

¿De qué hablamos cuando hablamos de salud intercultural?
Un análisis sobre el desarrollo del enfoque intercultural en
el CAPS "Moqoit Nqadenqa", en Tostado, Prov. Santa Fe
(2017-2019).



Tesinista: Ghiberto, Nerina.

Directora: Lic. Benzi, Marina.

Equipo de cátedra: Lic. Gomitolo, Mercedes; Lic. Papili, Gustavo; Lic. Schmuk, Emilia.

Tesina de grado
Año 2020

AGRADECIMIENTOS

A todo el personal del CAPS “*Moqoit Nqandenqa*”, especialmente a Eugenia, Irma, Orlando, Doli, Lumila, Nancy, Jesica, Mirta, por su buena predisposición y por abrirme las puertas de la institución para poder llevar adelante la presente investigación.

A Irma y Orlando por compartir parte de su cultura conmigo en nuestras charlas, por darme un lugar y permitirme ser su par en la realización del censo.

A Eugenia Carru por darme el lugar en el centro de salud para poder llevar a cabo un trabajo de campo tan fructífero, y por la confianza que depositó en mí estando aún, en nuestro primer encuentro, diseñando el proyecto de la tesina.

A Ricardo Genero por despejar mis dudas iniciales con respecto a la comunidad y al centro de salud, y por su posterior apoyo durante el proceso de construcción de la tesina.

A Marina, mi directora, por su paciencia infinita, por guiarme y calmar mis crisis de tesinista; por arriesgarse a acompañarme y por su presencia constante pese al nuevo contexto que generó la pandemia. Por enseñarme y compartir conmigo sus conocimientos, el interés, y preocupación, sobre la gran temática de los pueblos indígenas mocovíes.

A todos y cada uno de los profesores que tanto nos han enseñado, e inculcado, un Trabajo Social comprometido con los Derechos Humanos.

A mis amigas, las que me dio la facultad, con quienes fue posible debatir, discutir, deconstruirnos, repensarnos constantemente en nuestro rol, y por sostenernos mutuamente durante todos estos años. A mis amigas de toda la vida que me bancaron siempre a la distancia.

A Meli, por ser mi complemento y mi par desde el segundo año de la carrera, y por darme una familia santafesina.

A mis abuelas por cada rezo cada vez que rendía. A Lisandro, mi hermano de otra madre, por estar al pie del cañón todos estos años al lado mío. A mi familia por estar y bancarme a la distancia.

En especial, a mi mamá y mi papá por confiar en mí y darme la oportunidad de estudiar una carrera universitaria lejos de mi hogar.

Y, por último, pero no por eso menos importante, GRACIAS a la Universidad Pública.

RESUMEN¹

La interculturalidad en el ámbito de la salud pública, en tanto política de estado para garantizar el acceso a la salud de las poblaciones indígenas, conforma el eje de la presente investigación. Por eso se intenta conocer y analizar el desarrollo del enfoque intercultural en el CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”, ubicado en la localidad de Tostado, Prov. Santa Fe. Para ello se utiliza una metodología cualitativa flexible, y herramientas etnográficas tales como observación participante, notas de campo, entrevistas etnográficas. De este modo se da cuenta de cómo el enfoque intercultural en el campo de la salud pública, sobre todo en las instituciones de Atención Primaria de la Salud, se lleva a cabo mediante un proceso que no es lineal, y dentro del cual es posible encontrar disputas y tensiones entre los actores involucrados. Así mismo, se resalta la importancia de conocer y revalorizar a la cultura, y las concepciones de salud y enfermedad, que poseen los miembros de la comunidad mocoví “Pedro José” en relación a sus saberes ancestrales, como así también su cotidianeidad.

Palabras claves: salud intercultural, cultura, diálogo de culturas, pueblos indígenas, comunidad mocoví, agentes de salud, Atención Primaria de la Salud.

¹En la imagen incluida en la caratula del presente trabajo se encuentra la médica del CAPS “*Moqoit Nqadenqa*” y las mujeres de la comunidad mocoví “Pedro José”, la misma fue extraída de la publicación: “*Incorporación de un enfoque intercultural en los servicios locales de salud*”. Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe.

INDICE

Introducción.....	1
I. Antecedentes y metodología de la investigación.....	5
I.I Antecedentes sobre el tema.....	5
I.II Decisiones metodológicas.....	7
II. El enfoque intercultural en la APS y las poblaciones indígenas de Argentina.....	15
II.I Atención Primaria de la Salud y conceptos afines.....	15
II.II El enfoque intercultural en APS.....	19
II.III ¿A quiénes se dirige el enfoque intercultural en salud? Las poblaciones indígenas de Argentina.....	23
III. El CAPS “<i>Moqoit Nqadenqa</i>”, y el marco normativo de la interculturalidad en APS.....	28
III.I El CAPS “ <i>Moqoit Qnandenqa</i> ”, surgimiento y contexto actual en la localidad de Tostado.....	28
III.II Marco normativo del enfoque intercultural en salud a nivel nacional.....	34
III.III Marco normativo del enfoque intercultural en salud a nivel provincial.....	37
IV. “<i>Ellos son así...</i>”. Los mocovíes y su cultura, desde el equipo de salud.....	42
IV.I Pueblo indígena <i>Moqoit</i> , y la comunidad <i>Moqoit</i> “Pedro José”.....	42
IV.II Percepciones del equipo de salud en torno a la cotidianeidad de la comunidad <i>Moqoit</i> “Pedro José”.....	46
IV.III Nociones presentes en el equipo de salud vinculadas a la salud, enfermedad y medicina.....	50
V: Escuchar, conocer, comprender... a los mocovíes.....	57
V.I La construcción de la confianza entre el equipo de salud y los mocovíes.....	57
V.II Promover la salud y prevenir las enfermedades... de la comunidad.....	63
VI. “Int... interr... ¡Interculturalidad!”	73
VI.I Posicionamientos e intereses del equipo de salud.....	73
VI.II Perspectivas sobre interculturalidad, desde el equipo de salud.....	77
Reflexiones finales.....	80
Bibliografía.....	84

INTRODUCCIÓN

La presente investigación contiene como tema central al desarrollo del enfoque intercultural en la Atención Primaria de la Salud (de ahora en más APS). Para llevar a cabo la misma se parte del supuesto de que durante las décadas de 1980, 1990 y los primeros años del 2000 surgen y se desarrollan en diversos países de América Latina (incluida Argentina) propuestas y acciones interculturales en el ámbito de la salud pública buscando articular la biomedicina con la medicina natural de los pueblos indígenas, comenzando a considerar las culturas de los mismos en las estrategias de APS (Menéndez, 2015).

A su vez, se supone que la conformación de políticas y programas de salud interculturales dirigidos a los pueblos indígenas tienen la finalidad de que sus miembros tengan un acceso cultural “adecuado” en la APS, integrando dicha perspectiva intercultural como fundamento inicial, e incorporando su participación. Pero esto, conlleva al surgimiento de problemáticas en las estrategias de APS, en relación a las definiciones de cultura, salud, procesos de enfermedad, atención (Lorenzetti, s/f). Por lo cual, además de los lineamientos de los programas y políticas de salud intercultural, es importante considerar a la misma como una construcción, desde la práctica, con los actores y las estrategias que ella implica. Siguiendo el planteo de Lorenzetti (2018) en la construcción del diálogo intercultural entre los equipos de salud y los miembros de los pueblos indígenas, se pueden generar tensiones, por lo que el posicionamiento, la voluntad y los intereses de los actores involucrados juegan un papel importante en el marco del desarrollo del ya nombrado enfoque.

Lo expresado se relaciona con la importancia que los pueblos indígenas le otorgan a su cultura y a su medicina natural². Se supone, a partir de lo que Campos (1997) afirma, que “(...) *las medicinas indígenas mantienen hondas raíces pre-hispánicas, conservan una cosmovisión del proceso salud enfermedad fincadas en saberes y creencias mesoamericanas que no pueden ni podrán ser atadas a normas y leyes externas a los pueblos indios que las sostienen*” (p. 69). Es decir, el proceso salud enfermedad y los saberes ancestrales de cuidados en salud de los pueblos indígenas forman parte sus cosmovisiones, sus culturas, como así también tiene su origen desde las épocas pre coloniales en las que estos pueblos residían en sus tierras de manera libre y sin restricciones; siendo esas cuestiones las que, desde el enfoque intercultural en la APS, es preciso considerar y tener en cuenta en el momento de construir estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades.

A partir de lo expuesto, se analiza el desarrollo del enfoque intercultural en el contexto del Centro de Atención Primaria de la Salud (de ahora en más CAPS) “*Moqoit Nqadenqa*” ya que éste tiene como base un enfoque intercultural y se ubica geográficamente dentro de la zona en donde habita la población indígena mocoví (en su lengua, “Moqoit”) “Pedro José” en Tostado, Provincia de Santa Fe.

²La medicina natural, o saberes ancestrales de cuidados en salud, de los pueblos indígenas refiere a aquellos métodos mediante el cual los “curanderos” o “*Piogonaq*” de cada comunidad originaria curan a los miembros de la misma, pero esta parte de un acumulación cultural que es transmitido oralmente a través de varias generaciones, y se conforma por saberes y prácticas que se relacionan con la vida, la armonía, el equilibrio y el bienestar del pueblo originario (Arias y Palomino, 2012), se profundiza en el capítulo 4.

La comunidad mocoví “Pedro José” es aquella a la cual la perspectiva de salud intercultural del CAPS está dirigida. Dicha comunidad habita en el noroeste de la provincia de Santa Fe, precisamente en la periferia noreste de la localidad de Tostado. Localidad que se encuentra a 324km de la capital provincial, lindante a 15km hacia el oeste con la provincia de Santiago del Estero, y 170km hacia el norte con la provincia de Chaco. Con respecto a lo planteado Citro (2006) expresa que “(...) *el pueblo mocoví habita en asentamientos rurales y periurbanos de las provincias de Santa Fe y Chaco, y en localidades del Gran Buenos Aires, a donde migraron, en las últimas décadas, algunos grupos familiares. Su idioma (moqoitla’ qaatqa) pertenece a la familia lingüística guaycurú, como el pilagá, el toba, el caduveo (de Brasil) y el abipón (que ya no es hablado)*” (p. 11). La comunidad mocoví nombrada se encuentra relacionada con miembros de una comunidad mocoví que reside en Colonia El Pastoril (Chaco) ubicada a 15km de la ciudad de Villa Ángela, trasladándose de manera recurrente hacia dicha colonia, y volviendo a la localidad de Tostado.

El trabajo de investigación se desarrolla desde el CAPS “*Moqoit Nqadenqa*” debido a que el mismo posee la particularidad de tener una perspectiva intercultural dentro de la salud pública, el cual depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Y a su vez, se ha elegido el mencionado contexto geográfico debido a que soy oriunda de la localidad nombrada, siendo también esto lo que de cierta manera impulsa mi interés hacia el desarrollo de ésta investigación. Respecto a esto considero pertinente hacer una breve aproximación acerca de las políticas públicas de salud intercultural, y tal como plantea Magnifico *et al* (2017) en Interculturalidad y Salud: “*La interculturalidad comienza a construirse de abajo hacia arriba, modificando las prácticas cotidianas, allí donde se entrecruzan quienes están a cargo de hacer realidad las políticas de salud y quienes resultan ser sus beneficiarios directos.*” (p. 73). Esto a su vez se materializa (o no) en la realidad social de los efectores de salud y de la población indígena usuaria de las políticas de salud.

En esta línea, los autores plantean que la interculturalidad está en un proceso constante de construcción entre quienes llevan adelante la política de salud con dicho enfoque desde (en este caso) el CAPS “*Moqoit Nqadenqa*” y los mocovíes (2017). A su vez los autores consideran que: “*Los actores involucrados de una y otra parte que tienen que ponerse de acuerdo son múltiples, y este, es el principal desafío que actualmente tiene que afrontar la relación intercultural para consolidarse, desarrollarse y afianzarse.*” (2017, p. 73-74).

Ahora bien, por lo antes mencionado, las preguntas que guían la presente investigación son las siguientes:

- ¿Cómo se desarrolla la perspectiva de salud intercultural en la APS dirigida a la población mocoví?
- ¿Existen obstáculos y facilitadores en el desarrollo de la misma?
- Considerando que el enfoque de salud intercultural supone un diálogo cultural y el intercambio de saberes en la APS, ¿Éste se da? En caso de ser así, ¿Cómo se da? ¿Se tiene en cuenta a la voz de los miembros de la población mocoví para la toma de decisiones que los involucran?
- ¿Qué concepción se tiene sobre la interculturalidad? ¿Cómo se entiende el proceso de salud-enfermedad de los mocovíes?

En base a la posibilidad de contestar las preguntas, los objetivos que guían la investigación son:

General:

- Conocer y analizar el desarrollo de la perspectiva intercultural de salud en el caso del CAPS “*Moqoit Nqadenqa*” con la población indígena mocoví “Pedro José”, en Tostado, Prov. Santa Fe en el periodo 2017- 2019.

Específicos:

- Indagar respecto a la existencia de un diálogo e intercambio de saberes entre el equipo de salud y los mocovíes en el marco de la promoción y prevención de la salud.
- Conocer y comprender las concepciones de interculturalidad, y de salud/enfermedad indígena que tiene el equipo de salud.
- Indagar y analizar los alcances y limitaciones que encuentra el personal del CAPS en el desarrollo de la estrategia de APS con los miembros de la comunidad indígena mocoví “Pedro José”.

Para llevar a cabo la presente investigación se optó por una metodología cualitativa flexible con una impronta etnográfica, y se utilizaron técnicas tales como observación participante, notas de campo y entrevistas etnográficas³. El trabajo de campo abarcó el periodo octubre 2018-agosto 2019, momento en el que se aún se encontraba en desarrollo el “proyecto de incorporación de la perspectiva intercultural a los servicios de salud”⁴ a nivel provincial y que inaugura de manera “oficial” al CAPS como intercultural en agosto de 2019 con su actual nombre. Frente a esto se indaga sobre el desarrollo del enfoque intercultural en APS, entre los años 2017-2019, considerando en dicho periodo al proyecto nombrado, para dar cuenta de cómo el enfoque intercultural se lleva a cabo, y de que más allá de la inauguración oficial del mismo como intercultural el diálogo de culturas ya se encontraba en desarrollo desde de la institución.

En lo personal, lo que me ha llevado a la elección del tema de investigación reside en que, a lo largo del proceso de formación de la Licenciatura en Trabajo Social, he concurrido a una materia optativa referida a poblaciones indígenas. Y considerando que las mismas fueron y son un tema de gran interés para mí debido a que provengo de una localidad en la cual convivimos con una comunidad indígena, considero al acceso a la salud de dichas poblaciones como un tema de vacancia durante mi formación académica. En este sentido, consideré pertinente seguir informándome sobre el tema, ya que, si bien la cursada del seminario fue de gran importancia para adquirir conocimientos, entendía como necesario seguir profundizando sobre los mismos. Relacioné también cuestiones que atañen a la salud de los pueblos indígenas⁵, luego de desarrollar dos años del proceso de prácticas pre-profesionales

³ Los aspectos metodológicos se desarrollan detenidamente en el capítulo 1.2.

⁴ Dicho proyecto comienza aproximadamente a principios de 2018, sobre el mismo se desarrolla en los siguientes capítulos.

⁵ Considero importante añadir que las poblaciones indígenas residen en el país desde las épocas pre-coloniales. Las mismas conforman una parte importante de este, siendo a nivel país 955.032 personas las que se reconocen como indígenas o como descendientes de estos. Y en lo que refiere a la provincia de Santa Fe 48.265 personas forman parte de poblaciones originarias, principalmente en las regiones centro y norte de la provincia. (Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010).

(2016-2017) en un Centro de Atención Primaria de la Salud, lo cual me llevó a preguntarme sobre el acceso a la APS de los miembros de comunidades indígenas, y como se da la relación médico-paciente cuando en el medio hay cuestiones étnicas y culturales. De esta manera, la presente tesina tiene como horizonte el derecho al acceso a la APS de las poblaciones indígenas.

Por último, en lo que refiere a la organización de la tesina, esta se divide en seis capítulos. En el primer capítulo se desarrollan los antecedentes sobre la temática y las decisiones metodológicas que se tomaron desde el inicio de la investigación. En el segundo capítulo se desarrollan conceptualizaciones que son constitutivas de la presente investigación tales como APS, interculturalidad, enfoque intercultural, culturas, población indígena; y un acercamiento de manera general a las poblaciones indígenas de nuestro país. En el tercer capítulo se contextualiza al CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”, institución en la que se centra la presente tesina, y los marcos normativos en los que se respalda el enfoque intercultural en la APS. En el cuarto capítulo se desarrolla un breve recorrido histórico y una caracterización cultural de la población indígena mocoví y sobre la comunidad mocoví “Pedro José” usuaria del CAPS, su cotidianeidad y las nociones sobre salud, enfermedad y medicina/saberes ancestrales de cuidados en salud presentes en el contexto, desde el equipo de salud. El capítulo cinco se centra en la construcción de la confianza en la APS, y las estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades llevadas a cabo. Para ir cerrando, el capítulo seis se centra en los posicionamientos e intereses del equipo de salud y en las concepciones presentes en dicho equipo sobre la interculturalidad. Y por último se da cuenta de las reflexiones finales a las que se llegan con la presente investigación.

CAPITULO I

Antecedentes y metodología de la investigación

En el presente capítulo se desarrollan los antecedentes sobre el enfoque intercultural en salud para dar una visión general del mismo, y luego se desarrollan las decisiones metodológicas tomadas desde el inicio de la investigación hasta su conclusión.

I.1 Antecedentes sobre el tema.

