoatención y en la producción de actos de cuidado. En esta etapa se consolidarán los vínculos iniciados en la primera etapa, alumbrando la adecuación propiamente dicha; la rueda de trabajo produce el efecto Paideia, que es el encuentro de ambas culturas con capacidad de afectarse.

**3° Etapa: de consolidación**, (largo plazo). Se sostiene en el tiempo la dinámica de trabajo propuesta, alcanza la maduración en la cual los gestores

tienen poco para intervenir, dado que, son los actores del campo que imprimen la subjetivación en la producción de los actos de cuidado, cogestionando el modelo; un proceso continuo, sustentable por los mismos ACS que se retroalimentan en la praxis de la rueda.

El proceso descrito se presenta mejor en la siguiente figura:

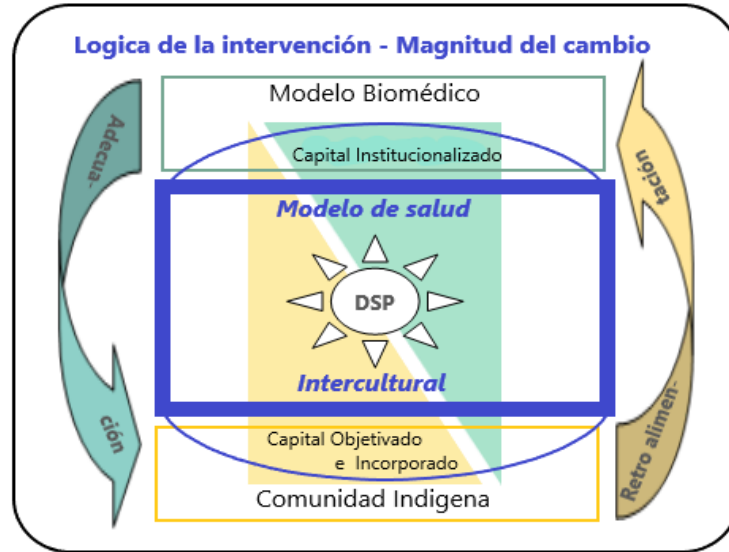


FIGURA 3 LÓGICA DE LA INTERVENCIÓN- ELABORACIÓN PROPIA- ESQUEL 2019

#### 6.4 Descripción y Estimación de Recursos

Las PS contara con una pirca o fogón ritual, señalética y ambientación del espacio físico. Mobiliario adecuado para la conservación y reserva de las plantas medicinales.

Por otro lado, se propone presupuestar la coordinación de asuntos indígenas del APE, financiado por el MSCH. Otra fuente de financiación será un porcentaje de la asignación presupuestaria que destina la OS provincial a cada HR, en tanto sea asiento del presente proyecto.

## 6.5 Evaluación y Monitoreo, Indicadores de Logros

De acuerdo a la metodología planteada, la adecuación iniciará por estandarizar los recursos físicos y humanos, junto a la dimensión relacional/organizacional que opera entre ellos, esto conduce a la normatización de las prácticas que serán evaluadas (evaluación de tipo normativa). Desde un enfoque creativo y sistémico, la evaluación se sustenta en los criterios a juicio comparativo del evaluador, en su experticia y sentido común. El análisis descansa sobre el trípode: estructura<sup>54</sup>, procesos<sup>55</sup> y resultados<sup>56</sup>.

Por otro lado, el monitoreo, será a través de un registro de actividades y actuaciones, que se van desarrollando en las etapas del proyecto (corto, mediano y largo plazo). Este proceso requiere de registros gráficos, implementando como herramienta de trabajo el cuaderno de campo acompañado de material fotográfico.

A esto se suman indicadores que indagaran sobre las dimensiones antes mencionadas: Indicadores de Estructura (IE) Indicadores de Procesos (IP) e Indicadores de Resultados (IR) (Anexo 7: indicadores)

Para finalizar, se prevé la devolución de avances y resultados de la intervención presentando informes al conjunto social interviniente. Estos informes tendrán una frecuencia mensual y en el marco de la presentación, a cargo de la coordinación de asuntos indígenas del APE, se realizará una charla debate, a modo de retroalimentación positiva en el avance del proyecto.

---

<sup>54</sup> Apreciación de la **estructura**, a través de los recursos físicos y humanos y el modo de su organización.

<sup>55</sup> Apreciación de los **procesos** en su dimensión técnica (calidad).

<sup>56</sup> Apreciación de los **resultados**, en función de los objetivos planteados

## CAPITULO VII. REFLEXIONES FINALES

### 7.1 Camino Hacia un Modelo de Salud Intercultural

La propuesta incita al juego de relaciones intersubjetivas, objetivadas, en la rueda del dispositivo, por el dialogo fluido, la escucha paciente y por la observancia del capital cultural que portan los actores en juego.

Invita a la participación plena, en donde el Estado, instituyente de estas fuerzas productoras de nuevas ideas y valores, garantiza las prácticas sociales inclusivas que, desde una perspectiva de derechos, se inscriben como función esencial del mismo Estado que la promueve.

Estas prácticas, en el marco de la interculturalidad, se construyen bajo igualdad y simetría que son atributos del método Paideia arrogado en este trabajo, y cuyo propósito es alcanzar el reconocimiento, el respeto y la revalorización de las diferencias culturales, para alejarse de la praxis hegemonzante del saber y rigor científico biomédico.

Como menciona De Sousa Santos (2006), para evitar la muerte de los conocimientos alternativos (epistemicidio) propone la ecología del reconocimiento, para aceptar las diferencias que queden luego de que se eliminen las jerarquías, y la ecología de los saberes, en la cual dialogan los saberes indígena y científico.

En suma, la propuesta acuña el respeto por las diferencias y en este marco alumbra un escenario resignificado hacia la interculturalidad.

### 7.2 Análisis Critico

Se destaca la pertenencia institucional del maestrando como director asociado médico del APE, rol que abre una ventana de observacion hacia las CI

de la región y permite tomar contacto con los referentes comunitarios, como así también acceder a los datos claves, que de otra manera no hubiese sido posible. En este contexto, y en base a la información disponible, emerge el perfil del problema y la idea fuerza que sustenta al presente proyecto.

Por otro lado, el desarrollo de la propuesta permitió el análisis y la reflexión hacia adentro de la institución (APE), promoviendo el cambio sobre la estructura organizacional, por ejemplo, se creó la coordinación de asuntos indígenas reconocida a nivel ministerial y en la cual se incluyó a un TCST con pertinencia indígena.

Los acontecimientos descritos allanan el camino para la implementación del proyecto, no solo por el vínculo establecido entre el SS y la CI, sino además, por la presencia de los referentes indígenas en la génesis de la propuesta como tal.

Durante las múltiples entrevistas realizadas a la CI se tuvo en cuenta los aspectos éticos y legales a fin de no vulnerar la intimidad de estas personas; no hubo conflictos de intereses, de hecho, el contenido en este proyecto no revela información clave sobre usos y costumbres de la CI, que fueran observados durante los encuentros desarrollados en el proceso de elaboración de este trabajo.

Como limitantes del trabajo, el maestrando observa que, el proyecto alcanza a 8 comunidades, representando al 15% del universo de CI registradas en la región. No obstante, abre el camino hacia futuras intervenciones comunitarias en base a las herramientas de interculturalidad propuestas, no solo en CI, sino también sobre grupos sociales en desventajas.

Desafía a una evaluación, ex - post, de cobertura y de utilización de los servicios (accesibilidad), **evaluación de tipo investigativa respecto a satisfacción del usuario.**

Ademas, invita a la investigación cartográfica del proceso de trabajo, en el contexto indígena, para adentrarse en el complejo mundo singular, y al mismo tiempo múltiple, del cuidado en salud.

### 7.3 Conclusiones

Lejos de plantear una conclusión cerrada y acabada, el presente trabajo aporta al debate, a la problematización y a la reflexión sobre la necesidad de construir y adoptar un modelo de salud intercultural en el PNA, específicamente en la PS de la región APE que tengan bajo cobertura a una CI; la importancia de arrogar este proyecto localmente radica en la barrera de acceso de orden étnico-cultural observadas que, si bien no es la única, pero si la más significativa.

El presente trabajo parte del respeto a la identidad, a la diversidad y al derecho del desarrollo autónomo. Abona la participación real, activa e informada para el diseño y ejecución de las políticas de salud públicas en favor de la comunidad y se abre hacia ella incorporando a sus miembros como actores claves en el proceso de la adecuación. En un sentido más amplio, se inscribe en una propuesta definitivamente contrahegemónica; aporta una herramienta estratégica para la gestión en salud, aplicable sobre grupos minoritarios en desventajas; conduce a un modelo de atención flexibilizado y adecuado a las necesidades de la comunidad, contribuyendo a su kúme mongen (bienestar); de no avanzar en esta dirección, persistirá la reproducción hegemónica, burocrática e institucionalizada del proceso SEAC aplicado sobre el colectivo indígena.

## 7.4 Referencias

- Arcaya , M., Arcaya , A., & Subramanian, S. (2015). “Desigualdades en salud: definiciones, conceptos y teorías”. *Glob Health Action*(8), 27-106. Recuperado el 23 de agosto de 2019, de <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v8.27106>.
- Langdon, E. J., & Wilk, F. B. (2010). *Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud*. doi:<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2959.3126>.
- Nayip Hasen Narvárez, F. (2012). “La noción de Kúme Mogñen en el pueblo mapuche: Aproximaciones desde un enfoque ecosistémico” . *KULA. Antropólogos del Atlántico Sur. Revista de antropología y ciencias sociales.* , 1(7), 96-114. Recuperado el 03 de noviembre de 2019, de <http://www.revistakula.com.ar>
- Slimel, a., Coppolillo, Masi, Mendoza, & Tannuri. (2010). “Epidemiología de la diabetes en Argentina”. *ELSEVIER*, 26(2), 101-106 . doi: 10.1016/S1134-3230(10)62006-6
- Aborigen Argentino. (2017). *Los pueblos Indigenas y sus derechos-Aborigen Argentino*. Recuperado el 10 de marzo de 2020, de <http://www.aborigenargentino.com.ar/pueblos-indigenas-derechos/>
- Abramovich, V. (2004). *Una Aproximación al Enfoque de Derechos en las Estrategias y Políticas de Desarrollo de América Latina*. Recuperado el 30 de 03 de 2020, de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/11102-aproximacion-al-enfoque-derechos-estr>
- Aguilar Idañez, M. J., & Buraschi, D. (2012). “El desafío de la convivencia intercultural”. *Rev. Inter. Mob. Hum. Brasilia, Año XX, N° 38*, 27-43. Recuperado el 20 de 11 de 2018, de <http://www.scielo.br/pdf/remhu/v20n38/a03v20n38.pdf>
- Alarcón, M. A., Vidal, A., & Neira Rozas, J. (2003). “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”. *Revista médica de Chile*, 131(9), 1061-1065. Recuperado el 10 de Septiembre de 2019, de <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872003000900014>
- Alarzaqui, M., Mota, E., & Spinelli, H. (2006). “Sistemas de Información en Salud: de sistemas cerrados a la ciudadanía social. Un desafío en la reducción de desigualdades en la gestión local”. *Cuadernos de salud publica*, 22(2), 2693-2702. Recuperado el 12 de diciembre de 2019, de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2006001200018>.
- Alma Ata. (1978). *Alma-Ata 1978*. Recuperado el 02 de febrero de 2020, de <http://www.alma-ata.es/declaraciondealmaata/declaraciondealmaata.html>
- Aportes para el Desarrollo Humano en la Argentina. (2011). *El sistema de salud argentino y su trayectoria de largo plazo: logros alcanzados y desafíos futuros* (1° ed., Vol. 1). Bs.As., Argentina: Programa Naciones Unidas para el Desarrollo. Recuperado el 28 de marzo de 2020, de <https://www.paho.org/arg/images/Gallery/publicaciones/El%20sistema%20de%20salud%20argentino%20-%20pnud%20ops%20cepal.pdf>
- Argentina.gov.ar. (2018). *La Constituion Nacional incorpora el art. 75 Inc. 17*. Recuperado el 12 de abril de 2020, de <https://www.argentina.gob.ar/noticias/la-constitucion-nacional-incorpora-el-articulo-75-inc-17>
- Arredondo, A. (1992). “Análisis y reflexión sobre modelos teóricos del proceso salud-enfermedad”. *Cadernos de Saúde Pública*, 8(3), 254-261. Recuperado el 04 de febrero de 2019, de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1992000300005>.