La restringida producción de investigaciones sobre salud intercultural, relacionadas a las poblaciones indígenas en América Latina, y particularmente en la provincia de Santa Fe de la República Argentina, es una de las causas fundamentales (además de las ya nombradas) para abordar la presente investigación. En este marco, he seleccionado tres investigaciones como antecedentes sobre el tema que aquí se aborda.

Camila Alejandra Pérez Huenteo (2015) toma como tema de investigación de su tesis de grado a la salud intercultural desde la visión de usuarios y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa, pertenecientes al Pueblo Mapuche. Como objetivo general se propone comprender la visión respecto a la salud intercultural de la población mapuche y de los prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa. Como objetivos específicos conocer la visión y expectativas sobre la salud intercultural de usuarios y prestadores; conocer la visión y expectativas sobre la salud mental intercultural de estos; y describir el proceso de implementación del enfoque de salud intercultural en las comunas de Cañete y Tirúa, y sus facilitadores y obstaculizadores.

La autora, para el desarrollo de su investigación utiliza una metodología cualitativa de recolección y análisis de datos, siendo esta flexible a los hallazgos que fueron surgiendo en relación a la descripción y contextualización del tema, teniendo en cuenta que la investigación se basó en un estudio descriptivo. Realizó entrevistas semi-estructuradas individuales, y los actores con los que se desarrolló la investigación fueron los usuarios de la salud intercultural mayores de 18 años (del pueblo mapuche), y los prestadores de salud teniendo que tenían un mínimo de seis meses de desempeño en su rol. El análisis de dichas entrevistas se dio mediante la técnica de análisis temático, la cual consiste en descomponer el texto en unidades de significado, agrupándolas según principio de analogía (Pérez Huenteo, 2015, p. 55).

Las conclusiones a las que arribó la autora refieren a que hubo un aumento del acceso a la salud en lo que refiere a calidad, cobertura, y oportunidades. Así mismo, desde la perspectiva de salud mapuche, estos esperan que la lógica de salud intercultural les ayude en la demanda de sus problemas y necesidades más urgentes. Y desde la perspectiva de los prestadores de salud la salud intercultural representa para ellos un medio para conocer y rescatar conocimientos de salud ancestrales, y desarrollar una relación entre el sistema de salud occidental intercultural y el sistema de salud mapuche.

Respecto de la investigación nombrada, considero relevante, dentro de su metodología de investigación, la flexibilidad de la misma en relación a los hallazgos que fueron surgiendo en su desarrollo, y en el estudio descriptivo que realizó sobre las comunidades implicadas en la investigación. Como así también que las entrevistas que realizó a los prestadores de salud tenían como condición que estos tengan un mínimo de seis meses de desempeño en su rol. Otra de las cuestiones que se puede considerar importante es el método que utilizó para desarrollar el análisis de las

entrevistas realizadas. Dentro de sus conclusiones la autora considera de importancia el posicionamiento que muestran los prestadores de salud sobre la necesidad de que la perspectiva intercultural se desarrolle para poder construir una relación entre las culturas en cuestión.

Por otro lado, la autora Mariana Isabel Lorenzetti (s/f), titula su investigación “La construcción de la salud intercultural como campo de intervención”, exponiendo dos áreas de interés. En primer lugar, indagar en qué términos se construye el concepto de salud intercultural a partir de iniciativas de los estados; y en segundo lugar indagar sobre cómo se reconstruyen las relaciones entre promoción de salud y el reconocimiento de identidades a través de las experiencias de trabajos de campo de los agentes sanitarios, tanto indígenas como no indígenas. Para llevarlo a cabo, la autora realizó indagaciones documentales presentadas por los distintos estados, indagaciones bibliográficas, y utilizó datos recopilados a través de un trabajo de campo realizado por ella misma. A su vez, la autora considera que la lógica de la salud intercultural contiene una matriz de “alteridad”, la cual considero importante para tener en cuenta.

Para concluir, Lorenzetti plantea que el campo de salud intercultural es una construcción que se da entre indígenas y no indígenas, es decir, entre la población usuaria de políticas de salud intercultural y quienes la efectúan. Reconociendo al “otro” a partir de sus pautas culturales, es decir a partir de la matriz de alteridad que de alguna manera rige a la perspectiva intercultural de salud.

La última investigación que retomo como antecedente se titula “Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud” y fue realizada por Ysunza y Espinosa (2009). La misma tiene como objetivo reflexionar sobre la importancia de la interculturalidad y el diálogo necesario entre los saberes biomédicos y los saberes tradicionales de los pueblos originarios en la atención hospitalaria y comunitaria, considerando que es ahí en donde se evidencian barreras culturales que limitan o restringen la comunicación entre prestadores de salud y destinatarios de pueblos indígenas. Los autores parten del supuesto de que es necesario reconocer la historicidad de saberes biomédicos y saberes de la medicina natural indígena para poder construir una interculturalidad en salud.

El trabajo se divide en tres partes, primero se analiza la historicidad y las representaciones sociales de los saberes biomédicos y los saberes indígenas, luego se analiza el “para qué” de la interculturalidad, y por último se plantean experiencias de salud intercultural en América Latina. Para concluir se plantea que el enfoque intercultural en salud refiere a crear proyectos alternativos tanto en aspectos de salud como aspectos que se relacionen de manera directa con ella, intentando así romper con parámetros hegemónicos establecidos socialmente, y así poder visibilizar a todos los sujetos sociales que forman parte de la interculturalidad, valorando y respetando todos aquellos modelos médicos que se presenten, tanto tradicionales como naturales; ya que, y según lo plantean los autores “(...)cada sujeto social carga símbolos, signos y lenguajes diferentes (...)” (2009, p.300).

Respecto de la investigación de Ysunza y Espinosa, entiendo de suma importancia la noción de historicidad que los autores plantean para que la interculturalidad pueda desarrollarse, en algún punto, sin obstáculos; pero para lo cual es sumamente necesario que desde los agentes de salud se intente conocer la historia, las culturas, las tradiciones, y saberes ancestrales de salud de las poblaciones indígenas con las que se interviene.

Considero a las investigaciones nombradas relevantes debido a que he podido retomar cuestiones relacionadas a bibliografía, pero también y sobre todo en cuanto a la metodología, para construir en base a ellas mi propio diseño metodológico de investigación. Si bien las investigaciones son relevantes en cuanto a la Salud Intercultural, considero que ninguna de ellas se centra específicamente en analizar cómo se lleva a cabo, cómo se desarrolla, en el cotidiano de los CAPS, el enfoque intercultural en APS, y además que a todas las conclusiones a las que llegan los autores refieren a lo que falta o a cómo debería ser la salud intercultural. Es por esta razón que me planteo las preguntas y los objetivos desarrollados en el apartado anterior, centrándome en un CAPS intercultural ubicado en el noroeste de la provincia de Santa Fe.

A partir de las investigaciones aquí citadas y tomadas como antecedentes de investigación previos al tema del “enfoque intercultural en la APS” es posible considerar como relevante lo que Lorenzzeti (s/f) plantea respecto de que para que haya una interculturalidad en la APS. Es decir, un diálogo entre culturas entre la población que asiste a los efectores de salud con perspectiva intercultural y los equipos de salud, es necesario que haya un interés desde las dos partes para poder construir estrategias de manera conjunta y poder así llevarlas a cabo en la práctica.

I.II Decisiones metodológicas⁶

En el presente apartado se verán reflejadas todas las decisiones metodológicas que tomé desde el inicio de la investigación. Entiendo y considero pertinente desarrollar este apartado en términos de proceso ya que al haber elegido un diseño de investigación cualitativo flexible éste estaba sujeto a posibles cambios durante el desarrollo tanto del trabajo de campo como de la escritura de la tesina. La flexibilidad de la investigación abarca tanto la construcción de su diseño como el proceso de implementación del mismo. A su vez, es necesario tener en cuenta que se pueden generar cambios durante el trabajo de campo, o durante la escritura de la tesina, a partir de situaciones que se pueden presentar en el desarrollo de la investigación que conllevan a realizar cambios en su diseño (Mendizábal, 2006). De esta manera, los datos que se producen a partir de un diseño de investigación flexible son descriptivos, y se reflexiona constantemente sobre las palabras y las acciones de los sujetos (Vasilachis, 2006).

El trabajo de campo se desarrolló entre octubre de 2018 y agosto de 2019, en donde se han llevado a cabo reuniones con la referente de la institución, visitas al CAPS y la comunidad mocoví durante fines de diciembre, enero y febrero, y durante julio se llevaron a cabo las entrevistas. El mismo culmina en agosto de 2019 en un acto institucional enmarcado en la inauguración del CAPS como intercultural (sobre esto se desarrolla en los siguientes capítulos). Es así que llevé a cabo un trabajo de campo de tipo antropológico, el cual se entiende como una presencia, que en términos generales es individual y prolongada, del investigador en un determinado lugar en el que están presentes los actores de una unidad sociocultural que se desea estudiar. Es decir, es aquel contexto del cual el investigador recolecta información que el mismo analiza tanto durante como después de su estadía. De esta manera se comprende al campo como la relación entre el territorio, los actores sociales, y sus actividades (Guber, 2005).

⁶En el presente trabajo se opta por adoptar un estilo narrativo de modo impersonal y para expresar experiencias de trabajo de campo el modo personal del singular en general, con el fin de situarme como investigadora en el para dar cuenta de cómo el mismo ha ido llevándose a cabo, y su posterior análisis.

Como el presente apartado se desarrolla en términos de proceso, me remonto a octubre del año 2018, ya que fue en ese momento en donde comencé a delimitar el tema. De acuerdo a esto, en los meses de octubre y noviembre de 2018, con la finalidad de complementar mis conocimientos previos sobre la unidad de estudio de la tesina, he podido reunirme con el Secretario de Salud de la Municipalidad de Tostado, y con la referente del Centro de Atención Primaria de la Salud “*Moqoit Nqadenqa*” (de ahora en mas CAPS).

En dicho momento, me acerqué al secretario de salud de la Municipalidad de Tostado, con la intención de informarme sobre el proceso y periodo de creación del CAPS (cómo y porqué se creó), para contextualizar al mismo históricamente (debido a que él formo parte del equipo de salud en los inicios del CAPS.). Pero también, y a partir de que mi trabajo de campo se iba a desempeñar en el marco del CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”, me reuní con la referente de la institución para conocerla y comentarle sobre mi interés en investigar acerca del “enfoque intercultural en la Atención Primaria de la Salud”. También para darme a conocer, y dar a conocer mis intereses con respecto a la investigación que pretendía llevar a cabo, lo cual me ayudaría luego durante mi proceso de investigación.

A partir de esto, en un inicio la elección del tema estaba centrado en recuperar la voz y las cosmovisiones del pueblo mocoví “Pedro José”, que reside en la localidad de Tostado, respecto de la interculturalidad en la APS que se desarrollaba en el CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”. Pero esa idea comenzó a desdibujarse al momento en que comienzo a indagar sobre la perspectiva intercultural en el CAPS, y también sobre si era posible establecer un diálogo fluido con los mocovíes, lo cual era incierto ya que lo que había podido investigar hasta el momento era que los mocovíes de la comunidad “Pedro José” suelen tener actitudes pasivas con personas ajenas a la comunidad. Es decir, al mencionar actitudes pasivas, pasividad, como parte del comportamiento de los miembros de la comunidad hago referencia a una categoría que ha surgido durante el trabajo de campo, la cual alude a que estos son callados, silenciosos, no hablan antes de que la persona con la que dialogan, suelen observar y escuchar detenidamente reservándose la palabra, por lo cual a veces no hay una respuesta activa para establecer un diálogo con otro no indígena. Entonces, poder construir un diálogo fluido y una confianza no era posible en ese momento debido al tiempo del que disponía para el desarrollo del trabajo de campo, en donde también debía considerar los tiempos académicos que estaba transitando. Es a partir de esto que comienzo a pensar y preguntarme si la interculturalidad se daba en el CAPS, cómo, con quiénes, entre quienes, de qué manera. Fue entonces que tomé la decisión de indagar sobre el desarrollo del enfoque intercultural en el CAPS, pero desde el equipo de salud, teniendo en cuenta la cotidianidad de estos, sus voces, relatos, experiencias, entendiéndolos como mi unidad de análisis. Aun así, era posible considerar las voces de dos miembros de la comunidad mocoví ya que el equipo de salud cuenta con dos agentes sanitarios que pertenecen a la misma. De esta manera, para desarrollo de la interculturalidad en APS es necesario el accionar tanto del equipo de salud como de la comunidad a la que se dirige dicho enfoque para la promoción de su salud y prevención de enfermedades.

Siguiendo el ploteo de Guber (2013) mi unidad de estudio, entendida como el ámbito físico de la investigación, es el CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”, y mi unidad de análisis, entendida como los sujetos *con* los cuáles se desarrolla la investigación, se centra *sobre* los relatos, voces, experiencias y la cotidianidad de los miembros del equipo de

salud⁷. Esto a su vez, a partir del planteo de la autora, refiere a que además de considerar *con* quienes, también es necesario establecer *sobre* qué se desarrolla la investigación.

Durante el diseño del proyecto de investigación decidí utilizar para la recolección de información una metodología cualitativa flexible, sustentada en entrevistas semiestructuradas, en observación participante, en una búsqueda bibliográfica sobre el tema, y en una revisión de documentos brindados por el CAPS. Hernández Sampieri (2004) plantea que el propósito de dicha metodología “(...) *consiste en “reconstruir” la realidad, tal y como la observan los actores de un sistema social previamente definido.*” (p. 10). Lo cual, a su vez se relaciona con la manera en que se analiza el desarrollo de la interculturalidad en el CAPS, a lo largo del presente trabajo, a partir de las voces y la cotidianeidad del personal del mismo, siendo ellos los actores principales de la investigación.

Retomando el inicio del trabajo de campo, en un principio (fines de 2018), comencé a reunirme con la referente del CAPS, la cual me recibió con una actitud positiva y colaboró brindándome información, pero también comentándome como se llevaba o intentaba llevar a cabo el enfoque intercultural. Así mismo, aun me faltaba conocer a los demás integrantes del equipo de salud. A estos, los conocí durante los meses de enero y febrero de 2019, en el período de construcción y desarrollo de un censo que se llevaba a cabo desde la institución con la finalidad de actualizar las historias clínicas familiares de los miembros del pueblo indígena mocoví que reside en la zona. Tuve la posibilidad de colaborar en el censo con la finalidad de poder insertarme en el trabajo de campo. Construimos el censo/encuesta en aproximadamente unas dos semanas ya que mis idas al campo eran de dos o tres veces en la semana, el mismo tuvo como base un censo antiguo, ya que la referente consideraba necesaria una reconstrucción del censo debido a que el que tenían no contemplaba muchas cuestiones que hacen a la cotidianeidad de la comunidad, y luego comenzamos con su desarrollo realizando visitas a cada una de las familias de la comunidad.

Esto fue posible gracias a la iniciativa de la médica ya que ella me comentó sobre el censo y me dio la posibilidad de poder participar en su construcción y el desarrollo. Dicho censo fue la clave estratégica para insertarme en el trabajo de campo dentro de la cotidianeidad del equipo de salud del CAPS, y a partir del desarrollo de éste comencé con las técnicas de observación participante y con los registros de campo. Al llegar a la institución debía esperar a que los agentes sanitarios culminen con las tareas que ya tenían asignadas, tales como llevar medicamentos a miembros de la comunidad, realizar visitas; tareas en las cuales a veces podía acompañar y otras no. Cuando no podía esperaba fuera de la institución o dentro en el espacio donde solían estar quien se encarga de la entrega de medicamentos, personal administrativo, enfermeras y la agente sanitaria criolla, cuando la demanda de atención en el día era leve. Estos momentos los considere como importantes debido a que se generaban diálogos entre los presentes, o a veces en su misma inquietud sobre mi investigación comenzábamos a dialogar.

Entonces, respecto de la técnica de la *observación participante*, tomo el planteo de Kawalich (2005) ya que este, partiendo de diversos autores, la entiende como el proceso en donde el investigador establece una relación con los sujetos que son parte

⁷ Retomar las voces de personas que pertenecen a la comunidad, respecto de la APS con un enfoque intercultural podría pensarse como una investigación a futuro.

de la investigación, hasta llegar a mezclarse con ellos en su cotidianeidad, pero hay que tener en cuenta que luego es necesario alejarse de ese espacio para poder comprender y reflexionar acerca de ello a partir de la escritura de las notas de campo. Además, Guber (2001) plantea:

La observación participante consiste en dos actividades principales: observar sistemática y controladamente todo lo que acontece en torno del investigador, y participar en una o varias actividades de la población. Hablamos "participar" en el sentido de "desempeñarse como lo hacen los nativos"; de aprender a realizar ciertas actividades y a comportarse como uno más. La "participación" pone el énfasis en la experiencia vivida por el investigador apuntando su objetivo a "estar adentro" de la sociedad estudiada. (p. 22)

A partir de ello considero que insertarme en la cotidianeidad del equipo de salud y poder "participar" tanto en la construcción como en el desarrollo del censo, y también aportar en su posterior análisis, me dió la posibilidad de observar y conocer la cotidianeidad del equipo de salud, como así también sus relatos respecto de preguntas que yo hacía durante el proceso en clave de cómo se desarrolla, o se va construyendo, la interculturalidad entre el equipo y los mocovíes.

En lo que refiere a los registros de campo de dichas observaciones, son valiosos en tanto que éstos preservan la información, pero también porque mediante estos se puede describir el proceso del investigador en el trabajo de campo, en cómo éste comienza a abrir o a cambiar su mirada respecto de la viabilidad del campo, en el sentido de aprehender aspectos relevantes del campo. A su vez, es importante considerar cada detalle observado ya que por medio de los registros el investigador recolecta la realidad tal cual es, es decir, recoge datos de esa realidad tal cual se da, en donde el investigador tiene que ser capaz de captar y registrar información que sea significativa para el desarrollo del trabajo, haciendo una reflexión sobre ese conocimiento (Guber, 2004). De esta manera, entendí como importante registrar todo lo acontecido luego de terminar la jornada, no durante, ni en la institución. Ya que esta manera de registrar se percibe como una técnica no invasiva, que a su vez me permitió comenzar a acceder a información y desarrollar una confianza con los miembros del equipo de salud, coincidiendo así con el planteo de Guber (2013).