- ASDI/OPS. (2004). *Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe*. Recuperado el 28 de noviembre de 2019, de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/6247>  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/6251>
- Ballesteros, M. S. (2017). "El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad". *Millcayac - Revista Digital De Ciencias Sociales*, 4(6), 169-174. Recuperado el marzo 26 de 2020, de <http://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/886>
- Bayer, O. (2011). *pagina 12 Opinión, Argentinos, a las soluciones*. Recuperado el 15 de Agosto de 2019, de <https://www.pagina12.com.ar/autores/16644-osvaldo-bayer>
- Becerril-Montekio, V., Reyes, J., & Manuel, A. (2011). "Sistema de salud de Chile". *Salud Pública de Mexico*, 53(2), 132/142. Recuperado el 06 de Febrero de 2010, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800009&lng=es&tlng=es).
- Beltrán Gaos, M. (2004). "Tolerancia y derechos humanos". *Política y cultura*, 22, 179-189. Recuperado el 15 de marzo de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-77422004000100012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422004000100012&lng=es&tlng=es).
- Bergonzoli, g. (2006). *Sala Situacional. Instrumento para la vigilancia en salud pública* (1 ed., Vol. 1). (C. E. Estrada, Ed.) IAESP. "Dr. Arnoldo Gabaldon". Recuperado el 23 de agosto de 2019, de [http://www.msal.gob.ar/saladesituacion/Biblio/Sala\\_situacional.G.Bergonzoli.pdf](http://www.msal.gob.ar/saladesituacion/Biblio/Sala_situacional.G.Bergonzoli.pdf)
- Bolados Garcia, P. (2012). "Neoliberalismo multicultural en el Chile postdictadura: la política indígena en salud y sus efectos en comunidades mapuches y atacameñas". *Chungará (Arica)*, 44(1), 135/144. Recuperado el 06 de Febrero de 2019, de <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-73562012000100010>
- Borrell, C. (2015). "Epidemiología social: la persona, la población y los determinantes sociales de la salud". *Cuadernos de la Fundación Dr. Antonio Esteves*, 1(32), 33-38. Recuperado el 9 de agosto de 2019, de <https://www.aecomunicacioncientifica.org/wp-content/uploads/EC-32-Epidemiolog%C3%ADa-para-periodistas.pdf>
- Bourdieu, P. (1987). "Los tres estados del capital cultural". *Sociológica*, 5(2). Recuperado el 10 de enero de 2020, de <http://www.sociologicamexico.azc.uam.mx/index.php/Sociologica/issue/view/88>
- Briones, C., & Delrio, W. (2007). "La conquista del desierto desde perspectivas hegemónicas y subalternas". *Runa*, 27(1), 23-48. Recuperado el 02 de abril de 2020, de <http://revistascientificas.filo.uba.ar/index.php/runa/issue/view/250>
- Bueno Sánchez , E., & Valle Rodríguez , G. (2006). "Las Políticas Públicas desde una perspectiva de género". *Novedades en Población* , 2(4), 1-28. Recuperado el 20 de Septiembre de 2019, de [http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Cuba/cedem-uh/20100313023232/Políticas\\_public](http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Cuba/cedem-uh/20100313023232/Políticas_public)
- Campos, G. W. (1998). "El Anti-taylor: sobre la invención de un método para cogobernar Instituciones de salud produciendo libertad y compromiso" . *Cuadernos de salud pública*, 14(4), 863-870. Recuperado el 4 de agosto de 2019, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1998000400029>.
- Carballeda, A. J. (2012). "La intervención del Trabajo Social en el campo de la Salud Mental. Algunos interrogantes y perspectivas". *Margen* (65), 1-13. Recuperado el 13 de Agosto de 2019, de <https://www.margen.org/suscri/numero65.html>

- CEPAL. (2005). *Los pueblos indígenas de Bolivia*. Recuperado el 08 de Febrero de 2019, de <https://www.cepal.org/es/publicaciones/3566-pueblos-indigenas-bolivia-diagnostico-sociodem>
- Cetrángolo, O. (2014). "Financiamiento fragmentado, cobertura desigual y falta de equidad en el sistema de salud argentino". *rev. de economía política de BS. AS.*, 13(8), 145-183 . Recuperado el 12 de abril de 2020, de [http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli\\_v8\\_n13\\_05.pdf](http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/ecopoli/ecopoli_v8_n13_05.pdf)
- Chile. Ministerio de salud. (s.f.). *Diccionario Mapuche*. Recuperado el 25 de febrero de 2020, de <http://www.repositoriodigital.minsal.cl/handle/2015/885>
- Citarella, L., & Zangari, A. E. (2009). *Yachay tinkuy salud e interculturalidad en bolivia y américa latina*. Bolibia: Prohisaba@ Cooperación Italiana Editorial Gente Común. Recuperado el 28 de enero de 2020, de <https://www.bivica.org/file/view/id/2905>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., . . . Stolkner, A. (2007). "El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios". *Anuario de Investigaciones*, XIV, 201-209. Recuperado el 24 de MARZO de 2020, de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139943019>
- De Sousa Campos, G. W. (2001). En G. W. De Sousa Campos, *Gestión en salud En Defensa de la Vida*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- De souza Campos, G. W. (1996). *La clinica del sujeto: por una clinica reformulada y ampliada* Obtenido de [https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud\\_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf](https://salud.rionegro.gov.ar/documentos/salud_mental/Gestion%20en%20Salud.%20Sousa%20Campos.pdf)
- Diaz, C. (2008). *Esquel memoria y testimonio de un pueblo centenario* (1° ed.). Esquel, Chubut, Argentina: editorial esquel SA. Recuperado el 22 de Agosto de 2019
- Echegoyemberry, M., Castiglia, G., Yavich, N., & Báscolo, E. P. (2017). "Desafíos de la implementación de la atención primaria de la salud desde el enfoque de Derechos Humanos". *Espacio i+D Innovación más Desarrollo*, 4(15), 10-32. Recuperado el 22 de 03 de 2020, de <http://hdl.handle.net/11336/79276>
- elias. (10 de julio de 2020).
- Fernandez , N., & Virosta, L. (2011). *Pueblos originarios y derechos humanos. Argentina* . Recuperado el 2019 de junio de 2019, de Ministerio de Justicia y Derechos Humanos : [http://www.jus.gob.ar/media/1129142/28-cartilla\\_pueblos\\_originarios.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/1129142/28-cartilla_pueblos_originarios.pdf)
- Ferrelli, R. M. (Ed.). (2015). *Equidad en salud desde un enfoque de determinantes sociales*. Recuperado el 28 de noviembre de 2018, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/equidad-salu>
- Ferrelli, R. M. (2018). *Eqidad en salud-enfoque de determinantes sociales*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/equidad-salu>
- FM ALAS 89.1 Radio Comunitaria. (2019). *Recuperación territorial del pueblo Mapuche en Cushamen*, Puel Mapu. El Bolson, Rio Negro, Argentina. Recuperado el 08 de enero de 2020, de <https://fmalas.org.ar/es/recuperaci%C3%B3n-territorial-del-pueblo-mapuche-en-cushamen-puel-mapu/>
- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2009). "Mapas analíticos: una mirada sobre la organización y sus procesos de trabajo". *Salud Colectiva*, 5(2), 181-194. doi:<http://doi.org/10.18294/sc.2009.259>

- Franco, T. B., & Merhy, E. E. (2011). "El reconocimiento de la producción subjetiva del trabajo". *Salud Colectiva*, 7(1), 9-20. <https://www.scielosp.org/article/scol/2011.v7n1/9-20/es/>
- Gavirati, M. (2017). *Chupat-Camwy Patagonia Historia de la coexistencia pacífica entre galeses, pampas y tehuelches*. Villa Adelina Patagonia: Patagonia sur libro . Recuperado el 25 de febrero de 2019
- Gomez Dantes, O., Sesma, S., Becerril, V., Frenk, J., & Knaul, F. (2011). "Sistema de salud de México". *Salud Pública de México, [revista en la Internet]*, 53(2), 220/232. Recuperado el 02 de Febrero de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800017&lng=es).
- HCDN, A. (s.f.). *Plan sintético de salud pública 1952-1958 dr. Ramon Carrillo*. Recuperado el 01 de febrero de 2019, de <http://www.labaldrich.com.ar/wp-content/uploads/2013/03/Plan-Sinte%CC%81tico-de-Salud-Pu%CC>
- Ibacache Burgos, J. (1997). *La salud, el desarrollo en un contexto intercultural*. Recuperado el 12 de diciembre de 2019, de <http://www.mapuche.info/mapuint/ibaca00.htm>
- Ibacache Burgos, J., McFall, S., & Quidel, J. (2002). "Epidemiología de la transgresión". (J. Calbucura, Ed.) *Revista de la maestría de Salud Familiar y Comunitaria*, 1-21. Recuperado el 17 de Agosto de 2019, de <http://www.fcs.uner.edu.ar/libros/index.php/recursos/bases-de-datos/ad/revista-de-la-maestría-en-salud-familiar-y-comunitaria,38>
- Ibacache Burgos, J., Morros Martel, L., & Trangol Namuncura, M. (2002). *Salud mental y enfoque socioespiritual-psico-biológico*. Recuperado el 20 de noviembre de 2019, de <http://www.mapuche.info/mapuint/sssmap020911.pdf>
- INAI. (2019). *Instituto Nacional de Asuntos Indígena. Argentina.gob.ar*. Recuperado el 20 de julio de 2019, de <http://datos.jus.gob.ar/dataset/listado-de-comunidades-indigenas>
- INAI. (s.f.). *Informe Nacional*. Recuperado el 13 de Febrero de 2019, de [http://www.fondoindigena.org/apc-aa-files/documentos/items/Informe\\_argentina.pdf](http://www.fondoindigena.org/apc-aa-files/documentos/items/Informe_argentina.pdf)
- INDEC. (2004). *ECPI-indec*. Recuperado el 10 de noviembre de 2018, de [https://www.indec.gob.ar/micro\\_sitios/webcenso/ECPI/index\\_ecpi.asp](https://www.indec.gob.ar/micro_sitios/webcenso/ECPI/index_ecpi.asp)
- INDEC. (2010). *Censo 2010-INDEC*. Recuperado el 10 de Abril de 2019, de <https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>
- INDEC. (2012). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Censo del Bicentenario. resultados definitivos* (1° ed. ed., Vol. 1). Ciudad Autónoma de Buenos Aires: 2012 INDEC. Recuperado el 10 de junio de 2019, de [https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010\\_tomo1.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf)
- INDEC. (2015). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: Censo del Bicentenario. Pueblos originarios: región Patagonia*. Bs. As.: E-Book. Recuperado el 13 de agosto de 2019
- InfoLeg. (1985). *Boletín Oficial N°25.803-Ley 23302*. Recuperado el 10 de septiembre de 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=23790>
- infoLEG. (1995). *BO: N°28057-Ley 24430-InfoLeg-Información Legislativa-texto de la Constitución Nacional*. Recuperado el 17 de diciembre de 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=804>
- InfoLeg. (2006). Recuperado el 02 de febrero de 2020, de Ley 26206-Boletín Oficial N°31062: [https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley\\_n\\_26206\\_06.pdf](https://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/ley_n_26206_06.pdf)

- Langdon , E., & Willk, F. (2010). "Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud". *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 459-466. Recuperado el 10 de marzo de 2020, de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>.
- Laporta San Miguel, F. J. (1987). "Sobre el concepto de derechos humanos". *Doxa Cuadernos de Filosofía del Derecho*, , 0(4), 23-46. doi:doi:<https://doi.org/10.14198/DOXA1987.4.01>.
- Laurell, A., & Blanco, J. (1975). *M.orbilidad, ambiente y organización social Un modelo teórico para el análisis de la enfermedad en el medio rural*. Recuperado el 19 de FEBRERO de 2020, de pUBLICA-sALUD pUBLICA DE mEXICO: <http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/download/1385/1369>
- Ledo, C., & Soria, R. (2011). "Sistema de salud de Bolivia". *Salud Pública de Mexico*, 53(2), 109/119. Recuperado el 10 de febrero de 2019, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342011000800007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342011000800007&lng=es&tlng=es).
- Lerin Pinon, S. (2004). "Antropología y salud intercultural: desafíos de una propuesta". *Desacatos [online](15-16)*, 111-125. Recuperado el 04 de 02 de 2020, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1607-050X2004000200007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1607-050X2004000200007&lng=es&tlng=es).
- Lizcano Fernandez, F. (2012). "Conceptos de ciudadano, ciudadanía y civismo". *Polis (Santiago)*, 11(32), 269/304. Recuperado el 24 de Febrero de 2019, de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-65682012000200014>
- López-Moreno, S., Garrido-Latorre, F., & Hernandez-Avila, M. (2000). "Desarrollo histórico de la epidemiología: su formación como disciplina científica". *Salud Pública de México, [S.l.]*, 42(2), 133-143. Recuperado el 28 de noviembre de 2018, de <<http://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/6221/7399>>.
- Lorenzetti, M. (2017). "Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina" . *REMS*, 10(11), 148-176. . Recuperado el 10 de 03 de 2020, de <https://estudiosmaritimossociales.org/remss/remss11/Lorenzetti.pdf>
- Manríquez-Hizaut, M. N., Lagos-Fernández, C., Rebolledo-Sanhuesa, J., & Figueroa-Huencho, V. (2018). "Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales". *Revista de Salud Pública ISSN 0124-0064*, 20(6), 759-763. doi:<https://doi.org/10.15446/rsap.v20n6.65625>
- Manriquez-Hiazut, M., Lagos-Fernandez, C., Rebolledo-Sanhuesa, J., & Figueróa-Huencho, V. (2018). "Salud intercultural en Chile: Desarrollo histórico y desafíos actuales". *Salud Pública*, 20(6), 759/763. doi: <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n6.65625>
- Menendez, E. (1988). *Modelo médico hegemónico y atención primaria*. Recuperado el 30 de agosto de 2019, de <http://www.unla.edu.ar/documentos/institutos/isco/cedops/libro2a28.pdf>
- Menendez, E. (2003). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. Recuperado el 23 de noviembre de 2019, de <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>.
- Mercado Martinez, F., Robles Silva, L., Ramos Herrera , I., Moreno Leal , N., & Alcántara Hernández , E. (1999). "La perspectiva de los sujetos enfermos. Reflexiones sobre pasado, presente y futuro de la experiencia del padecimiento crónico". . *Cuadernos de Salud Publica*, 15(1), 179-186. Recuperado el 29 de enero de 2020, de <https://doi.org/10.1590/S0102-311X1999000100018>