Fue en éste contexto que consideré que estaba llevando a cabo una metodología cualitativa, pero sobre todo etnográfica, la misma deviene de la antropología social y refiere a una metodología de investigación que apunta a participar en la cotidianeidad de las personas, estar presente en un periodo de tiempo determinado, en lo posible no breve, escuchar lo que se dialoga, estar atento, hacer preguntas, para poder ir tomando todos los datos posibles sobre el tema sobre el cual se indaga (Vasilachis, 2006).

Guber (2018) reconoce a la etnografía en un triple sentido, es decir, como "*(...) un enfoque disciplinar, una perspectiva metodológica, y un género textual*" (p. 53). El primero refiere al análisis de procesos sociales desde la perspectiva de sus actores en relación al marco teórico del que el investigador se sustenta; el segundo hace referencia a las acciones, herramientas, procedimientos que el investigador utiliza para la recolección de datos en el campo, y que los antropólogos rotulan como "observación participante", en donde se engloban entrevistas, cuestionarios, historias; y el tercero refiere a la presentación escrita, y también visual, en la cual el investigador da cuenta, representa, describe a una cultura, o sistema social (2018). En esta línea, es importante el planteo de Guber respecto de la noción de reflexividad ya que va en

concordancia con la noción de etnografía y de métodos cualitativos. A partir del planteo de la autora la reflexividad contempla al investigador, pero también al campo, a las perspectivas teóricas y a la construcción del texto en el que se dará cuenta de los conocimientos producidos a partir de la investigación (2018).

Entonces a partir de tomar al censo como estrategia para insertarme en proceso del trabajo de campo, tuve la posibilidad comenzar a dialogar, e ir estableciendo durante todo el proceso cierto tipo de confianza y un diálogo fluido con parte de los miembros del equipo de salud, mediante la observación, en principio a partir de la escucha, y luego realizando preguntas. Entonces, participar en la construcción y desarrollo del censo fue lo que me dio pie para poder insertarme en el campo, comenzar a interactuar con los miembros del equipo de salud, es decir, con los actores principales de mi investigación, y también para conocerlos (ya que al momento de comenzar su construcción solo conocía a la médica referente del CAPS, y a la secretaria administrativa). En cuanto a la confianza, considero que, sin pensarlo, fui construyendo un “rapport” con los miembros del equipo de salud, el cual según Sánchez (2005) se entiende como aquel grado de confianza entre el investigador y los sujetos con los cuales interactúa, a su vez, para que dicho rapport se dé, y en palabras del autor:

(...) es necesario adecuarse a las prácticas rutinarias de las personas (...). Dar valor a su información, de tal suerte que, sientan que aportan datos valiosos. Considerar a los informantes sujetos reflexivos y productores de conocimiento, no como simples objetos de investigación. (p.117).

Antes de construir el rapport, me preguntaba cómo iba a poder establecer un diálogo con los miembros del equipo de salud ya que el rango horario en el que yo iba a asistir al CAPS, todos ellos se iban a encontrar desarrollando sus tareas, y lo cual, de hecho, paso y por esto, no he podido establecer un diálogo tanto con la odontóloga como con la obstetra de la institución. En relación a los demás miembros, los diálogos fueron dándose, y fluyendo con el correr de los días en los que asistía a la institución para construir y luego desarrollar el censo. Entonces, hasta abril 2019 había podido establecer un diálogo con dos de las enfermeras, con los 3 agentes sanitarios, la médica, la secretaria administrativa, y con quien se encarga de la entrega de medicamentos de la farmacia de la institución. De este modo concuerdo con el planteo de Guber (2004) respecto de que:

La información no se recoge en un par de jornadas ni de una sola fuente, sino que se obtiene a lo largo de prolongados períodos y recurriendo a diversos informantes, para encarar una misma problemática desde distintos ángulos y áreas de interés. (p. 59).

Entonces, intenté establecer un diálogo, más de dos veces, con cada una de las personas que compartí durante el período de inserción al campo de investigación, procurando no quedarme con la “primer impresión” del personal del CAPS con el que tuve contacto, y de esta manera pude comenzar a dar cuenta de las diversas voces, relatos, experiencias, de los miembros del equipo de salud respecto de la salud intercultural en la institución.

Entiendo como importante considerar aquí la noción de conciencia práctica que plantea Ribeiro (1998), la cual refiere a que el investigador se inserta en un cotidiano que no conoce, y dicho desconocimiento se refiere al extrañamiento; es decir, se encuentra en una posición “descalificada”, ya que al no conocer aún no participa de la

conciencia práctica de los sujetos a los que estudia, habiendo un distanciamiento en ese sentido, pero una aproximación en el sentido de que este problematiza lo que los sujetos investigados dan por dado.

Así, debido a que tenía un trabajo de campo previo en el que ya había podido recabar información, tome la decisión de realizar solo cuatro entrevistas. La selección se basó en la relación que había podido construir durante mi trabajo previo ya que consideraba también que eso contribuiría a que la persona entrevistada pueda expresarse con cierto tipo de, lo que denominé como rapport. De esta forma, para poder seguir con la recolección de información, con el fin de producir información a partir del desarrollo de mi investigación, además de utilizar las herramientas de observación participante, y las notas de campo que fui registrando, realicé cuatro entrevistas entre fines de julio y principios de agosto de 2019.

En este proceso es necesario tener en cuenta los cambios que tuve que realizar en el diseño de la estrategia metodológica, sobre todo de las entrevistas, respecto de lo que se fue presentando durante el trabajo de campo en el territorio, entendiéndolo, en concordancia con lo planteado por Carballada (2015), no en su concepto de físico, sino como una serie de significados sociales y culturales que en él se construyen. Es decir, al llevar a cabo una metodología cualitativa flexible es necesario tener en cuenta que el territorio ya que, en palabras de Carballada, el mismo *"(...) se construye desde una complejidad indiciaria, que le confiere una uniformidad de variaciones, donde lo inesperado, aquello que surge desde el devenir de la palabra, la imagen y las articulaciones a veces incomprensibles le dan una forma singular"* (2015, p. 2).

Pude dar cuenta que la realidad del territorio guio en cierto modo la investigación, y llevó a que la técnica de la observación participante tenga más importancia de la que pensaba darle durante la investigación. Así mismo, respecto de las entrevistas, tomé la decisión de que no sean semiestructuradas ya que había establecido un rapport con las personas a quienes pretendía entrevistar. Decidí desarrollar entrevistas etnográficas, para que en el desarrollo de cada una de ellas la o el entrevistado pueda expresarse sobre tres ejes sobre los cuales las diseñé, abriendo a la reflexión. Este tipo de entrevistas se da, siguiendo a Guber (2004) en el marco de la convivencia y la vida cotidiana, es decir, las preguntas o conversaciones cotidianas del investigador a los sujetos suponen entrevistas etnográficas.

Las entrevistas etnográficas, según Guber (2004) generan categorías sociales que son claves para el investigador en cuanto a dar cuenta de cómo los actores se desenvuelven frente a determinadas situaciones; en esto reside la significatividad y confiabilidad de la información que el investigador va recolectando durante el proceso del trabajo de campo, de las voces de los sujetos entrevistados, en donde es necesario considerar siempre la relación de "confianza" que existe entre ellos. Esto que Guber conceptualiza como confianza, lo considero desde mi posicionamiento como el rapport, el cual fue explicado anteriormente. En este sentido, pude comprender que ya había realizado algunas entrevistas etnográficas en mis idas al campo, en el sentido de hacer preguntas informales sobre lo que acontecía en el momento, por ejemplo, sobre los saberes ancestrales de cuidados de salud de los mocovíes, sobre la relación de los mismos con algunos miembros del equipo, sobre la cultura de los mocovíes, entre otras.

En este sentido, considere de igual modo hacer cuatro entrevistas que contenían tres ejes de diálogo basados en dos y tres preguntas, con la finalidad de que la/el entrevistado pueda expresarse. A su vez, considere agregar preguntas si me surgían

en el momento de llevar a cabo las entrevistas respecto de lo que se hablaba, pero también tener en cuenta redirigir al entrevistado mediante una pregunta si al dialogar, se alejaba del eje de la misma.

Las entrevistas contenían tres ejes de diálogo, el primero refería a como se construyen las decisiones que se toman desde el equipo de salud, decisiones respecto de la salud y la cotidianeidad de los mocovíes. Es decir, si se genera un diálogo o no, y/o quienes participan de esta toma de decisiones respecto de las estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades dirigida al pueblo mocoví, cuáles son las voces que se tienen en cuenta, o si hay alguna voz hegemónica. El segundo eje de diálogo se centraba en conocer las concepciones que se tienen de salud y enfermedad, ya que podría haber más de una concepción sobre esto debido a que los entrevistados son, dos de ellos mocovíes, parte del equipo de salud, y dos personas partes del equipo de salud, pero no mocovíes; éste eje se da sobre todo en base que fue posible ver que podría haber diversas culturas y/o creencias dentro del equipo de salud. Y el tercer eje se centró en la interculturalidad, en que se entiende por esta, que se está haciendo o se hizo en términos de interculturalidad, lo que entiendo como “alcances”; y que no se hizo o no se ha hecho aún y porque, entendiéndolo como “limitaciones”.

El criterio de selección de los dos agentes sanitarios mocovíes se centró en el supuesto de que ellos desarrollan un papel fundamental en la implementación de la interculturalidad dentro de la institución pero también en la importancia de recuperar la voz de los mismos como miembros de la comunidad mocoví y como parte del equipo de salud en el contexto de la investigación; el criterio de selección para la médica se centró en el papel esencial que entiendo que desarrolla dentro de la institución como referente de la misma; y en cuanto a la enfermera la elección residía en la importancia de considerar la voz de alguien más del equipo de salud y la elegí porque a partir de las observaciones pude ver que ella tenía una relación con los mocovíes que consideré como importante para su cotidianeidad en la institución en cuanto al pueblo mocoví. A su vez como criterio general la elección residió en que los entrevistados formen parte del equipo de salud.

De los entrevistados, el agente sanitario mocoví desempeña su rol en el CAPS desde sus inicios (aproximadamente desde fines de la década del '80), según me lo ha mencionado el mismo. De los primeros agentes de salud con los que el CAPS contaba es el único que actualmente sigue en la institución. La médica referente desarrolla su rol en el CAPS desde el año 2005 y a la actualidad desempeña un rol fundamental en la misma como referente, pero sobre esto se profundiza en los capítulos siguientes. La agente sanitaria comienza su trabajo en el CAPS en el contexto en el que comienza la médica y es a partir de dicho momento que ellas comienzan a establecer una relación de confianza en el contexto de la APS. La enfermera entrevistada se desempeña como tal en la institución hace cinco años, según me lo ha expresado, pero, aunque ella tenga menos años de trabajo en la institución es posible ver una relación de confianza⁸ y un diálogo muy fluido entre las dos profesionales y los miembros de la comunidad mocoví.

Las entrevistas de la médica referente, de la enferma y del agente sanitario mocoví fueron grabadas con su consentimiento previo, y la entrevista de la agente sanitaria mocoví fue registrada en el cuaderno de campo debido a que no dio consentimiento para la grabación. Dichas entrevistas duraron en tiempo (minutos reloj) entre diez y

⁸ Sobre la confianza se desarrolla específicamente el capítulo 5.1.

treinta minutos, menos de lo que yo pretendía que duren, pero aun así contuvieron diversa información que considero importante. A lo largo de la escritura de la presente tesina no se colocan los nombres completos de los entrevistados, sino solo sus iniciales con el fin de preservar en cierto modo sus identidades. De igual modo para hacer referencia al equipo de salud lo nombro de esa forma y también como agentes de salud.

Además de las entrevistas, retomo los diversos relatos que he registrado en el cuaderno de campo de la agente sanitaria criolla y quien se encarga de la parte de farmacia de la institución. Luego de realizar las entrevistas, debido a que ya tenía, desde mi perspectiva, una vasta recolección de información para un posterior análisis decido culminar el trabajo de campo en agosto de 2019 luego de asistir a la reinauguración del CAPS en la que además de nombrarlo oficialmente como intercultural, se reinaugura la infraestructura material del mismo (sobre esto se desarrolla en el capítulo 3.1 en donde se contextualiza a la institución).

Ahora bien, para el análisis tanto de los registros de campo como de las entrevistas retomo la metodología que Pérez Huenteo (2015) lleva a cabo en su investigación, realizando un análisis temático, es decir, descomponer el texto en temas, e ir realizando un índice de temas tanto de los registros de campo como de las entrevistas desgrabadas. De esta manera, una vez descompuestos los temas y teniendo un panorama general de los que surgieron, en concordancia con los objetivos de la presente investigación, comencé a relacionarlos entre sí y a generar un diálogo entre los mismos, de manera que la tesina se ha estructurado en base a ellos. Analizar los datos, estructurar el trabajo escrito, y realizar la escritura no fue un proceso lineal, sino que ha tenido avances y retrocesos continuos que culminan en el presente escrito.

CAPITULO II

Concepciones en torno al enfoque intercultural en la APS y las poblaciones indígenas de Argentina.

Hay concepciones que considero constitutivas en el desarrollo de la presente tesina, tal como lo es la Atención Primaria de la Salud (APS) en tanto política de estado y la interculturalidad en tanto la misma se incorpora como el enfoque de aquellas instituciones de salud que tienen como usuarios a miembros de poblaciones indígenas. Por esto, aquí la noción de interculturalidad se relaciona directamente a los pueblos indígenas y a las políticas de salud dirigidas a ellos, sobre todo con las culturas presentes entre ellos⁹. Por último, en el presente capítulo se desarrolla una contextualización sobre las poblaciones indígenas de Argentina a quienes dicho enfoque se dirige.

II.I Atención Primaria de la Salud y conceptos afines.

Generalmente suele entenderse a la Atención Primaria de la Salud, denominada también primer nivel de atención, en referencia a una estrategia que tiene como finalidad prevenir y promover la salud en la comunidad (población), según se afirma en la Declaración de Alma Ata enunciada en el año 1978¹⁰, pero a veces no es tarea fácil llevar a cabo dicha estrategia, sino que es necesario ir construyéndola desde lo instituido en las políticas de salud. Según dicha declaración (1978), la estrategia de APS:

(...) convierte al individuo, a la familia y a la comunidad en el fundamento del sistema de salud y convierte el agente de atención primaria, puesto que es el primer agente del sistema de salud con el que la comunidad entra en contacto, en el trabajador sanitario central. (p. 16).

En este marco, siguiendo a Duque (2007), la estrategia debe partir “(...) de reconocer la producción social y cultural de la salud, donde la cultura es un elemento central que permite afirmar que hay diversidad de sistemas de salud” (p. 8), en donde la diversidad de sistemas de salud refleja a su vez la diversidad de actores que participan, considerándose que el reconocer implica en una primera instancia un contacto del agente sanitario con la población, siendo este el primer contacto de los usuarios de la APS con el sistema de salud. La estrategia de APS se lleva a cabo en el marco de instituciones de salud que son denominadas Centros de Atención Primaria de la Salud.

Los postulados de Alma Ata respecto de la APS fueron revisados al comienzo del siglo XXI ya que la meta de "Salud para todos en el año 2000" estuvo lejos de ser cumplida por lo que la estrategia de APS requirió de una reconceptualización. Frente a esto, en 2005 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promueve un debate que culmina en una propuesta de renovación en donde se comienza a entender a la APS como una herramienta mediante la cual se afronten los desafíos más actuales en

⁹Considero realizar esta aclaración ya que la noción de interculturalidad no alude solo a la relación de culturas criollas e indígenas, sino que es un concepto mucho más amplio.

¹⁰Dicha declaración tenía como bandera la meta de “Salud para todos en el año 2000”. Atención Primaria de Salud a 25 años de Alma Ata. Seminario-taller Internacional sobre Atención Primaria de Salud Buenos Aires · abril de 2003

términos de salud, promoviendo "(...) enfoques universales, integrales e integrados de atención en salud", y haciendo hincapié también en la APS como la base del sistema de salud (Wilner *et al*, p. 3, 2007). Por esto, la universalidad y la integralidad son nociones base en lo que refiere a la atención de la salud de las poblaciones.

En este contexto es necesario entender el concepto de salud, que según la Organización Mundial de la Salud (OMS) refiere a un estado de perfecto (completo) bienestar físico, mental y social, y no es sólo la ausencia de enfermedad. Los autores Guerrero y León (2008) plantean que el concepto de salud de la OMS "(...) es un concepto positivo, no está centrado en la idea de enfermedad, sino en la salud del individuo; es un concepto integral pues se considera al individuo como ser biopsicosocial" (p. 630). En tal sentido, considero que la salud alude a un todo en la cotidianidad del individuo, debido a que no refiere solo a la ausencia de enfermedad, sino también a los modos de vida que desarrollan las personas, pero es necesario que en los modos de vida se contemplen los determinantes sociales que a su vez hacen a la salud de los sujetos. Los determinantes sociales son aquellos factores que influyen en la salud individual, y que interactúan en diferentes niveles de organización y determinan el estado de salud de la población; los determinantes están relacionados con la multiplicidad de aspectos de la vida de los sujetos, y son elementos biológicos, hereditarios, personales, familiares, sociales, económicos, alimenticios, laborales, culturales, de valores educativos, religiosos, sanitarios, entre otros; y de esta manera, la unión de dichos elementos condiciona e interviene afectando o beneficiando a la salud, tanto de un individuo como de un grupo de personas. Es decir, el no estar enfermo es solo un aspecto de la salud, pero no el principal componente para estar sano. Por ello, desprendiéndose del concepto propuesto por la OMS, hay diversos determinantes¹¹ que actúan sobre la salud, y que deben tenerse en cuenta si se tiene el fin de lograr un acercamiento completo y abarcativo de las situaciones que involucran los procesos de salud-enfermedad.