- Ministerio de Salud del Chubut. (2018). *Anuario Estadístico de Salud-Volumen II*. Recuperado el 10 de julio de 2019, de <http://www.ministeriodesalud.chubut.gov.ar/ministerio-de-salud/estadisticas-de-salud/>
- MINSAL Chile. (s.f.). *Diccionario Mapuche- Biblioteca Minsal Chile*. Recuperado el 02 de agosto de 2019, de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/006.Diccionario-Mapuche.pdf>
- MINSAL-Argentina. (2011). *Interculturalidad-salud\_2017-Ministerio de Salud*. Recuperado el 14 de febrero de 2019, de [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001067cnt-eps-interculturalidad-salud\\_2017.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000001067cnt-eps-interculturalidad-salud_2017.pdf)
- MINSAL-Chile. (2006). *Interculturalidad en los servicios de salud. resolucion exenta N° 261 de 2006*. Recuperado el 07 de Febrero de 2019, de <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/Norma%2016%20Interculturalidad.pdf>
- Mintzberg, H. (2006). *Resumen de organizaciones eficientes*. Recuperado el 02 de Abril de 2019, de <https://es.slideshare.net/DANIELPRAUS/resumen-de-organizaciones-eficientes>
- MJDH , P. A. (2002). *Decreto N° 486/2002 - Jus.gob.ar - infoleg - Declaracion emergencia sanitaria nacional*. Recuperado el 08 de mayo de 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=72887>
- MJDH. (1996). *Superintendencia de servicios de salud. Decreto 1615/96*. Recuperado el 08 de 05 de 2019, de [INFOLEG.gob.ar: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41312/norma.htm](http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/40000-44999/41312/norma.htm)
- MJDH. (2011). *Pueblos originarios y derechos humanos*. (Á. d. Derechos, Ed.) Recuperado el 24 de marzo de 2020, de [http://www.jus.gob.ar/media/1129142/28-cartilla\\_pueblos\\_originarios.pdf](http://www.jus.gob.ar/media/1129142/28-cartilla_pueblos_originarios.pdf)
- MJDH, A. (1971). *Créase el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados. Ley 19.032 del 13/05/71 - Jus.gob.ar*. Recuperado el 08 de mayo de 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16081/norma.htm>
- MJDH, A. (1993). *Decreto Nacional 9/1993 - Jus.gob.ar - infoleg. Obras sociales*. Recuperado el 10 de 04 de 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/10000-14999/11554/texact.htm>
- MJDH, A. (1993). *Registro de hospitales de autogestion - infoleg - informacion ...* Recuperado el 05 de mayo de 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=12550>
- MJDH, A. (2002). *PMO - Jus.gob.ar . Programa Medico Obligatorio*. Recuperado el 08 de mayo de 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/70000-74999/73649/norma.htm>
- MJDH, P. A. (1971). *Ley 19.032 del 13/07/1971 - Juz.gob.ar Créase el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados*. Recuperado el 12 de mayo de 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/15000-19999/16081/norma.htm>
- MJDH, P. A. (1989). *Ley 23.661 del 5/01/89 - Jus.gob.ar . Sistema nacional del seguro de salud*. Recuperado el 10 de 05 de 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/63/norma.htm>

- MJDH, P. A. (2011). *Ley 26.682 - Jus.gob.ar Marco Regulatorio de Medicina Prepaga*. Recuperado el 14 de mayo de 2019, de <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/180000-184999/182180/norma.htm>
- Nardi De Vega, L. I. (1999). "Salud: la cartografía del trabajo vivo". *Ciência e Saúde Coletiva*, 2:30514.
- Narváez, H., & Nayip, F. (2012). "Interculturalidad en salud: competencias en prácticas de salud con población indígena". *Ciencia y enfermería*, 18(3), 17-24. Recuperado el 19 de agosto de 2019, de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532012000300003>
- OIT. (1989). *C169 - Convenio sobre pueblos indígenas y tribales, 1989 (núm. 169)*. Recuperado el 10 de septiembre de 2010, de [https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100\\_ILO\\_CODE:C169](https://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169)
- OMS. (2007). *La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. Recuperado el 20 de noviembre de 2019, de [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primaria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf)
- OMS. (2008). *Comisión sobre Determinantes sociales de la salud - Informe Final*. Recuperado el 10 de julio de 2019, de [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
- OMS. (2008). *Comisión sobre determinantes sociales de la salud-informe final*. Recuperado el 25 de noviembre de 2018, de [https://www.who.int/social\\_determinants/thecommission/finalreport/es/](https://www.who.int/social_determinants/thecommission/finalreport/es/)
- OMS. (2011). *Conferencia Mundial Sobre Determinantes Sociales de la Salud*. Recuperado el 23 de noviembre de 2019, de [https://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011/social\\_determinants\\_health/es/](https://www.who.int/mediacentre/events/meetings/2011/social_determinants_health/es/)
- OMS. (2013). *Informe sobre la salud en el mundo 2013: Investigaciones para una cobertura sanitaria universal*. Impreso en Luxemburgo: Organización Mundial de la Salud, 2013. Recuperado el 04 de DICIEMBRE de 2019, de <https://www.who.int/whr/es/>
- OMS. (2014). Recuperado el 14 de Agosto de 2019, de OPS/OMS 53° Consejo Directivo: [https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9774:2014-53](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9774:2014-53)
- OMS. (2014). *Plan de acción sobre la salud en todas las políticas*. Washington, D.C.,: OMS. Recuperado el 10 de ABRIL de 2020, de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-10-s.pdf>
- OMS. (s.f.). *OMS Medicina tradicional, definiciones*. Recuperado el 21 de noviembre de 2018, de [https://www.who.int/topics/traditional\\_medicine/definitions/es/](https://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/)
- ONU. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. Recuperado el 10 de noviembre de 2019, de Resolución 217 A (III): <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- ONU. (1976). *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. Recuperado el 10 de enero de 2020, de Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CESCR.aspx>
- ONU. (2001). *Declaración Universal de la UNESCO sobre la Diversidad Cultural*. Recuperado el 15 de enero de 2020, de portal ONU: [http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL\\_ID=13179&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/es/ev.php-URL_ID=13179&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)

- ONU. (2007). *Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. Recuperado el 08 de marzo de 2020, de Asamblea General RES 61/295:  
<https://www.un.org/development/desa/indigenous-peoples-es/declaracion-sobre-los-derechos-de-los-pueblos-indigenas.html>
- OPS. (1993). *37° consejo directivo - RESOLUCION CD 37.R5*. Recuperado el 20 de agosto de 2019, de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1582/CD37.R5sp.pdf>
- OPS. (1993). *Diversidad cultural y salud: Mandatos y estrategias-Resolucion CD 37-R5*. Recuperado el 03 de julio de 2019, de  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_topics&view=rdmore&cid=6634&item](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=rdmore&cid=6634&item)
- OPS. (1998). *Salud de los Pueblos Indígenas - Atención Primaria e Interculturalidad*. Recuperado el 20 de MARZO de 2020, de  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=1475:salud-pueblo](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1475:salud-pueblo)
- OPS. (2007). *Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington, D.C: OPS; 2007. Recuperado el 15 de diciembre de 2019, de <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49660>
- OPS. (2007). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. (D. O. Washington, Ed.) Recuperado el 26 de enero de 2019, de  
[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion\\_Atencion\\_Primeria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_Salud_Americas-OPS.pdf)
- OPS. (2008). *sistema de salud basado en atencion primaria de la salud*. (OPS, Ed.) Recuperado el 06 de 01 de 2019, de <https://www.paho.org/es/documentos/sistemas-salud-basados-atencion-primaria-salud-es>
- OPS. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington, D.C: ops. Recuperado el 13 de octubre de 2019, de  
<https://iris.paho.org/handle/10665.2/776>
- OPS. (2010). *OPS/OMS Reedes integradas de servicios de salud*. Recuperado el 18 de mayo de 2019, de  
[https://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4305:2008-red](https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4305:2008-red)
- OPS. (2018). *CD49/16*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/CD49-16-s.pdf>
- OPS. (s.f.). *Acceso a servicios de salud integrales, equitativos y de calidad*. Recuperado el 10 de ABRIL de 2020, de [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_type=post\\_t\\_es&p=311&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_type=post_t_es&p=311&lang=es)
- ORAS CONHU. (2006). *Comision andina de salud intercultural*. Recuperado el 10 de marzo de 2020, de Resolución REMSAA XXVII/417: [www.orasconhu.dorgocuments/REMSAA-XXVII-417.pdf](http://www.orasconhu.dorgocuments/REMSAA-XXVII-417.pdf)
- Pereira. (2016). "Política social y necesidades humanas basicas". *Cuestión Urbana*, 1(1), 31-38. Recuperado el 20 de abril de 2019, de <http://cec.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/15/2016/12/Revista-Cuesti%C3%B3n-U>
- Portales, R. E. (2008). "Concepto, fundamento y protección de los derechos humanos en el estado democratico y social de derecho". *Argumenta Journal Law*(9), 187/195. doi:<http://dx.doi.org/10.35356/argumenta.v9i9.118>

- Ribeiro. (2003). *La enseñanza de la medicina como campo de transformación en: Educación Médica en transformación*. Recuperado el 29 de noviembre de 2019, de <https://www.yumpu.com/es/document/view/37861432/educacion-medica-en-transformacion-tesis-de-aula-virtual>
- Rodriguez, G. M. (2014). *Sociedad, Cultura y poder. reflexiones teóricas y linea de investigación* (1 ed.). Bs.As., Argentina: UNSAN EDITA. Recuperado el 02 de noviembre de 2019
- Rodríguez, J. (2006). *Acceso a la justicia de los pueblos indígenas : guía para la atención especializada por parte de las oficinas del Ombudsman / Instituto Interamericano de Derechos Humanos*. . Recuperado el 28 de 03 de 2020, de <https://www.iidh.ed.cr/IIDH/media/2014/acceso-a-la-justicia-completo-2006.pdf>
- Rovere, M. (2004). "La salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto". *La Esquina Sur*. Recuperado el 23 de noviembre de 2019, de <http://www.fcs.uner.edu.ar/maestriasfc/Articulos/La%20salud%20en%20la%20Argentina%20-%20Rovere.pdf>
- Ruiz Llanos, A. (2007). "La interculturalidad y el derecho a la protección de la salud: Una propuesta transdisciplinaria". *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la medicina*, 10(2), 99/107. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/bmhfm/hf-2007/hf072h.pdf>
- SAHA. (sf). *Guías de la Sociedad Argentina de Hipertension Arterial*. Recuperado el 04 de abril de 2020, de <http://www.iasonline.org/wp-content/uploads/2016/11/Guia-SAHA-Full.pdf>
- Salaverry, O. (2010). "Interculturalidad en salud". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 27(1), 80-93. Recuperado el 12 de septiembre de 2019, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-46342010000100013&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100013&lng=es&tlng=es).
- Santos Gomez, M. (2006). "La horizontalidad de las relaciones humanas y la tolerancia". *Utopía y Praxis Latinoamericana*, 11(34), 79-90. Recuperado el 10 de enero de 2020, de [http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1315-52162006000300006&lng=es&nrm=iso](http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-52162006000300006&lng=es&nrm=iso)
- Slimel, M., Coppolillo, F., Masi, J., Mendoza, S., & Tannuri, .. (2010). "Epidemiología de la diabetes en Argentina". *Avances en Diabetología*, 26(2), 101-106. Recuperado el 23 de Marzo de 2019, de <http://www.avancesendiabetologia.org/revista/revista.asp?idRevista=76&pa=revistasAnteriores>
- Sousa Campos DE, G. W. (2016). *La clinica del sujeto: por una clinica reformulada y ampliada*. (L. Editorial, Ed.) Recuperado el 29 de noviembre de 2019, de [https://www.srmcursos.com/archivos/arch\\_57bf80609677d.pdf](https://www.srmcursos.com/archivos/arch_57bf80609677d.pdf)
- Sousa Campos, G. (2005). Paideia y Gestión: "Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud". *Salud Colectiva*, 1(1), 59-67. Recuperado el 28 de octubre de 2019, de <https://www.scielosp.org/article/scol/2005.v1n1/59-67/>
- Sousa Campos, G. (2009). *Metodo Paideia: análisis y co-gestión de colectivos* (1° ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial. Recuperado el 10 de JULIO de 2019
- Sousa Santos, B. (2006). *Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social* (1° ed.). Buenos Aires, Argentina: CLACSO,. Recuperado el 2 de FEBRERO de 2020, de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/clacso/coediciones/20100825032342/critica.pdf>