A la vez, es importante tener en cuenta que no hay una única concepción de salud, ya que generalmente los pueblos indígenas la entienden de una manera más amplia, es decir, suelen entenderla como el bienestar, pero en relación a la armonía entre los individuos, las comunidades (indígenas) y el universo (Garay, 2016, p.3)¹². Según Pérez Huenteo (2015) la salud se comprende como un fenómeno común a un grupo

¹¹En un escrito de 1974, base de muchas producciones académicas y orientador de diversos ámbitos que atañen a la salud pública, reconocido como "el informe Lalonde", se plantea como determinantes a la biología humana, al medio ambiente, a la organización de la atención de la salud, y al estilo de vida. Este último lo considera de una manera particular ya que es el que más influye en la salud de las personas, seguido por la biología humana, luego el medio ambiente y luego el sistema sanitario. De esta manera, desde cómo concibe la OMS al determinante estilos de vida este se puede abordar desde dos puntos de vista: a partir de los factores individuales (con un enfoque bio-psico-social), en donde se consideran fundamentalmente los aspectos biológicos, factores genéticos y conductuales, la psicología individual. O a partir de los factores sociodemográficos y culturales (el modelo ecológico), en donde se estudia la influencia de factores como el contexto social, económico o del medio ambiente, es decir, los diferentes elementos del entorno. Existen muchas variables que conforman el fenómeno "estilos de vida", esto es porque las conductas habituales y elecciones están limitadas a las oportunidades vitales que ofrecen el contexto y las condiciones estructurales de vida de los sujetos.

¹²Todo lo referente a las concepciones de salud desde la perspectiva de los pueblos indígenas, y centralmente desde la comunidad mocoví Pedro José se desarrolla y profundiza en el capítulo 4.

de personas, frente al cual las personas generan visiones particulares que a su vez orientan las explicaciones y las prácticas que ellas desarrollan en torno a la salud; lo cual es producto de la propia historia y tradición de cada grupo de personas. Es decir, en palabras de Hasen (2012):

El proceso de salud/enfermedad/atención es entendido como un hecho universal, que se desarrolla de forma particular y diferente en cada sociedad y en cada cultura. Todas las culturas han desarrollado, y desarrollan, modelos médicos a partir de los cuales entender y enfrentar la enfermedad y de ser posible recuperar la salud. (p.19).

En este sentido, está claro que el concepto de salud no es igual para todos, es decir, no se concibe de igual forma por todas las personas, como se da cuenta en el caso del personal del CAPS “*Moqoit Nqadenqa*” y la comunidad mocoví “Pedro José”; pero las diferencias sobre las concepciones se desarrollan en los próximos capítulos. Estimo aclarar en este punto que aquí diferencia no implica la no aceptación, sino por el contrario, el reconocimiento y aceptación de otras concepciones diferentes a la que el personal del CAPS tiene.

Con base en lo planteado anteriormente, es posible decir que la APS implica la construcción de estrategias en conjunto entre el equipo de salud y sus usuarios, para la promoción de la salud y prevención de enfermedades, en donde es sumamente importante considerar los diversos determinantes que hacen a la salud de la población. Y generar estrategias enmarcadas en los lineamientos de las políticas con una base de escucha, diálogo y respeto, impulsando la participación de los usuarios de la APS, sin imponer ni desprestigiar pensamientos o formas de vida cuando estas son distintas a las de uno mismo, lo que se entiende como etnocentrismo. Desde el campo de la antropología, Herskovitz (s/f) plantea que el etnocentrismo hace referencia a la preferencia de las personas por el modo de vida que poseen, al de los demás; es decir, hay modos de vida que pertenecen a ciertas culturas y que se entienden como buenos para determinado grupo de personas, pero no son necesariamente buenos para otro grupo. Entonces, dicha preferencia está inmersa en la cultura propia de cada ser humano en donde a su vez el autor afirma que “*Los juicios están basados en la experiencia, y la experiencia es interpretada por cada individuo a base de su propia endo-culturación*” (Herskovitz, p. 4, s/f). Es por esto que la noción de etnocentrismo facilita la comprensión del accionar de los equipos de salud, ya que en diversas ocasiones se opta por lo que cada uno comprende como “bueno” en base a su propia historia personal.

En esta línea, Duque (2007) expone a la cultura como un proceso que cambia a través del tiempo, considerándola dinámica, y a su vez retoma a Habermas para el siguiente planteo:

(...) la cultura determina en un alto grado las interpretaciones que hacemos durante la comunicación. La cultura es la “lente” con la que miramos la realidad e interpretamos el mundo, es el “código” con el que leemos todo lo que se nos presenta al paso. La realidad es ya una interpretación cultural que hace la persona desde un mundo de la vida compartido con otras personas en los grupos sociales (...). Los sistemas culturales guían nuestras conductas y

percepciones, pero no de una manera estática, sino que a la vez que permanecen estables, cambian en el tiempo y el espacio. (p. 5).

En tal sentido, hay una diversidad de lentes y códigos con los cuales las personas interpretan las realidades sociales, por ende, la autora propone considerar a la cultura como un medio para comprender, además de la diversidad de los sistemas de salud presentes en nuestra sociedad, también a las inequidades en los perfiles epidemiológicos en relación a las clases sociales, etnia, género, edad, que se encuentran determinadas por las relaciones de poder (2007). De esta manera, considero de importancia el planteo de Duque respecto de que "(...) *la cultura no tiene que ver solamente con la producción de sentido y los comportamientos, sino también con las condiciones históricas de poder, dominación e inequidades, en las que esos significados y comportamientos se producen*" (p. 6), ya que los mismos son producto de los procesos históricos que cada grupo de personas ha transitado.

Siguiendo el planteo de Vallespir (1999), "*la cultura comprende tanto los aspectos materiales como los espirituales y expresa la concepción del mundo y de la vida que todo grupo humano tiene, la cual ha ido configurándose de manera colectiva*" (p. 46). De esta manera, la cultura forma parte de determinados grupos humanos dentro de la sociedad englobando prácticas, valores, costumbres, estilos de vida, de manera que dicha cultura establece la identidad cultural de cada grupo (1999). La identidad cultural comprende un sentido de pertenencia de las personas a un grupo social dentro del cual se comparten rasgos propios de una cultura, los valores y creencias. Dicha noción forma parte de un grupo de personas, se define históricamente y es producto de la colectividad (Molano, 2007). En cuanto al estilo de vida, Dumont (2017) plantea que se lleva a cabo en un espacio determinado por condiciones simbólicas, sociales, y territoriales, interrelacionadas entre sí de manera que "*(...) el espacio simbólico de los estilos de vida es el territorio situacional que se construye en la cotidianidad y en la interacción social*" (p. 90). De este modo el autor considera al estilo de vida como una agrupación de elementos sociales que se ubican en un tiempo y espacio concreto. A su vez, Álvarez (2011) define a los estilos de vida como pautas de comportamiento de un grupo de personas sobre los cuales la organización social ejerce una influencia.

La cultura a su vez forma parte de la vida cotidiana, o cotidianidad, de los grupos de personas. Gianna (2011), retomando a Héller, plantea a lo cotidiano como un ámbito esencial de la vida humana en donde los hombres desarrollan su historia, y producen y reproducen su vida tanto individual como socialmente. Pero, en dicha producción y reproducción se ponen en juego sus sentidos, habilidades para el trabajo, sentimientos, ideologías, y me atrevería a agregar la noción de culturas dentro de la producción y reproducción, ya que es también en base a ellas que las personas llevan adelante su cotidianidad.

A partir de lo expuesto, concuerdo con el planteo de Aizemberg (2013) sobre que entre los proveedores del sistema de salud y sus usuarios hay diferencias culturales que implican a su vez una diversidad de concepciones sobre la salud y sobre sus cuidados, como así también las diversas formas de explicar las enfermedades, por esto es posible hablar de la noción de interculturalidad en la APS. De igual forma también es necesario considerar al campo de la salud como un campo de disputas que a su vez se compone de diversos actores sobre los cuales es posible encontrar negociaciones y resistencias.

II.II El enfoque intercultural en APS.

La interculturalidad¹³ considerada un enfoque de actuación, intenta promover un diálogo entre culturas, en el contexto de la presente investigación el diálogo de culturas se enmarca en la APS. Se habla de “inter” como “en medio, entre”, y “culturalidad” como culturas. De esta forma, y siguiendo lo planteado por Kliksberg (1999), la cultura es entendida como el lugar en donde una sociedad o grupo de personas construye valores, sentimientos, los cuales son transmitidos de generación en generación; a su vez, el autor manifiesta que los sectores pobres o desfavorecidos, como las poblaciones indígenas, muchas veces “(...) enfrentan un proceso silencioso de “desprecio cultural” hacia sus valores, tradiciones, saberes, formas de relación. Al desvalorizar su cultura se está en definitiva debilitando su identidad (...)” (Kliksberg, 1999, p. 100). En concordancia con lo que Alarcón (2003) afirma, el hecho de incorporar el concepto de cultura en la atención de la salud conforma un eje importante para analizar los factores sociales que se encuentran involucrados en los procesos de salud y enfermedad (p. 1062), en donde es necesario tener en cuenta sobre todo que los pueblos indígenas, en lo que refiere a su cotidianidad, tienen sus propias culturas, sistema de valores, tradiciones, que deben ser respetadas y revalorizadas.

La noción de interculturalidad sostuvo en un primer momento el reconocimiento de la relación que había entre las culturas que existían al interior de un determinado país. Dentro de dicha relación es en donde comienza a reconocerse una situación desigual entre las culturas con respecto a las culturas hegemónicas; por esto el diálogo intercultural parte de que las culturas indígenas se encuentran en una desigualdad social, y para superar esa desigualdad es necesario pensar a esa relación entre culturas como una posibilidad de cambios sociales (Bermeo, s/f). Frente a esto, coincido con el planteo de Casimiro (2019) ya que la autora considera que:

Pensar la diversidad cultural de los pueblos originarios implica un ejercicio de descentralización, es decir, el desplazamiento desde las categorías de pensamiento propias. A su vez se hace necesaria la apertura, la escucha y el aprendizaje de las experiencias y las pautas de vida de “los otros”. Este ejercicio no es otra cosa que un desplazamiento desde una postura etnocéntrica hacia el relativismo cultural y el diálogo intercultural. (p. 86)

Entonces, la interculturalidad toma un papel sumamente importante a la hora de reconocer al otro, a su trayectoria de vida, su cultura, y su tradición, es decir, a esa diversidad cultural que poseen los pueblos indígenas, pero también reconocerse uno mismo en ese contexto. En tal sentido, y según lo afirma Walsh (2009), lo que intenta la interculturalidad es promover “(...) el contacto e intercambio entre culturas en términos equitativos; en condiciones de igualdad” (p. 41), para buscar en este caso, un diálogo de culturas entre los pueblos indígenas y los equipos de salud, en el intento de superar (o no) aquellas posibles asimetrías de poder que pueden existir en el desarrollo de dicho diálogo en el marco de la estrategia de APS.

¹³Es necesario destacar y aclarar que cuando se habla de interculturalidad, en tanto diálogo entre culturas se hace referencia, en esta investigación, al diálogo que se da entre los equipos de APS y los pueblos indígenas. Es decir, aquel enfoque intercultural en APS que tiene como usuarios a los pueblos indígenas.

Pero, la interculturalidad no se restringe tan solo a las interrelaciones, también abarca el fortalecimiento de lo propio, aquello que se considera subalternizado por el colonialismo (Walsh, 2007). Es decir, además de abarcar un diálogo entre culturas, también tiene la finalidad de fortalecer lo propio como parte de un proceso, es decir, todo aquello que fue subalternado por el colonialismo, y que hoy necesita ser revalorizado, en el marco de la cotidianidad de las poblaciones indígenas y de los derechos que los mismos adquirieron con el correr del tiempo.

En este marco, en la vida cotidiana suelen considerarse a los racismos como etnocentrismos, o diferencias que se asocian a clases sociales, orígenes, niveles de escolaridad, entre otros. Con respecto al campo de la salud, Menéndez sostiene que dentro de la mayoría de las etnografías que ha conocido relacionadas a producir conocimientos sobre los pueblos originarios, la cuestión del racismo no aparece, y si aparece solo es nombrada pero no se investiga ni se profundiza en el tema. Se suele percibir a la realidad a partir de lo que hemos aprehendido en nuestra vida cotidiana desde que nacemos, imponiendo categorías tales como "extraño" o "distinto" a aquello que no se asemeja a nuestras maneras normalizadas y naturalizadas de vivir y convivir dentro de un grupo social. Desde el campo de la antropología, se comprende que los sujetos apreciamos a la realidad mediante la cultura de cada uno. Esto se comprende como "reacciones etnocéntricas" frente a aquellos estilos de vida diferentes al de uno mismo, pero estas reacciones son propias de todos los seres humanos y se basan en la cultura de cada persona. Muchos de dichos comportamientos no son intencionales, sino funcionales. De tal forma, aprendemos a convivir con otros, acentuando (o no) dichas diferencias. Entonces, el etnocentrismo es parte constitutiva de las personas, pero en ocasiones la conducción a subrayar las diferencias, normalizándolas y naturalizándolas puede culminar en prácticas racistas (2017).

En base a lo planteado hasta el momento, se considera al enfoque intercultural en APS como aquel diálogo entre culturas que se da en la medida que el territorio y sus actores lo permiten, en el primer nivel de atención de salud pública. Entonces, a partir de lo expuesto es posible considerar que el diálogo de culturas forma parte de un proceso que no es lineal, que contiene avances y retrocesos, y dentro del cual subsisten tensiones ya sea entre los miembros del equipo de salud o entre ellos y la comunidad indígena. Esto a su vez se da en relación a los posicionamientos que toman los actores en dicho contexto, como así también de los intereses que guían el accionar de los mismos.

El enfoque del cual se habla en la presente investigación, conceptualizado también como salud intercultural, se encuentra inmerso en las instituciones de salud del primer nivel de atención que tienen como usuarios a miembros de poblaciones indígenas; intentando generar una igualdad en términos de accesibilidad, atención, derechos. Este enfoque intercultural en APS, en un plano general, está destinado a crear puentes entre la medicina tradicional de los pueblos indígenas basada en sus saberes ancestrales y la medicina científica "moderna"¹⁴, o denominada también oficial, intentando superar las barreras culturales entre los prestadores de salud y los miembros del pueblo indígena (Aizemberg, 2011). La barrera cultural se refiere, según

¹⁴Lo referente a los saberes indígenas, salud indígena y medicinas indígenas, en el contexto del CAPS "Moqoit Nqandenqa" se desarrolla y profundiza en el capítulo cuatro.

la misma autora a “(...) las diferencias entre las concepciones y enfoques sobre el cuidado de la salud y de la enfermedad de los integrantes de esas comunidades y los de los proveedores” (p. 51). Entonces, la salud intercultural supone superar esas diferencias, pero poniéndolas en diálogo, en donde ningún sistema de salud (ya sea indígena u “oficial”) se posicione por encima del otro, lo cual en el desarrollo del enfoque intercultural suele generar conflictos ya que, y en base a lo que Pérez Huenteo (2015) sostiene sobre que pese a la hegemonía que posee el sistema biomédico moderno, que aquí denominamos como “medicina oficial”, las sociedades se caracterizan por contar con una diversidad de sistemas médicos que coexisten, aunque, subordinados a la medicina oficial.

En concordancia con lo expresado, Hasen (2012) plantea que los pueblos indígenas contienen conceptos sobre la salud y la enfermedad que no son individualistas y frente al cual el sistema de salud oficial en diversas ocasiones no cuenta con los elementos necesarios para comprender dichas concepciones ni tampoco la asociación de estas a los múltiples factores espirituales, ambientales, comunitarios, es decir, una visión más holística. Entonces, ningún sistema médico puede satisfacer por si solo las demandas de salud de una población, por lo cual el modelo medico oficial no es el único válido al momento de comprender determinados fenómenos en relación a la salud de una población, aunque el modelo medico hegemónico siga primando en diversas instituciones de salud.

Retomo el planteo de Pérez Huenteo sobre el enfoque intercultural en APS, que la autora construye a partir de diversos autores, entendiéndolo como aquella orientación que tiende a mejorar la situación de salud de los pueblos indígenas, adecuando la atención de los CAPS a sus necesidades, y en cierta medida a las culturas, y formas de vida, en el intento de completar así el sistema biomédico “oficial” y los sistemas de salud tradicionales indígenas (2015). Así mismo, considero importante la afirmación de la autora sobre qué: “(...) la salud intercultural aparece como un concepto amplio y vago, que ha dado lugar a diversas interpretaciones y acciones” (PérezHuenteo, 2015, p. 5). De acuerdo con lo planteado, entiendo y considero que el desarrollo del enfoque intercultural en la APS es un proceso de construcción conjunta entre los equipos de salud y los miembros de las comunidades indígenas usuarias de dicho enfoque, pero que a su vez este no viene dado, sino que se construye en la cotidianeidad de las instituciones del primer nivel de salud que lo contienen. Pero la construcción no es rápida ni mucho menos fácil, en ella es posible encontrar una diversidad de actores que guían sus acciones en base a sus intereses en donde suelen generarse tensiones entre los mismos, en donde el respeto y reconocimiento del otro y su cultura comienza a desdibujarse.

Entonces, es posible decir que el enfoque intercultural en APS se entiende como un instrumento clave para mejorar la salud y el acceso a los servicios de salud de las poblaciones indígenas, y también para construir y aumentar una confianza entre los equipos de salud y sus usuarios. La interculturalidad no solo implica la complementariedad de ambos sistemas de salud (el oficial y el indígena, en lo que refiere a los métodos medicinales y concepciones de salud y enfermedad), sino que también implica el conocer, escuchar, implica sobre todo un diálogo, un diálogo que va a ser la base para el desarrollo de las estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades en el primer nivel de atención. Complementar ambos

sistemas de salud es importante y necesario (siempre en la medida de las posibilidades del territorio, el pueblo indígena y la institución de salud) pero no es lo único que implica el enfoque del cual hablamos (Aizemberg, 2013).

De este modo la salud intercultural refiere a aquellas acciones que se dirigen a reconocer e incorporar la cultura de los usuarios¹⁵ (mocovíes) en el proceso de atención de la salud (Alarcón, 2003). Además, Alarcón afirma que “(...) *la pertinencia cultural del proceso de atención es un fenómeno que trasciende lo exclusivamente étnico pues implica valorar la diversidad biológica, cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad*” (p. 1061). Entonces, desde la perspectiva del autor, el hecho de que se reconozca e incorpore la cultura de los usuarios en el proceso de atención de la salud, implica que se están reconociendo y considerando aquellas cuestiones que hacen a sus modos de vida, tradiciones, historia y que determinan su salud (es decir, los determinantes sociales que se plantearon anteriormente). Pero el reconocimiento puede darse de manera parcial y no en su totalidad, o no darse, ya que depende de aquellas acciones y estrategias destinadas a realizarlo, las cuales se dan desde los efectores de salud, pero en algunos casos solo en parte, porque, como ya se planteó anteriormente, tanto los posicionamientos como los intereses de los actores involucrados influyen en la construcción de la salud intercultural.

Alarcón *et. al.* plantean que la relación cultural, en tanto trato, se manifiesta en el momento en que las creencias culturales de los pacientes y sus expectativas comienzan a contraponerse a las de los profesionales de la salud, lo cual interfiere en la confianza hacia el proceso terapéutico que se les propone. De esta forma, a partir de investigaciones etnográficas médicas, se da cuenta de que hay una escasa aceptación de tratamientos con medicamentos ya que se los considera nocivos por la comunidad o bien se contraponen a sus sistemas de creencias (2002). En ocasiones, el diseño de estrategias y acciones que se definen solo en relación a las culturas y visiones de los equipos de salud se convierten en obstáculos para el acceso y la atención de aquellos grupos étnicos a los cuales la APS intercultural se dirige (Hasen, 2012).

En este sentido, considero que, en el hecho de intentar promover el mencionado intercambio de culturas, al menos por parte del equipo de salud y solo algunos miembros de la comunidad, para llevar a cabo estrategias de promoción y prevención de la salud, en el primer nivel de atención, ya se encuentra la interculturalidad porque desde el hecho de intentar ya se está reconociendo que hay otras culturas y modos de vida que es necesario tener en cuenta para llevar a cabo dicho enfoque en tanto política social. Pero para que el intercambio comience es necesario un ceder de las dos partes y dar a conocer la cultura propia de cada uno, y no solo intentar conocer la cultura del otro. Aquí también es necesario tener en cuenta que los conflictos que pueden existir al interior de la comunidad indígena afectan al desarrollo del diálogo de culturas y a la relación de los mocovíes con el equipo de salud.

Recapitulando, y de acuerdo con el planteo de Almeida (2018) en cuanto a una lectura sobre lo planteado por Alma Ata, se considera que la participación es sobre todo un medio que otorga protagonismo y poder a los usuarios del sistema de salud, en este

¹⁵ Los usuarios, en este caso la población mocoví, son aquellas personas a quienes está destinada la política de salud intercultural; en el capítulo cuatro se profundiza sobre dicha población.

caso a los mocovíes; y entendiendo a su vez que la interculturalidad más que un enfoque es un cambio de paradigma en el sistema de salud, ya que implica que las prácticas desarrolladas puedan traducirse en el “respeto a la diversidad”. Por esto, como se planteó anteriormente en relación a la APS, la participación y el compromiso, por parte tanto del equipo de salud como de los usuarios del enfoque, son fundamentales para que la interculturalidad en APS se lleve a cabo, pero considero también que la iniciativa puede darse tanto desde el equipo de salud como desde la población indígena usuaria a partir de demandas; ya que cuando se comienza por respetar y por poner en diálogo y en valor a las culturas que no son propias ya es posible hablar de una construcción de interculturalidad.

Entonces, el enfoque intercultural en APS no viene dado, forma parte de un proceso de construcción de conocimiento, reconocimiento y revalorización constante en donde es posible avanzar, pero también retroceder. De igual forma, en su desarrollo se encuentran diversas tensiones entre miembros del equipo de salud, entre los miembros de la comunidad, o entre ambos, lo cual más que obstaculizar el desarrollo de dicho enfoque, son parte constitutiva del mismo; esto se debe a que, y como se mencionó anteriormente, los intereses y posicionamientos de los actores involucrados modelan el desarrollo del enfoque intercultural.

2.3 ¿A quiénes se dirige el enfoque intercultural en salud? Las poblaciones indígenas de Argentina.

La conceptualización de pueblo indígena/pueblos indígenas es también parte constitutiva de la presente investigación debido a que estos son los usuarios de la atención primaria de la salud con una perspectiva intercultural, en donde como categoría fundamental, también es conceptualizada como Población Originaria, Comunidades Nativas, Aborígenes, entre otros, aludiendo siempre a la misma población. Siguiendo lo planteado por la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en el Manual para las instituciones nacionales de derechos humanos (2013), son aquellos grupos que poseen:

(...) su propia cultura, lengua, sistema jurídico e historia. La mayoría de ellos mantiene un vínculo sólido con el medio ambiente y con sus tierras y territorios tradicionales. A menudo, estos grupos tienen en común una historia de desarraigo de esas tierras y territorios, de sometimiento, destrucción de sus culturas, discriminación y múltiples violaciones de sus derechos humanos. (p. 3).

En concordancia con dicha declaración, los pueblos indígenas refieren al conjunto o grupo de personas que tienen origen en el territorio (en este caso Argentino), es decir, quienes ya residían desde las épocas pre-coloniales¹⁶, y poseían (y algunos aún poseen) modos de vida particulares, sustentándose en la caza (en menor medida), en su medicina natural¹⁷, en sus propias tradiciones y culturas.

¹⁶ Antes de todo lo que fue e implicó la colonización española en el territorio argentino, en tanto despojo, exclusión, genocidios de los miembros de pueblos indígenas.

¹⁷ La medicina natural de los pueblos indígenas es aquella mediante la cual los “curanderos” de cada comunidad originaria curan a los miembros de la misma, pero esta parte de un acumulación cultural que es transmitido oralmente a través de varias generaciones, y se conforma por saberes y prácticas que

Considero utilizar la conceptualización de poblaciones indígenas ya que hace referencia a los pueblos indígenas migrantes (dentro del territorio argentino) que por diversas razones ya no viven en sus territorios ancestrales debido a que migraron a zonas urbanas que no eran originariamente indígenas, pero sus miembros siguen considerándose como tales, por lo cual se entiende que *“se usa este término de indígena para diferenciar al pueblo que no tiene asentamiento originario en el territorio que en la actualidad está habitando”*. De igual forma, el término Indígena proviene del latín *inde* (del país o la región) y *genos* (originario o nacido), por ende, cuando se hace referencia a “indios” se hace referencia a aquellas personas pertenecientes a la India, pero cuando hablamos de “indígenas” hacemos referencias a aquellas personas que son nativos de un territorio, vivan o no actualmente en él, ya que la importancia radica en cómo ellos mismos se definen¹⁸. Por otro lado, las poblaciones originarias son aquellas nativas de los territorios, pero no aluden solo a América, sino también a las poblaciones originarias de Europa.

Con respecto al descubrimiento de los pueblos indígenas, siendo esta su primera denominación/conceptualización, deviene desde fines del s. XV (1492), momento de la colonización española, en la cual Cristóbal Colón descubre América, aunque se consideraba haber llegado al territorio de la India; frente a lo cual se creyó que habían descubierto a los “indios” (Stavenhagen, 2010). La denominación “indios” deviene de una concepción europea que se tenía en el momento en el que se descubre América, sin saber que no era la India. Antes de eso, en los tiempos pre-coloniales, las poblaciones indígenas desarrollaban su vida, en lo que actualmente se conoce como territorio argentino, a partir de sus tradiciones culturales y étnicas, pero a partir de la conquista y de la colonización española se generaron usurpaciones de sus territorios y otras prácticas que atentaron contra los modos de vida que los pueblos indígenas llevaban a cabo, tal como lo plantea Garay (2016):

La usurpación de sus territorios a partir del siglo XIX fue acompañada por un proceso simbólico de reducción de sus diversas identidades culturales a una única identidad impuesta: la de “indio”, como equivalente a “bárbaro” o “salvaje”, lo que contribuyó a la invisibilización de su diversidad cultural. (p. 1).

A partir de ello, y según lo afirma Garay (2016), los miembros de los pueblos indígenas fueron condenados a la pobreza que luego derivó en diversas formas de exclusión social. Así, durante el siglo XX se impuso a las poblaciones indígenas una cultura hegemónica con matriz europea que tenía el objetivo de lograr una homogeneización en sus maneras de ser y pensar.

En relación a lo anterior, Stavenhagen (2010) plantea el “descubrimiento del otro” como aquella acción de caracterizar a los pobladores a partir de cómo los conciben quienes los descubren, en este caso, los españoles, imponiendo formas de vida, cultura, política, distribución de la tierra, historia, medicinas, de acuerdo a las trayectorias personales que se traían desde Europa. Desde ese momento se comenzó a imponer a los pueblos indígenas, desde su denominación, hasta como debían vivir, sin respetar ni la cultura que residía en América ni sus formas de vida. En palabras del autor: *“(…) el llamado “descubrimiento del otro” fue en realidad un “encubrimiento del otro”. Fue*

se relacionan con la vida, la armonía, el equilibrio y el bienestar del pueblo indígena (Arias y Palomino, 2012). Sobre estas cuestiones se desarrolla específicamente el capítulo 4.3

¹⁸ Revista “Los Andes” (09/08/2017). <https://www.losandes.com.ar/article/cual-termino-es-el-correcto-aborigen-originario-o-indigena>. Recuperado el 20/03/2020.

un no entender al otro" (p. 14). En ese contexto, además de no existir un respeto por las formas de vida de quienes ya residían en el territorio, se intentaba "civilizarlos", ya que se los consideraba como a la "barbarie"; a partir de lo cual se llevaron a cabo acciones de represión y control sobre los pueblos indígenas. Por lo dicho, y frente a la historia de desarraigo y no reconocimiento de las formas de vida de estos pueblos, en términos de derechos actualmente las políticas de salud dirigidas a ellos implica reconocerlos a ellos y a sus culturas, sus modos de vida, y llevar a cabo acciones de promoción y prevención de la salud mediante un diálogo, en la medida en que tanto los indígenas, el territorio, y la organización institucional lo permitan.

En América Latina los miembros de las poblaciones indígenas estuvieron en desventaja con respecto al resto de la sociedad en términos de derechos y leyes que los respalden, ya que es recién entre fines del s. XX y principios del XXI que comienzan a incluirse en las reformas constitucionales de varios países latinoamericanos normas y leyes que conciernen a las culturas, lenguas y territorios indígenas, como formas de organización social (Stavenhagen, 2010). Entre esos países se encuentra Argentina, país que incorpora el reconocimiento de la preexistencia tanto étnica como cultural de las poblaciones indígenas a la constitución nacional en su reforma llevada a cabo en 1994, lo cual implica que además de reconocerse su etnia y su cultura, deben ser revalorizadas y no discriminadas, y a la vez comienza un proceso de ampliación de sus derechos.

De esta forma, desde el Estado Argentino se reconoce a los pueblos indígenas a partir de la Ley 23.302, la cual establece que "*Se entenderá como comunidades indígenas a los conjuntos de familias que se reconozcan como tales por el hecho de descender de poblaciones que habitaban el territorio nacional en la época de la conquista o la colonización (...)*". Respecto de la ley, coincido con Casimiro (2019) ya que la autora plantea que, "*(...) este reconocimiento tiene un rol central dentro de los procesos de identificación étnica. Más aún, tiene implicancias jurídicas y políticas sumamente importantes en el trayecto de las comunidades, ya que las instituye como sujeto de derechos*" (p. 67). En contexto de reconocimiento por parte del Estado, los pueblos indígenas pasan a ser sujetos de derechos ejerciendo tanto derechos individuales como colectivos.

A partir de lo expuesto considero que el acceso a los servicios de educación, salud y justicia, más allá de que éstos sean un derecho para todos los miembros de los pueblos indígenas, tiene rasgos diversos en cada región, y a su vez la incorporación de los miembros de las poblaciones indígenas al mercado laboral depende de las singularidades que presenta el capitalismo de cada zona en donde estos residen. De acuerdo con el planteo de la Casimiro, en términos generales a nivel nacional los pueblos indígenas forman parte de los estratos marginados de la estructura social argentina, ya que parte de los derechos que han adquirido a lo largo de los años siguen siendo vulnerados debido a que no hay un acceso igualitario a los servicios y derechos básicos, sino que el acceso depende de cada región en donde los pueblos residen, y a su vez de la gestión política de turno que puede contribuir, o no, a garantizar el ejercicio sus derechos. En este marco, se plantea que todos los pueblos indígenas poseen un patrimonio cultural de saberes y haceres que es necesario resguardar asegurando mejores condiciones de vida para los mismos, promoviendo políticas públicas integrales en todo lo relativo a salud, educación, territorio, entre otros. Pese a la historia de los pueblos indígenas, frente a todo lo que se les ha quitado y negado históricamente, y pese a la gran conquista de derechos que han logrado aún queda mucho por hacer, de manera conjunta, con organizaciones

indígenas y el Estado, debido a que dichas poblaciones siguen siendo las que más derechos vulnerados presentan a nivel nacional (Casimiro, 2019).

Por otro lado, en el territorio argentino son 955.032 personas las que se reconocen como indígenas o como descendientes de estos, es decir que conforman una parte importante de nuestro país. En lo que refiere a la provincia de Santa Fe 48.265 personas se reconocen como miembros de poblaciones indígenas, principalmente en las regiones centro y norte de la provincia, conformando un total de 66 comunidades indígenas en el territorio provincial. (Fuente: INDEC. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010). Actualmente son aproximadamente 1653¹⁹ las comunidades²⁰ indígenas que residen a lo largo y ancho de nuestro país, las cuales son parte de diversas culturas, etnias, tradiciones, y cosmovisiones particulares que hacen a su manera de ser, de producir y de reproducir su vida²¹. Los pueblos indígenas más grandes en términos numéricos son el Mapuche, Qom, y Guaraní. Tal y como lo afirma, mediante fuentes oficiales, Casimiro (2019):

Los tres pueblos numéricamente más grandes de la Argentina son el Mapuche, que representa el 21,5 % de la población indígena, seguido por los pueblos Qom (13,3%) y Guaraní (11,1%). Estos pueblos son los únicos que se ubican por encima del 10%; sumados conforman el 45,9% de la población originaria argentina (p. 74).

Viven tanto en asentamientos rurales como en ámbitos urbanos a los que han migrado a lo largo de los años, entre otras cuestiones, como consecuencia de la reducción de sus territorios ante el avance de intereses económicos externos (Weiss *et al.*, 2013). En este sentido, y a pesar de las migraciones de los pueblos indígenas a ámbitos urbanos a fines del s. XX y principios del s. XXI, se podría decir que ellos siguen conservando sus culturas, tradiciones, y lenguas que hacen a sus modos de vida. Dentro del territorio argentino hay dos regiones del país en donde se encuentra una mayor concentración de pueblos indígenas, el norte grande y el sur, siendo en norte grande la que mayor diversidad de población tiene. A su vez, se consideran regiones de ocupación tradicional y otra no tradicional. Con tradicional se hace referencia a una ocupación histórica entendida como una presencia que se sostuvo a lo largo de la historia, sostenida a su vez desde tiempos pre estatales y pre hispánicos; y con no tradicional se hace referencia a zonas urbanas a donde han migrado las comunidades

¹⁹Según el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (https://www.cultura.gob.ar/dia-internacional-de-los-pueblos-indigenas_6292/)

²⁰El termino comunidades refiere al conjunto de familias o de grupos que conviven y se autoidentifican como miembros de un pueblo indígena, poseyendo una organización social propia, historia, cultura y territorio en común (https://www.cultura.gob.ar/aborigenes-indigenas-originarios-a-que-refiere-cada-termino_6293/).

²¹En cuanto a las regiones de nuestro país, este se divide en cuatro regiones en términos de puntos cardinales, y los pueblos indígenas que habitan cada uno de ellas son los siguientes. La región noreste abarca las provincias de Chaco, Formosa, Misiones y Santa Fe; y residen en dicha zona los Mbyá, guaraníes, Mocoví (Moqoit), Pilagá, Toba (Qom) y Wichí. La región noroeste abarca las provincias de Catamarca, Jujuy, La Rioja, Salta, San Juan, Santiago del Estero y Tucumán; y los pueblos que residen en dicha zona son Mbyá Guaraníes, Chané, Chorote, Chulupí, Diaguíta – Calchaquí y Kolla. La región central abarca Buenos Aires, La Pampa y Mendoza; y los pueblos indígenas que residen en dicha zona son Atacama, Huarpe, Ranqueles y Tupí Guaraní. Por último, la región sur abarca todo lo que es la Patagonia del país, y en ella residen los pueblos Mapuches, Onas y Tehuelches. (Anticipos Diario Digital. 20/10/2018. Extraído de <https://diarioanticipos.com/2018/10/20/cuales-son-los-pueblos-originarios-de-argentina-y-donde-viven/el10/02/2020>)

ya sea por motivos económicos, escolares, usurpación del territorio donde residían, pero sin dejar de considerarse comunidades indígenas (Casimiro, 2019).