- Spinelli, H. (2010). "Las dimensiones del campo de la salud en Argentina" . *Salud Colectiva*, 6(3), 275-293. Recuperado el 13 de abril de 2020, de <https://www.redalyc.org/pdf/731/73115348004.pdf>
- Tinoco, E. (Dirección). (2014). *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas*. [Película]. Recuperado el 02 de abril de 2019, de [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms\\_345065.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf)
- Torres , R. (2004). "Mitos y realidades de las obras sociales". *Ediciones ISALUD*, 240. Recuperado el 24 de MARZO de 2020, de <http://www.reup.com.ar/joomla/index.php/10-catalogos/37-isalud-ediciones>
- Tucumán, G. d. (2019). *Salud y Justicia asistiran en conjunto a pueblos originarios*. Recuperado el 05 de febrero de 2020, de <https://comunicaciontucuman.gov.ar/2019/06/salud-y-justicia-trabajaran-en-conjunto->
- UNESCO. (2002). "Actas de la Conferencia General 31 reunión". *Declaracion universal sobre diversidad cultural* (págs. 66-69). Paris: UNESCO.
- Villar Aguirre, M. (2011). 2Acta med. Perú-vol.28 issue4-scielo peru". *Acta méd. peruana*, 28(4), 238-241. Recuperado el 20 de enero de 2020, de [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1728-591720110004&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1728-591720110004&lng=en&nrm=iso)
- Walsh, C. (2005). *La interculturalidad en la educación*. Recuperado el 24 de septiembre de 2019, de <https://centroderecursos.cultura.pe/es/autor/catherine-walsh>
- Walsh, C. (2008). "Interculturalidad, plurinacionalidad y decolonialidad: las insurgencias político-epistémicas de refundar el Estado". *Tabula Rasa*(9), 131-152. Recuperado el 16 de octubre de 2019, de <http://www.scielo.org.co/pdf/tara/n9/n9a09.pdf>
- Wikipedia. (2020). *Causalidad (Filosofía)*. Recuperado el 23 de marzo de 2020, de [https://es.wikipedia.org/wiki/Causalidad\\_\(filosof%C3%ADa\)](https://es.wikipedia.org/wiki/Causalidad_(filosof%C3%ADa))
- Zalazar, M., Espeche, W., & Sisniegues, B. (sf). *Estudios nacionales de hipertensión arterial y factores de riesgo*. Recuperado el 04 de abril de 2020, de <http://www.saha.org.ar/pdf/libro/Cap.010.pdf>

## 7.5 Anexos

### 7.5.1 Anexo 1: Encuentro de Salud Indígena



**NOTA:** LA MACHI QUEMA HIERBAS MEDICINALES PARA EL RITUAL CURATIVO EN EL 2º ENCUENTRO DE SALUD INDÍGENA EN EL PARAJE COSTA DE LEPÁ - CUSHAMEN