En esta línea, se entiende a las regiones no tradicionales como aquellos espacios en donde “(...) *las familias buscan sostener y reconfigurar las formas de organización social comunitaria, logrando construir nuevas relaciones con el espacio urbano que les posibilitan fortalecer y resignificar su identidad. Muchas comunidades originarias en contextos urbanos habitan barrios y asentamientos periurbanos*” (Casimiro, p. 69). En los nuevos espacios no tradicionales se configuran las políticas de salud y comienzan a materializarse debido a que muchas de las instituciones del primer nivel de atención se encuentran ubicadas cerca o en las zonas periurbanas en donde residen estos pueblos. Y si bien no es tarea fácil llevar a cabo una atención primaria de la salud con un enfoque intercultural en estas zonas, es aún más difícil en aquellas regiones tradicionales ya que las mismas no se encuentran en zonas urbanas, sino más bien alejadas y requieren de otro tipo de esfuerzos por parte de los equipos de salud.

Históricamente ha existido una relación asimétrica entre los pueblos indígenas y los no indígenas, que se ha ido reproduciendo a lo largo del tiempo y que colocó al sistema de salud occidental por sobre el sistema de salud de los indígenas, es decir, los métodos del cuidado de la salud que ellos poseen (Aizemberg, 2013). Este es uno de los aspectos que el enfoque intercultural en APS intenta revertir, es decir, la hegemonía de pensamientos ya que no hay una única verdad, y todos los sistemas de salud son válidos dependiendo de las realidades y trayectorias de cada persona.

A continuación, se desarrollará una contextualización sobre el CAPS “*Moqoit Nqadenqa*” y sobre el marco normativo del enfoque interculturalidad en APS que se dirige a las poblaciones indígenas de las que aquí se habló.

Ahora bien, la comunidad indígena “Pedro José” a la que está dirigida el enfoque intercultural del CAPS “*Moqoit Qnandenqa*” forma parte de la población indígena mocoví, pero ¿Quiénes son los mocovíes, en que zona residen, y como es su estilo de vida? En el capítulo 4 se desarrolla un acercamiento general sobre quiénes son los mocovíes, y luego me centro en la comunidad Moqoit “Pedro José”, en tanto usuarios de la institución en la cual la presente tesina se enmarca.

CAPITULO III

El CAPS “*Moqoit Nqadenqa*” y el marco normativo del enfoque intercultural en APS.

En el presente capítulo se desarrolla, en un principio una contextualización sobre el CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”, institución en la que se centra la presente tesina. Y luego se realiza un acercamiento a los marcos normativos nacional y provincial en los que se respalda la atención de la salud desde una perspectiva intercultural. Los marcos brindan una guía de acción que desde las instituciones de salud intentan seguir en la medida de lo posible en cada territorio, teniendo siempre como fin promover la salud y prevenir las enfermedades de las comunidades indígenas, garantizando el derecho de estas a la salud. En tal sentido, con el presente capítulo, se pretende que se conozca la institución a la que asisten los miembros de la población indígena *Moqoit* “Pedro José”, en Tostado, Provincia de Santa Fe; y a los marcos normativos en los que la institución se respalda.

III.I Sobre el CAPS “*Moqoit Qnandenqa*”, surgimiento y contexto actual en la localidad de Tostado.

En el presente apartado se dará cuenta del contexto socio-histórico-geográfico del CAPS “*Moqoit Qnandenqa*”, es decir, la institución en la que se enmarca la presente investigación²².

El CAPS “*Moqoit Qnandenqa*” se ubica geográficamente en la localidad de Tostado, la cual se encuentra al noroeste de la provincia de Santa Fe, a 330km de la capital provincial, y se localiza cerca de los límites provinciales de Chaco y Santiago del Estero; pertenece al departamento 9 de Julio, y es cabecera del mismo. En cuanto a la red de salud, Tostado corresponde a la Región 2 Nodo Rafaela²³. Dicha localidad cuenta con un hospital SAMCo de media complejidad, tres CAPS (dos de dependencia municipal y uno de dependencia provincial), y un CIC²⁴ (Centro Integrador Comunitario).

²²Para esto se retoman las notas de campo registradas sobre la historia y el cotidiano de la institución, documentos institucionales y artículos provinciales.

²³ Sobre la red de salud de la provincia de Santa Fe se habla detenidamente en el apartado 3.3 del presente capítulo.

²⁴ Los CICs tienen la finalidad de desarrollar acciones de promoción y prevención socio sanitarias, intentando a su vez lograr una participación e integración de aquellas instituciones que se encuentren involucradas para poder responder a las demandas de la población desde una mirada integral.

(<http://www.desarrollosocial.gob.ar/wp-content/uploads/2015/07/3.-CIC-Estrategia-de-gestion.pdf>)



Imagen 1-extraída de Google Maps

Dentro de la localidad el CAPS se ubica en su periferia noreste, sobre calle Chaco (casi calle La Pampa), al interior de la zona donde reside la comunidad Mocoví "Pedro José"²⁵, en la periferia noreste del barrio San Genaro.

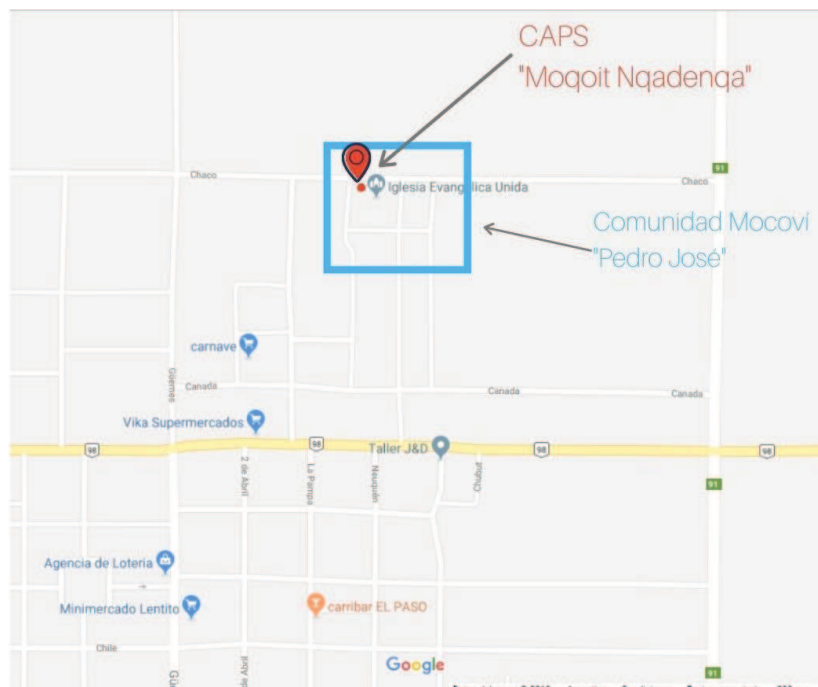


Imagen 2-extraída de Google Maps

²⁵Los terrenos donde residen los miembros de la comunidad y donde se encuentra ubicada la institución fueron cedidos por la municipalidad de la localidad mediante una ordenanza municipal en el año 1986 (Filippi, 2019).

El área de influencia²⁶ del CAPS es extensa, abarca el barrio San Genaro²⁷ de la localidad de Tostado. Su ubicación geográfica se encuentra delimitada de sur a norte por las calles Saavedra hasta calle Chaco, y de oeste a este por calle Independencia hasta Av. Naciones Unidas, aunque no todos los habitantes de la zona concurren al CAPS ya que suelen referenciarse con otras instituciones de salud de la ciudad. El área de influencia no comprende solo a la comunidad mocoví, pero la comunidad es la de mayor prioridad al momento de la toma de decisiones que se dan en la institución para la construcción y resolución de problemas. A partir de mis registros sobre las observaciones y también sobre los relatos de los actores es posible señalar que a la institución asisten los miembros de la comunidad mocoví, personas originarias de la comunidad de “El Pastoril”²⁸ (Chaco), y vecinos que residen cerca de la institución.

La localidad de Tostado tiene una ubicación geográfica lindante con la provincia del Chaco, lo cual es importante debido a que los mocovíes que residen en la localidad, en palabras de la médica del CAPS, “*van y vienen al Chaco*”, precisamente a Colonia El Pastoril, ubicada en la provincia vecina. En este sentido, la médica los considera como nómades y a su vez podría decirse, según un profesional del equipo de salud, que quienes vienen desde dicha colonia lo hacen debido a que en su lugar de residencia no reciben la misma atención médica. Según las observaciones que he realizado y los diversos relatos que obtuve del personal del equipo de salud, en su mayoría quienes asisten al CAPS, son mujeres de la comunidad, y creo entender que las consultas se relacionan a embarazos, maternidad, anticoncepción (búsqueda de pastillas anticonceptivas), también a controles pediátricos de bebés y niños (controles, vacunas, lastimaduras); no todas las consultas, pero sí en su mayoría. Entiendo que hay una mayor demanda sobre los controles pediátricos y de embarazos de las mujeres de la comunidad, en este marco también se presta especial atención a que tanto embarazadas como niños asistan a los controles pactados. Enfermedades tales como chagas y tuberculosis han sido ya erradicadas de la comunidad, pero también surgen nuevas enfermedades que los mocovíes no solían padecer, tales como diabetes e hipertensión²⁹.

Por otro lado, considero que para entender la situación actual del CAPS, sobre todo entre los años 2017-2019 en los cuales se centra la investigación, es importante retomar (de manera general) la historia del mismo para dar cuenta de cómo y por qué este contiene un enfoque intercultural. Y también por qué el enfoque intercultural fue incorporado de manera “oficial” recién en agosto de 2019 en la reinauguración de la institución como CAPS intercultural cambiando su nombre a “*Moqoit Nqadenqa*” en el marco del proyecto de incorporación del enfoque intercultural en los servicios locales de salud de la provincia de Santa Fe a los que asisten miembros de poblaciones indígenas. El mencionado proyecto se enmarca en un plan de acción que se desarrolla desde el sistema de salud provincial³⁰. El nuevo nombre de la institución fue elegido

²⁶ El sistema de salud de la provincia de Sta. Fe concibe al área de influencia como aquella área geográfica que abarca la atención de la salud de determinadas instituciones, la misma puede variar en función de la población y en los cambios de la red del servicio de salud. (<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/225942/1183448/file/Area%20de%20influencia%20y%20area%20de%20responsabilidad.pdf>)

²⁷ Ver mapa imagen 1.

²⁸ La comunidad mocoví Pedro José se encuentra vinculada por lazos de parentesco y visitas frecuentes con familias de Colonia el Pastoril, ubicada en la provincia del Chaco (Filippi, 2019)

²⁹ Sobre la atención, el trato, y las estrategias de promoción de la salud y prevención de enfermedades, en el contexto del CAPS, se profundiza en el capítulo cinco.

³⁰ Sobre dicho proyecto se habla específicamente en el apartado 3.3 del presente capítulo.

entre equipo de salud y miembros de la comunidad mocoví para el cual, a partir de los relatos de la referente, se tuvo en cuenta lo que los últimos consideran como importante; por esto el nuevo nombre refiere a una expresión en el idioma *moqoit*, y se traduce como *“el lugar en donde todos se reúnen y van a resolver sus problemas”*.

Ahora bien, poder rastrear los inicios de la institución fue confuso debido a que he encontrado diversas cuestiones con lo referido a las diferentes gestiones de turno, local y departamental, que tuvo la localidad de Tostado. Por esto, lo que se expone aquí se respalda en notas de campo, en discursos de diversos actores que he registrado durante el trabajo de campo, y en documentos compartidos por la institución, en relación a su historia. No he podido plasmar el surgimiento del CAPS en una fecha específica ya que si bien parte del personal de la institución hace responsable del surgimiento de la misma a una médica (ya jubilada y que reside actualmente en otra ciudad), en su reinauguración varios discursos disentían sobre el inicio del CAPS hacia fines de la década del '90, y la ubicaban entre la década del '80 y principios de los '90. Los discursos partían de intendentes de la localidad que desarrollaron su gestión en el último cuarto del s. XX y principios del s. XXI, como así también el intendente de la gestión actual, y también el senador departamental.

Entonces, con base en mis notas de campo, en el año 1979 un médico de la localidad fue uno de los primeros actores en comenzar a preocuparse, e involucrarse, por los miembros de la comunidad mocoví en lo que refería a su salud, considerando en ella a las condiciones habitacionales de la comunidad. Luego, a mediados de la década del '80 se cede el terreno a la comisión de comunidad y al CAPS mediante una ordenanza municipal, donde actualmente se ubica el centro de salud y donde reside la comunidad. Luego, en la década del '90 comienza a gestionarse la conexión de luz a la zona donde habitan los mocovíes, entre la parte ejecutiva de la municipalidad y algunos miembros de la localidad, durante ese periodo se comienza a gestionar la creación del CAPS mediante el programa ANAHI³¹, y es aquí donde aparece otro actor clave que es una médica de la localidad que también se preocupó y ocupó por la salud de los miembros de la comunidad mocoví.

El agente sanitario mocoví es la persona que se encuentra trabajando en la institución desde sus inicios, precisamente desde el año 1988, según me lo afirma el. Así mismo, me reafirma que el centro de salud comenzó con la doctora M. entre fines de la década del '80 e iniciada la década de '90. Ella se ocupó de realizar un proyecto *“... como para levantar el centro de salud para la comunidad”* (O. O., comunicación personal, 11 de julio de 2019). La preocupación de la iniciativa de la médica se sustentaba en que las personas de la comunidad *“... se morían, no iban al hospital”* (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019). Aquí queda claro que el CAPS desde sus inicios estuvo destinado principalmente a la atención de la salud de los mocovíes que residen en la localidad. Incluso, en una de las entrevistas realizadas al agente sanitario afirma nuevamente que *“... la historia empezó con ella”* (O. O., comunicación personal, 11 de julio de 2019.); en un trabajo *“a pulmón”*, juntando lo que las personas de la ciudad donaban colectivamente como ladrillos, chapas; se recorrían los barrios recolectando donaciones para así poder comenzar a levantar el edificio de la institución, a lo que luego se le sumó el programa ANAHI mediante el cual se culminó la construcción material del CAPS. Es decir, la institución se gestiona, mediante un

³¹ Los objetivos y fines de dicho programa se desarrollan en los subcapítulos siguientes.

financiamiento del INAI (Instituto Nacional de Asuntos Indígenas), entre fines de la década del '80 y principios de los '90³²³³.

La iniciativa de construcción de la institución, surge por la médica M., y tenía como fin la atención de la salud de los miembros de la comunidad ya que, por diversas cuestiones, ellos no concurrían al hospital de la localidad. Frente a esto, dicha medica comienza, en conjunto con algunos miembros de la comunidad, acciones para poder construir el CAPS dentro de la zona donde estos residían (y residen actualmente). Esto lo he podido registrar durante mi trabajo de campo en el CAPS, en donde el accionar de dicha medica era un discurso recurrente en el transcurso de mi paso por la institución, y donde también se hacía referencia a que se comenzó “a pulmón”, consiguiendo donaciones de materiales, y juntando ladrillos en una carretilla.

En cuanto al equipo de salud puede decirse que fue conformándose poco a poco, por diversos profesionales y no profesionales, pero de manera progresiva con muchas luchas y demandas en el correr del tiempo. Recién en 2006 el CAPS comienza con una enfermera, un médico y el agente sanitario mocoví, ambos con pocas horas semanales, antes solo atendía un médico; en 2007 se incorpora una agente sanitaria que pertenece a la comunidad (y que actualmente sigue formando parte de la institución). En 2008 se solicita la ampliación del horario de atención médica ya que ella contaba con limitadas horas en la institución, (pero esto se hace efectivo recién en 2017), en 2009 se incorpora una odontóloga al CAPS.

Desde 2017, el CAPS cuenta con un equipo conformado por una médica generalista, dos agentes sanitarios mocovíes, una agente sanitaria “criolla”, dos enfermeras, una obstetra, una odontóloga, dos personas con cargos administrativos, y un miembro de la comunidad que suele encargarse de las tareas de limpieza. Las últimas tres personas dependen del municipio de la localidad, una se encarga de la admisión de pacientes y la organización de lo que es la parte administrativa, otra se encarga del control y entrega de medicamentos, y el ultimo contribuye al mantenimiento de la institución. No hay ningún profesional específico de la rama de las ciencias sociales, el cual es un aspecto que la referente del CAPS tiene mucho en cuenta, ya que considera que “*hacen lo que pueden con lo que tienen*” pero que también se necesitan profesionales con una mirada más “social”. En este contexto considero de importancia destacar que hubo dos profesionales (una trabajadora social y una psicóloga) que comenzaron a trabajar en la institución, pero no lo hicieron por mucho tiempo³⁴. A la actualidad no se encuentran en la institución profesionales que pertenezcan a la rama de las ciencias sociales, y si bien la médica proviene de una formación académica

³²Se profundizan cuestiones normativas en las que el CAPS se enmarca en los subcapítulos siguientes.

³³En dicho contexto, la gestión política de turno de la localidad estaba encabezada por un médico que consideraba de importancia a la salud de la comunidad.

³⁴Como ya se aclaró, el CAPS en sus inicios era de dependencia municipal, y ya desde ese momento era posible ver conflictos con la gestión de turno sobre los profesionales que podían estar en la institución brindando atención. Durante el primer periodo del centro de salud no se le permitía a personal del hospital de la localidad involucrarse con el funcionamiento del centro de salud.