## 7.5.2 Anexo 2: Provincia de Chubut

### 7.5.2.1 Regionalización sanitaria



NOTA: PROVINCIA DEL CHUBUT REGIONALIZACIÓN SANITARIA POR AREAS

### 7.5.2.2 División Política de la región sanitaria NO (APE)

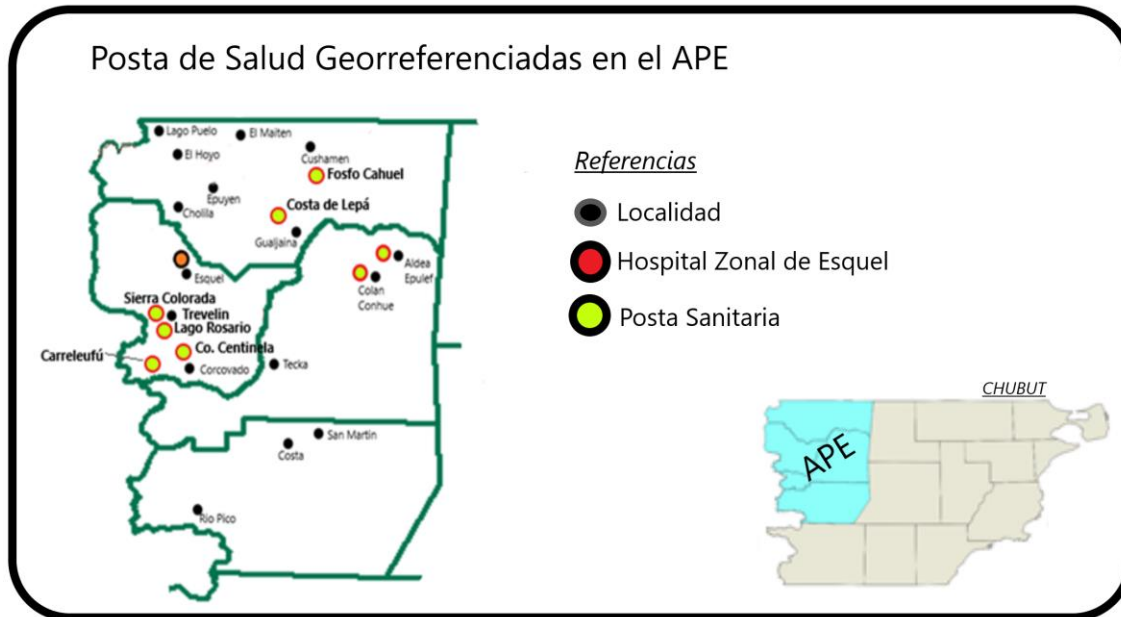


NOTA: REGIÓN SANITARIA APE Y LOS DEPARTAMENTOS QUE INCLUYEN

### 7.5.3 Anexo 3: Efectores de salud pública región noroeste-Chubut



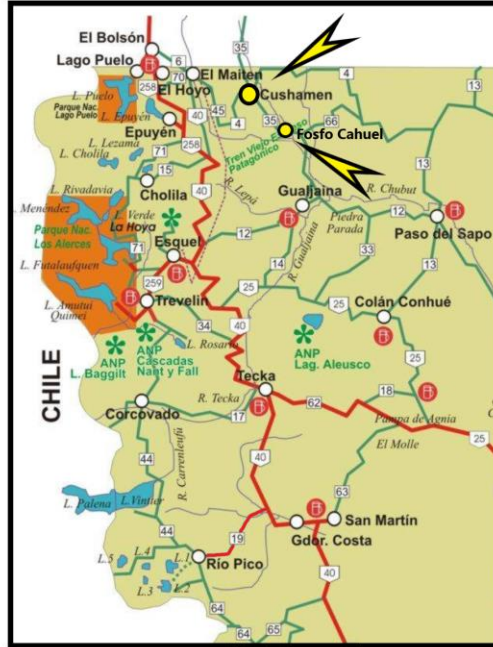
### 7.5.4 Anexo 4: Posta de salud georreferenciadas





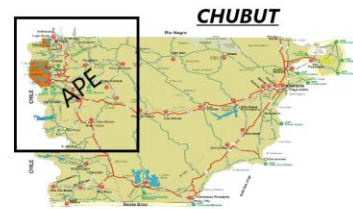
7.5.6 Anexo 6: Corredores viales – Cushamen/Fosfo Cahuel

Cushamen y Fosfo Cahuel georreferenciados en el APE

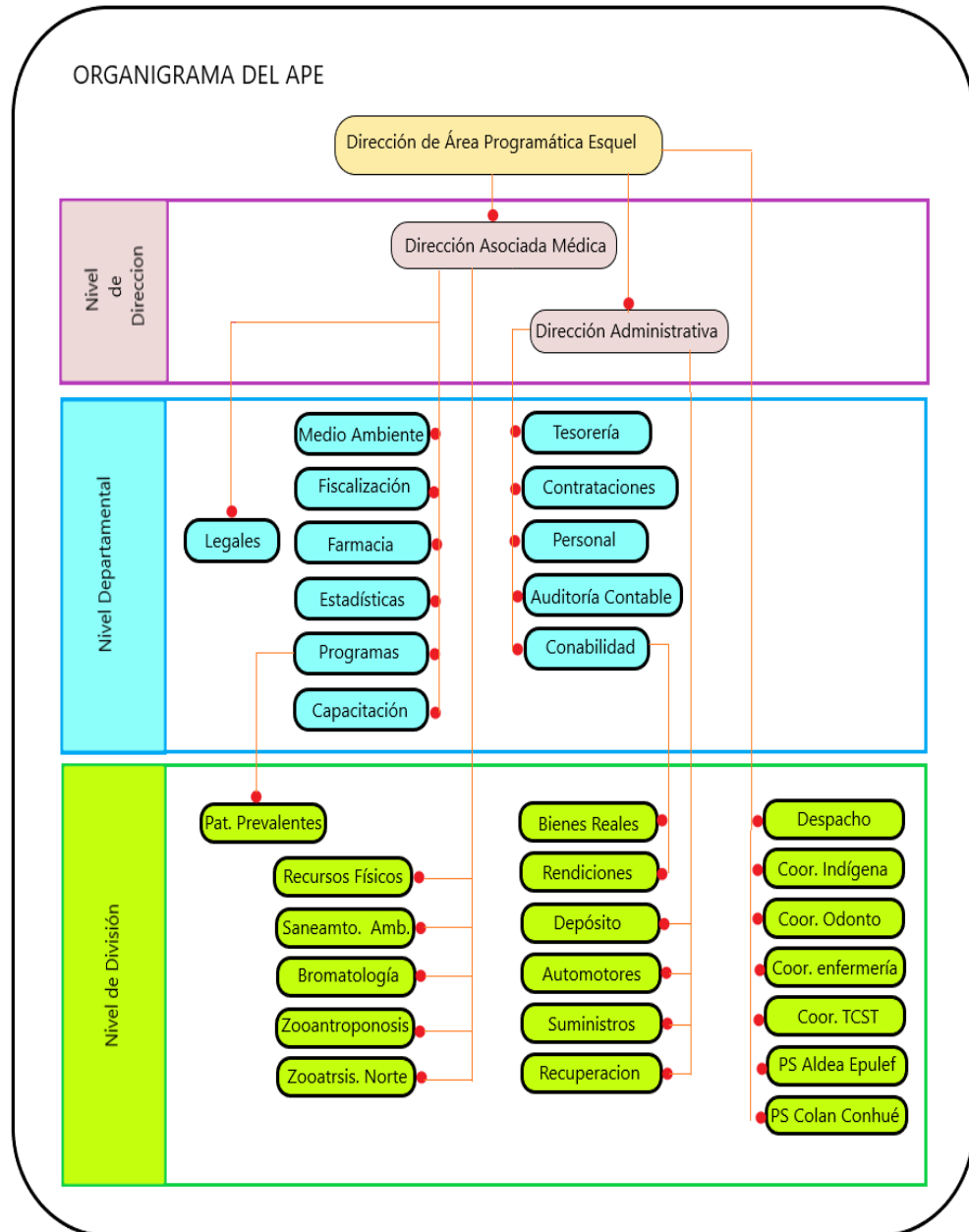


Referencias

- Camino Principal Pavimentado
- Camino Secundario de Ripio



### 7.5.7 Anexo 7: Organigrama del APE



7.5.8 Anexo 8: Indicadores