Esto se aleja totalmente de la realidad actual de la institución, ya que la misma actualmente tiene dependencia provincial y como primer nivel de atención coordina constantemente con el hospital de la localidad, dicha coordinación es necesaria porque en diversas ocasiones el centro de salud no cuenta con ciertos equipamientos necesarios para situaciones particulares, por lo cual se coordina con personal del hospital. Dichas situaciones pueden ser de atención odontológica con tecnologías necesarias (que hasta 2019 no había en el CAPS), o situaciones en las cuales es necesaria una intervención por parte de las trabajadoras sociales, o psicólogas del hospital, ya que la institución no cuenta con dichas profesionales.

biologicista de las ciencias médicas he podido evidenciar aspectos relevantes tales como que se ha formado en un posgrado en salud social y comunitaria, y podría decirse que, al menos en su accionar y en sus discursos no prima una idea de modelo médico hegemónico. Así mismo ella considera la necesidad de tener profesionales de las ciencias sociales en la institución, tales como psicólogas o trabajadoras sociales. En este marco cabe destacar que en el año 2018 la médica, una enfermera y la agente sanitaria mocoví asistieron a encuentros de interculturalidad en APS brindados por el Ministerio de Salud Provincial para los equipos de CAPS que tienen como usuarios a miembros de pueblos indígenas.

Ahora bien, en el marco de la reinauguración de la que se habló al inicio del presente subcapítulo, se llevó a cabo una mejora edilicia en el CAPS. Durante el proceso (aproximadamente 10 meses) la atención médica se desarrolló en un camión sanitario ubicado sobre calle Chaco, frente a la institución. Antes del proceso de la mejora edilicia la infraestructura con la que se contaba era pequeña y sobre todo precaria. Este acontecimiento generó mucha emoción por parte del equipo de salud, sobre todo por quienes están hace más tiempo trabajando en él y por algunos de los miembros de la comunidad mocoví. Relaciono la emoción a las condiciones de trabajo en las que se desarrollaba el mismo antes de la ampliación y reforma material, en donde el consultorio de la médica no tenía puerta, solo una cortina, lo cual cuando la obstetra debía atender en el consultorio (porque era el único) a las mujeres de la comunidad, ellas no se sentían cómodas en esas condiciones porque “cualquiera podía entrar”, según me explicó la agente sanitaria criolla. A su vez, la sala de espera era pequeña por lo cual no se podía utilizar como tal; la médica, la obstetra y la odontóloga utilizaban el mismo consultorio (en distintos días), además de que no se contaba con aparatología odontológica de gran escala.

Al finalizar la reforma material (julio de 2019) la institución comienza a ser un lugar mucho más cómodo para la atención, y para las diversas maneras de habitarlo. Cuenta con dos consultorios, uno de ellos equipado con toda la aparatología odontológica necesaria, y el otro (compartido por la médica y la obstetra) cuenta con una camilla ginecológica nueva. La enfermería se encuentra aparte y totalmente equipada, y la parte de administración y farmacia por otro lado, con compartimientos necesarios para los medicamentos y computadoras tanto para lo que es admisión como para la carga de datos. Ahora la sala de espera es más grande y se puede utilizar como tal, en ella se colocaron algunos juegos de entretenimiento y el lugar se decoró con fotos de la institución del personal de la misma con miembros de la comunidad. También, y desde antes de la reinauguración, el CAPS comparte en la parte trasera un salón en donde por la tarde se dan clases (de apoyo) a los niños de la comunidad mocoví.

Recapitulando, el CAPS desde sus inicios tuvo énfasis en la atención de la salud de la comunidad mocoví. La reinauguración del CAPS como intercultural es el resultado de un proceso de construcción constante y progresivo, en donde se evidencia la responsabilidad, pero sobre todo la voluntad de los miembros del equipo de salud que velaron y velan por mejorar la salud de la comunidad y también la atención de la misma, principalmente por aquellos que forman parte de la institución desde hace cinco años o más, según comprendí a partir de sus relatos y las diversas emociones que les generó la reinauguración del CAPS. También, es posible entender que los servicios que la institución brinda, en el marco de programas y políticas de salud, fueron adecuándose a los modos de vida que llevan a cabo los mocovíes, pero de esto se habla detenidamente y se retoma en los capítulos cuatro, cinco, y seis.

A continuación, se da cuenta del marco normativo que respalda el enfoque de salud intercultural en APS, ya que el mismo se enmarca en el derecho a la salud de las poblaciones indígenas.

III.II Marco normativo del enfoque intercultural en salud a nivel nacional

A nivel nacional, la Ley 23.302 (1985), que modifica la Ley 25.799 (2003), sobre Política Indígena y Apoyo a Comunidades Aborígenes contempla el derecho a la salud de los pueblos indígenas en el capítulo VI de los Planes de Salud en los artículos 18, 19, 20, 21 (Garay, 2017).

Ahora bien, para entender el marco normativo del enfoque intercultural en APS, considero necesario volver a los orígenes históricos para dar un panorama general. Por esto, hacia fines del s. XX, en términos de salud, a partir de que el Estado comienza a preocuparse y ocuparse de la cuestión indígena, surge el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) como una institución para poder registrar y "monitorear" a las comunidades indígenas. El mismo fue creado en 1984 por la Ley Nacional N° 23.302. El INAI crea un registro nacional de comunidades indígenas que le otorga personería jurídica a las comunidades de todo el país que se inscriban en él. A su vez, el fin del INAI alude a la protección y apoyo de las comunidades indígenas en base a los derechos que éstas poseen a nivel individual y colectivo, apuntando a terminar con las injusticias y discriminaciones que sufrieron, y que hasta el día de hoy persisten en la sociedad. Cuando se relaciona poblaciones indígenas con derechos, normas, leyes, siempre se dan en un sentido de reparación histórica y de respeto a sus identidades, culturas, y formas de vida (Magnifico *et al*, 2017). En 1992 surge desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) la iniciativa de salud de los pueblos indígenas con el fin de transformar los sistemas de salud oficiales apoyando el desarrollo de modelos alternativos de atención para las poblaciones indígenas, en donde se pueda incluir a la medicina tradicional de estos (Ramírez, 2009).

A nivel nacional, la Ley 24.071 se sanciona en el año 1992, y aprueba el convenio N° 169 de la OIT (Organización Internacional del Trabajo) sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, el cual promueve el respeto por las culturas, formas de vida y tradiciones de los pueblos indígenas. Lo cual es de gran importancia para la materialización de los derechos de los pueblos indígenas en cuanto a política general, tierras, empleo, formación profesional, educación y medios de comunicación, contactos y cooperación a través de las fronteras; y en cuanto al tema que aquí atañe, en el apartado V establece lo referido a la seguridad social y a la salud, en los artículos 24 y 25.

Entonces, es posible decir que a mediados de los `90 los efectores de salud comienzan a reconocer y dar importancia a las culturas y formas de vida de pueblos indígenas en las políticas nacionales de salud, en donde el enfoque intercultural inmerso en la salud pública, y sobre todo en el primer nivel de atención, tendría el objetivo de reducir las brechas entre los sistemas de salud, indígena y occidental (oficial), partiendo del respeto y reconocimiento mutuo de los sistemas de conocimiento que posee cada cultura (Aizemberg, 2013). Es decir, en aquellos países que forman parte de la OPS se apunta a que tanto el equipo de salud como los miembros de los pueblos indígenas colaboren y participen, pero es posible encontrar posicionamientos diversos en dicha relación (que pueden facilitarla u obstaculizarla), por parte de los actores involucrados. Por esto en nuestro país el reconocimiento dentro de la agenda nacional de los pueblos indígenas como tales comienza en la década del `80, pero el momento principal es el 1994 en la Reforma Constitucional de

la Nación incorporándose el reconocimiento étnico y cultural, apuntando al respeto y la revalorización de la diversidad cultural.

Por lo dicho, a nivel nacional se reafirma lo establecido en el apartado V del convenio, donde se constituye la seguridad social y salud en el apartado V, en el artículo 24 referido a la seguridad social y el artículo 25 referido específicamente a la salud, el cual establece cuatro principios que deben guiar las políticas interculturales en salud:

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

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

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

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

Entre 2000 y 2016 se dictan una serie de resoluciones desde el Ministerio de Salud de la Nación, algunas de ellas referidas específicamente a lo referente a salud indígena. En el 2000 el Ministerio de salud de la Nación crea el programa ANAHI (Apoyo de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas), que tenía como fin mejorar las condiciones de salud de aquellos pueblos indígenas en ámbitos rurales y periurbanos, apuntando a ampliar la cobertura de la APS y el acceso a la misma para estas comunidades. Basándose en el respeto de las culturas, tradiciones, creencias que son inherentes a las comunidades; y también al respeto de la ancestral medicina indígena, es decir, a como ellos entienden a la salud³⁵. También proponía la incorporación de agentes sanitarios indígenas, para que se desempeñen como articuladores interculturales entre las instituciones de salud y su comunidad (Magnifico et al, 2017). En septiembre de 2004 se crea el Programa Médicos Comunitarios mediante la Resolución N° 915 con el objetivo de mejorar la calidad del primer nivel de atención del sistema de salud público³⁶. Pero, en 2011 y mediante una nueva

³⁵ O saberes ancestrales de cuidados en salud como se la denomina desde el CAPS "Moqoit Nqadenqa".

³⁶ Este programa consta de tres posgrados: salud social y comunitario, metodología de la investigación para la salud social y comunitaria, y equipos comunitarios para pueblos originarios, este último "(...) propone la conformación e intervención de equipos interdisciplinarios e interculturales que desarrollen estrategias"; proponiendo mejorar la situación socio sanitaria de las poblaciones indígenas (Wilner, et al, p. 9, 2007). La línea específica de dicho programa se denominó Subprograma de Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, y mediante este se crearon equipos de salud interdisciplinarios promoviendo intervenciones socio sanitarias integrales en comunidades indígenas lo cual apuntaba a fortalecer un enfoque intercultural formando recursos humanos para el primer nivel de atención de salud; brindar una atención de la salud basada en el respeto a las tradiciones y culturas de los pueblos indígenas; y reforzar las actividades de promoción y prevención de la salud. Dichos equipos

resolución, N° 439, el programa pasa a denominarse como Programa Médicos Comunitarios-Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, creándose dentro del mismo la Coordinación Central y el Área de Salud Indígena³⁷. Luego y a partir del transcurso de un determinado periodo de tiempo desde el dictado de la resolución (N° 439) se hace necesario y urgente actualizar los lineamientos del programa; por esto en 2016 el Área de Salud Indígena, a partir de la resolución N° 1036, pasa a depender de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria y a denominarse "Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas"³⁸. En Mayo de 2019 el programa pasa a estar bajo el ámbito de la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria a partir de la resolución N° 880³⁹.

El mencionado programa se basa en cuatro ejes estratégicos que deben guiar el trabajo. El primero eje alude a que las comunidades indígenas participen a través de lo que se denomina la consulta previa, libre, e informada; el segundo eje refiere a la formación y capacitación de los equipos de salud en interculturalidad y salud indígena; el tercer eje plantea la complementariedad entre las medicinas oficial e indígenas; y el cuarto eje considera que las políticas interculturales de salud se implementen a nivel nacional.

La misión del programa reside en poder establecer un diálogo "fluido, participativo, e intercultural" entre la Secretaria de Gobierno de la Salud y las Autoridades Indígenas a nivel nacional, ofreciendo a su vez formación en interculturalidad a los equipos de salud que desempeñan APS en efectores de salud que brindan atención a comunidades indígenas. Para esto se propone cuatro objetivos, el primero refiere a la formulación de planes para poder reducir las inequidades que existen en las poblaciones indígenas con respecto a la salud; el segundo apunta a la disminución de la morbi-mortalidad de las poblaciones indígenas a partir de estrategias de promoción y prevención de la salud; el tercero apunta a capacitar a personas de diversas comunidades para que actúen como interlocutores entre el sistema de salud y las comunidades; y el cuarto objetivo apunta a articular programas con financiamiento internacional, programas ministeriales nacionales y provinciales, el INAI, para la coordinación de propuestas y políticas que estén dirigidas a poblaciones indígenas. El mismo apunta entonces a la reducción de inequidades en lo que atañe a la salud de las poblaciones "objetivo", es decir, poder mejorar desde una perspectiva intercultural tanto la cobertura de la salud como las condiciones de acceso de las comunidades indígenas de todo el país al sistema de salud público⁴⁰.

Entonces es posible plantear como antecedentes del Programa Nacional de Salud Para Pueblos Indígenas al Área de Salud Indígena, la cual a su vez tiene como antecedentes al Programa ANAHI y al Subprograma de Equipos Comunitarios para

interdisciplinarios se conformaban por 6 profesionales que desarrollaron un trabajo de quince días por mes en el territorio y asistían de forma mensual a encuentros en el marco de su formación (Magnifico et al, 2017).

³⁷ Esta área tenía el fin de fortalecer la perspectiva intercultural en salud y ampliar el espacio de reflexión a todos los integrantes del equipo de salud, se reestructura el alcance de las políticas de atención de salud de las comunidades indígenas en lo que refiere a recursos humanos y se amplía el acceso de comunidades indígenas a la APS, mejorando así la accesibilidad y la calidad de la atención, desde una perspectiva intercultural basada en la normativa vigente y en la consulta previa, libre e informada (Magnifico et al, 2017).

³⁸<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/151848/20161005>

³⁹<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/208327/20190528>

⁴⁰<https://www.argentina.gob.ar/salud/pueblosindigenas>

Pueblos Originarios (2005-2007), ya que la creación del área incorporó la experiencia y los recursos de los mismos.

Pero, como ya se mencionó anteriormente, los ejes y objetivos guían a un ideal de salud intercultural, que puede que no se lleve a cabo en todas sus dimensiones, aunque podría considerarse que sirven de apoyo y guía para el desarrollo del programa, considero esto teniendo en cuenta tanto el marco normativo nacional como el marco normativo provincial de Santa Fe, el cual se desarrolla a continuación.

III.III Marco normativo del enfoque intercultural en salud en la provincia de Santa Fe

Para entender la división de los apartados de los marcos normativos en el presente capítulo, es preciso plantear aquí que cada provincia de Argentina define cual es la política de salud que implementa, ya que cada una es autónoma debido a que el gobierno de nuestro país es representativo y federal (Wilner et al, 2007)⁴¹.

Considero destacar la gestión en salud pública que posee la provincia de Santa Fe con base un Ministerio de Salud que organiza la atención de la salud mediante una gestión de redes de primer, segundo y tercer nivel. CAPS; Hospitales y SAMCOS de baja y media complejidad; y Hospitales de alta complejidad.

El sistema de salud de la provincia de Santa Fe se organiza en un modelo de gestión de red compuesta por efectores de salud que pertenecen a las gestiones provinciales y municipales. Los cuales son de primer, segundo, y tercer nivel. En el primer nivel se encuentran los CAPS en donde se ubica la Atención Primaria de la Salud, en el segundo nivel los Hospitales y SAMCOS de baja y media complejidad, y en el tercer nivel los hospitales de alta complejidad. A su vez, los efectores se organizan en una red en el territorio provincial, en cinco regiones que pertenecen a cinco nodos (ciudades) que brindan “*información, articulación, y distribución de recursos y capacidades*”, abarcando así toda la provincia. Región 1-Nodo Reconquista; región 2-Nodo Rafaela; región 3-Nodo Santa Fe; región 4-Nodo Rosario; región 5-Nodo Venado Tuerto. Cada una comprende departamentos provinciales según la región, de este modo, Tostado pertenece al Dpto. 9 de Julio, el cual pertenece al Nodo Rafaela⁴². Si pensamos en las comunidades indígenas usuarias de cada red de salud, en la región 1 se encuentran cuatro comunidades tobas, y trece comunidades mocovíes; en la región 2 se encuentran una comunidad mocoví (la usuaria del CAPS “Moqoit Nqandenqa” en la localidad de Tostado), y una comunidad toba; en la región 3 se encuentran dos comunidades tobas, una comunidad olongasta-diaguíta, una comunidad corunda, y quince comunidades mocoví; en la región 4 se encuentran siete comunidades mocovíes, una comunidad mapuche, dos comunidades coya, y trece comunidades toba; y en la región 5 se encuentra una comunidad coya, y cinco comunidades mocovíes. (Gomitolo *et al.*, 2019).

El sistema de salud de la provincia, además de considerar la declaración de Alma Ata⁴³ respecto del primer nivel de salud, sostiene a la APS como aquella estrategia

⁴¹Más allá de esto, el Plan Federal de Salud (formulado en 2004) propone un modelo de APS que implica que los niveles locales (provincias y municipios) sean los responsables del despliegue de una estrategia de APS desarrollada en base a políticas saludables, mientras que el Ministerio de Salud de la Nación provee los insumos necesarios a través de diversos programas (Programa REMEDIAR, Materno Infantil, de Inmunizaciones, de Salud Sexual y Procreación Responsable, entre otros) (Wilner et al, 2007).

⁴²<https://www.santafe.gob.ar/index.php/web/content/view/full/114560>

⁴³ Ver capítulo 2.1

organizadora del sistema en donde comienzan a definirse las maneras en que se articulan los diferentes niveles de gestión en salud (1er, 2do, y 3ro), y la forma de organización del trabajo en lo que respecta a la salud de la población. Así mismo, se concibe a la salud como un derecho humano universal y desde la noción de integralidad, lo cual implica la necesaria incorporación de un enfoque intercultural para abordar los procesos de APS considerando la diversidad de culturas que se encuentran implicadas en ellos. Lo que lleva a que se deban adecuar los efectores de salud a las características y necesidades culturales de los pueblos indígenas con los que estos interactúan (Resolución Provincial N° 1866, 2019)⁴⁴. En esta línea, desde el sistema de salud de la provincia, garantizar el derecho a la salud de la población implica que ésta esté en el centro de la escena y que los servicios de salud estén a su servicio (Gomitolo, et al, 2019).

Retomando la historia y para entender la actualidad del enfoque intercultural en APS, a nivel provincial, en 1989 en el marco de la Primera Asamblea de Comunidades Aborígenes de Santa Fe se constituyó la Organización de Comunidades Aborígenes de Santa Fe (OCASTAFE) nucleando a Tobas y Mocovíes en el mismo espacio; a fines de 1993 se promulga la Ley Provincial de Comunidades Aborígenes N° 11.078.

La Ley establece principios generales, de autoridad de aplicación, de la propiedad de la tierra, de cultura y educación, de salud, de viviendas, de nombre y documentación de las personas, de seguridad social y de recursos. En el marco de los principios generales considera el reconocimiento de la organización y la cultura de los pueblos indígenas y propicia a partir de ello su inserción social. De tal forma establece que, para regular la convivencia, las comunidades pueden llevar a cabo lo que serían sus propias normas de vida, es decir, lo que se entiende por normas consuetudinarias (aquellas que no están escritas formalmente pero que se desarrollan y respetan desde un determinado periodo de tiempo), mientras no sea contrario al orden público establecido. Pero en lo que refiere específicamente al apartado V de salud, considerando que si bien todo lo escrito en ella es importante lo que refiere a la salud de los pueblos indígenas es lo que hace al espíritu de la presente investigación, se reconoce a la medicina natural de las poblaciones indígenas como un aporte para la cultura a nivel no solo provincial sino también nacional; así mismo se procura una recopilación de los conocimientos herborísticos, de las prácticas de curación y de alimentación que les son propias a las comunidades; a su vez se procura la formación de promotores indígenas para la atención de la salud de las comunidades, es decir, que en los equipos de salud de las instituciones se encuentren agentes comunitarios propios de cada comunidad; también un trabajo interdisciplinario para todo lo que atañe la atención de la salud en el primer nivel; y la creación de centros asistenciales en la zona donde residen las comunidades o próximos a éstas; y disponibilidad de medicamentos en las instituciones de salud. La medicina indígena, o saberes ancestrales de cuidados en salud como elijo conceptualizarla ya que es como se la denomina desde el CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”, es uno de los aspectos centrales de esta investigación, y se desarrolla en el capítulo cuatro.

En este contexto, la Ley Provincial 11.078 crea el Instituto Provincial de Aborígenes Santafesinos (IPAS)⁴⁵, en el año 1993 (mismo año en el que se promulga), el instituto se reglamenta en 2005 pero su funcionamiento se materializa desde el 2009, y desde

⁴⁴ Resolución provincial dictada el 26 de agosto de 2019 mediante la cual se crea el Área de Trabajo de Salud Intercultural a través de la nota 8022/2019, por parte de la subsecretaria de gestión territorial de primer y segundo nivel de salud.

⁴⁵<https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/view/full/93748>

el 2011 se conforma por cinco consejeros electos por la Asamblea de Comunidades Aborígenes. Comienza con su funcionamiento efectivo en el año 2009, y entre sus objetivos incorpora la perspectiva de los pueblos indígenas en los procesos de planificación provincial estableciendo de esta manera una relación entre las comunidades indígenas, con las diversas áreas del gobierno provincial como salud, medio ambiente, educación, cultura, justicia, y con los gobiernos locales, para que se cumpla lo establecido en la Ley 11.078 mencionada.

Es largo recorrido y son muchas las experiencias territoriales que sostuvieron los equipos de salud en conjunto con las comunidades indígenas, en aquellas instituciones que se encargan de la atención de la salud de estos últimos (Gomitolo *et al*, 2019). El enfoque intercultural en APS, en lo que respecta a la provincia de Santa Fe, si bien toma algunos aspectos establecidos nacionalmente, se apoya sobre todo en normativas y convenios internacionales, tales como la OPS y el convenio de la OIT.

A partir de diversas experiencias desarrolladas por equipos locales de salud, considerando también una serie de peticiones institucionales con una vasta historia, el Ministerio de Salud de la provincia impulsa acciones para promover la incorporación del enfoque intercultural en los servicios de salud sobre todo a raíz de cuestiones que surgen en los encuentros entre dicho ministerio y el IPAS.

En lo que refiere a la salud, desde el IPAS se entiende que, aunque los pueblos indígenas compartan problemas de salud con el resto de la población, se generan relaciones problemáticas y distintivas en el acceso a la atención de la salud de los primeros, en donde lo distintivo recae sobre las culturas, y tradiciones sociales e históricas; en donde dicha conflictividad es reconocida por los equipos de salud y los pueblos indígenas. Frente a esto, en diciembre de 2018, se firma un convenio de cooperación mutua entre el sistema de salud provincial y el IPAS con el fin de poder generar acciones para incorporar el tan necesario enfoque intercultural en la planificación estratégica provincial. Pero sobre todo en lo que refiere al sistema de salud de manera oficial, y de esta manera adecuar los servicios de los efectores del primer nivel de salud a los que asisten miembros de pueblos indígenas, a sus características sociales y culturales⁴⁶.

Dicho convenio establece protocolos de incorporación del enfoque intercultural en las estrategias de atención de la salud, adecuándolas a las características sociales y culturales de los pueblos indígenas; profundizando así un compromiso con el área de salud que apunta a preservar las identidades culturales de estos pueblos. Para esto se trabaja en la revisión de los equipos de salud y también en las necesidades que presenta cada institución ya que las realidades de cada una son diversas. A su vez, equipos a nivel provincial se encargan del acompañamiento de las instituciones tanto en el desarrollo de la incorporación de la perspectiva intercultural, como también posteriormente para seguir reforzando una atención adecuada. Este documento le da mayor relevancia a la participación del consejo del IPAS en tanto autoridad representativa y a las comunidades indígenas, como los actores claves al momento de coordinar e integrar diversas acciones en lo que refiere a la estrategia de APS. También se considera sumamente necesario e importante priorizar acciones de obras de infraestructura, en cuando a mejoras edilicias (como fue el caso del CAPS *Moqoit Nqandenqa*, y también la creación de CAPS en lugares estratégicos dentro de la provincia).

⁴⁶Convenio de colaboración mutua. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Santa Fe, 2018.

Ahora bien, en el marco del II Convenio de cooperación técnica entre la OPS⁴⁷ y el Gobierno de la Provincia de Santa Fe que se comienza a implementar un plan de acción para el fortalecimiento de la Salud Pública en la provincia, incorporando el enfoque intercultural en los servicios locales de salud de la provincia de Santa Fe, a los que asisten miembros de poblaciones indígenas, entre los años 2018 y 2019. Estas acciones fueron llevadas a cabo por el equipo del área de interculturalidad en salud conformado por el Dr. en Antropología Matías Alberto Stival, Lic. en Trabajo Social Patricia Carolina Nievas, Lic. en Psicología María Natalia Zehnder, y el Lic. en Comunicación Social Pablo Martín Cruz; en conjunto con los equipos de salud de los efectores y las poblaciones indígenas involucradas. El equipo desempeñó el trabajo en el marco de la Secretaría de Gestión Territorial del primer y segundo nivel de salud del Ministerio de Salud provincial. A su vez, sobre la marcha del plan de acción, el equipo pasa a definirse como el Área de Interculturalidad en Salud en agosto de 2019 mediante la resolución provincial 1866/2019, siendo la secretaría nombrada la que impulso su creación.

El plan de acción se llevó a cabo en cuatro CAPS, entre ellos el CAPS “*Moqoit Nqandenqa*”, inaugurándose de manera “oficial” como un centro de atención primaria de la salud intercultural en agosto de 2019 luego de la reestructuración material de la institución. El mismo se desarrolló con el fin de ubicar “(...) *singularidades culturales en el marco de políticas universales*”, principalmente en las políticas enmarcadas en el sistema de salud provincial. Todo se llevó a cabo bajo cinco líneas de trabajo correspondientes a intersectorialidad, infraestructura, construcción de datos epidemiológicos, redefinición del rol del agente sanitario, y fortalecer a los equipos de salud de APS en el desarrollo de las estrategias de APS (Gomitolo *et al*, 2019). Aquí hay un factor importante y que considero crucial si se habla de salud intercultural, el cual es la confianza. Los miembros del equipo desarrollaron el plan de acción con una base de confianza previa que habían establecido con los equipos locales de salud y sobre todo con parte del pueblo indígena.

El ministerio de salud provincial impulsa diversas acciones basándose en las premisas de “*equidad, inclusión, universalidad y gratuidad*”, y plantea a la salud como “(...) *Derecho Humano y Bien Social, del cual el estado es rector y garante con carácter irrenunciable*” (Resolución 1866/2019, Santa Fe). Entonces, considerando que a nivel nacional la Ley 24.071 aprueba el convenio de la OIT, conteniendo esta un rasgo constitucional, la creación del área de interculturalidad de la provincia reposa sobre el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas que plantea el convenio N° 169 de la organización nombrada, con base en sus artículos 2 y 3⁴⁸, sobre todo el derecho a la salud que se establece en los artículos 24 y 25⁴⁹.

A partir de lo expuesto en el presente capítulo es posible considerar que tanto a nivel nacional, pero sobre todo provincial la salud indígena es un tema de agenda y el cual genera en la red de salud de la provincia de Santa Fe la implementación de acciones que apuntan a un acceso a la salud adecuado para las poblaciones indígenas. En

⁴⁷ Oficina regional de la OMS, Buenos Aires, Argentina.

⁴⁸ Dichos artículos velan por que los pueblos indígenas interesados participen en las acciones que el gobierno provincial desarrolle para poder proteger sus derechos y que sea garantizado el respeto de la integridad de los pueblos indígenas; con el fin de que estos puedan ejercer sus derechos y se respete su identidad, culturas y tradiciones; siendo el gobierno el responsable de llevar a cabo dichas acciones; y a su vez este debe asegurar la existencia de instituciones que contengan los medios necesarios para el desarrollo de los programas (Ley 24.071, 1992).

⁴⁹ Se desarrollan en el apartado anterior

donde se intente considerar todo lo que a ellas atañe como cultura, tradición, historia, formas de vida, priorizando la escucha y la construcción de problemas de manera conjunta entre los equipos de salud y los pueblos indígenas que asisten a cada uno de ellos.

A partir de lo expuesto hasta el momento y contemplando al pueblo indígena usuario de CAPS “*Moqoit Nqandenqa*”, ¿Quiénes son los mocovíes que asisten al CAPS “*Moqoit Nqandenqa*” ?, en tanto usuarios del enfoque intercultural del primer nivel de atención de salud de la institución nombrada. En esto se basa el desarrollo del capítulo siguiente.

CAPITULO IV

“Ellos son así...”. Los mocovíes y su cultura, desde el equipo de salud.

En el presente capítulo se desarrolla un acercamiento general a la población indígena mocoví de nuestro país, y a la comunidad mocoví “Pedro José” a la que se dirige el enfoque intercultural del CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”. Se da cuenta de cómo el equipo de salud comprende a la cultura y cotidianeidad de la comunidad, y también las diversas formas de entender las nociones de salud, enfermedad y medicina presentes en el territorio en el que el enfoque intercultural se desarrolla. Por esto, la premisa del nombre del presente capítulo: “*Ellos son así...*” (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019), ya que refiere a un relato en el que un miembro del equipo de salud comienza a hablar sobre cómo los mocovíes producen y reproducen su cotidianeidad.

IV.I Pueblo indígena mocoví, y la comunidad mocoví “Pedro José”

Como se planteó al inicio de la presente investigación, la autora Silvia Citro (2006), quien ha realizado diversas producciones importantes sobre los mocovíes, plantea que el pueblo mocoví reside en asentamientos rurales y periurbanos de las provincias de Chaco, Santa Fe, y también en algunas localidades del Gran Buenos Aires. En este marco, es posible ubicar la residencia de la comunidad mocoví “Pedro José” en un asentamiento periurbano de la localidad de Tostado, en la provincia de Santa Fe, el mismo se encuentra en el territorio indígena⁵⁰ denominado como El Gran Chaco.

Dentro de lo que es la zona del Gran Chaco⁵¹ residen los indígenas que pertenecen a diversos grupos étnicos y que se agrupan en seis familias lingüísticas, el Guaycurú, Mataco, Enlhetenenlhet, y Lule-vilela; siendo el primero al cual pertenece la población mocoví (Tola *et al.*, 2013). Los mocovíes eran tradicionalmente nómades pero durante el proceso de colonización⁵² y en los años posteriores estos se vieron obligados a desplazarse hacia Santa Fe y Corrientes, provincias en donde originariamente no residían los mocovíes; a partir de esto y del transcurso del tiempo comenzaron a establecerse en su mayoría como comunidades sedentarias (aunque dentro de algunas comunidades mocoví aún persisten algunos rasgos de aquel nomadismo) y a trabajar en establecimientos agrícolas y obrajes (Altman, 2011).

En lo que fue el proceso de ocupación de territorios por parte de los colonos, los indígenas chaqueños se vieron forzados a instalarse de manera sedentaria en comunidades agrícolas y a comenzar a trabajar en obrajes madereros; luego en los inicios del s. XX se han ido creando misiones y reservas estatales, por los colonos, con el fin de que residan en un solo lugar, es decir, que comiencen a ser sedentarios,

⁵⁰ Con territorio indígena se hace referencia a las zonas del país en donde habitan pueblos indígenas debido a que sus divisiones territoriales son prehispánicas y no equivalen a los límites provinciales establecidos, sino que dichas zonas en diversos casos abarcan más de dos o tres provincias argentinas.

⁵¹ La zona de “El Gran Chaco” abarca las provincias de Chaco, Santiago del Estero, Formosa, la parte norte de Santa Fe, Córdoba y San Luis, el oeste de Salta, Tucumán, La Rioja y Catamarca, y el oeste de Corrientes.

⁵² La región del Gran Chaco, no estuvo exenta de la conquista y expropiación de los territorios indígenas que en el residían por parte de los colonos, ni de la violencia ni de su relocalización en zonas marginales, también fueron mano de obra esclava y se los persiguió ideológicamente por sus culturas y formas de vida, como así también se llevó a cabo por parte de los colonos una conversión al cristianismo de los pueblos indígenas guaraníes (Tola *et al.*, 2013).

y se comenzó con la enseñanza labores para que sean mano de obra barata de los incipientes estancieros. Actualmente, muchos indígenas del Gran Chaco practican la agricultura y trabajan como asalariados, viviendo en comunidades tanto rurales como urbanas (Tola *et al.*, 2013), esto se puede ver en parte en la comunidad mocoví "Pedro José" ya que la mayor parte de los hombres que trabajan realizan changas como peones en establecimientos rurales.

Para estas poblaciones indígenas existe un "verdadero modo de vivir", o llamado también "buen vivir", lo cual significa que viven de acuerdo a determinadas costumbres que son transmitidas de generación en generación a través de las familias dentro de cada comunidad, en donde se pone en juego comprender la importancia del equilibrio entre lo sobrenatural, la naturaleza, y las personas; pero los procesos de migraciones laborales a ámbitos urbanos comienzan a desestructurar en cierta manera este modo de vida que llevan a cabo los mocovíes, y lo cual según Casimiro (2019) genera que se comiencen a limitar las posibilidades de reproducir su visión del mundo dentro de cada comunidad. Aunque desde mi experiencia de trabajo de campo en el territorio fue posible evidenciar que los mocovíes de la comunidad "Pedro José" siguen teniendo pautas culturales ancestrales que se transmiten al interior de cada familia, como así también se siguen realizando rituales, como por ejemplo, el "ritual del fuego". Es decir, si bien diversas cuestiones relacionadas a la cotidianidad de las comunidades indígenas se van adecuando a las nuevas realidades, en términos generales, y en lo que respecta a la comunidad "Pedro José" podría decirse que en su horizonte de acción siempre se encuentran sus pautas culturales y que se intenta no corromperlas con el paso del tiempo frente a las adversidades que las sociedades presentan.

Como plantea Mena, las tradiciones se convierten en el depósito y también en trasmisoras de los saberes que se acumulan a través de las generaciones, en donde dicho saber se comprende como uno de los pilares básicos que definen las identidades de los grupos indígenas, en donde las personas de mayor edad son las encargadas de seguir con la transmisión ya que son quienes más conocen su historia y sus antepasados⁵³. La transmisión de saberes de modo oral se comprende como "oralitura", en la cual viajan a través de los años las culturas, lenguas, conocimientos, saberes de los pueblos indígenas que definen el ser de los mismos (Mena, 2005).

Ahora bien, la población usuaria del enfoque intercultural del CAPS "*Moqoit Nqadenqa*" es la comunidad mocoví "Pedro José", la cual reside en la periferia noreste de la localidad de Tostado, en el noroeste de la provincia de Santa Fe, y se conforma por 220 personas aproximadamente en alrededor de 60 familias residiendo en la zona, las cuales han construido sus viviendas⁵⁴ en 41 terrenos divididos en 3 manzanas; del total de familias 8 residen en lo que el equipo de salud y los miembros de la comunidad denominan como "el campito"⁵⁵.

⁵³El autor toma dicha idea del escritor Elicura Chuhualat (1999) quien realiza el planteo en torno al pueblo mapuche que reside en Chile.

⁵⁴En este análisis se entiende como vivienda a cada casa de uno o más ambientes en donde reside cada una de las familias.

⁵⁵. "El campito" es un terreno ubicado aproximadamente a 2km de donde reside la mayor parte de la comunidad, en el cual actualmente viven 8 familias. El mismo fue cedido a la comisión de la comunidad mediante gestiones provinciales en 2002, en donde: "*Si bien el objetivo inicial de estas tierras debía ser la creación de emprendimientos productivos y agrícolas por parte la comunidad, luego de distintos proyectos al respecto y con manifiestas dificultades para su organización y financiamiento, actualmente algunas parcelas están siendo utilizadas para la construcción de viviendas ante el crecimiento de la*

La mayor parte de los datos que se detallan en el presente apartado fueron extraídos de mi colaboración en la construcción y elaboración (en conjunto con la médica y dos agentes sanitarios mocovíes) de una encuesta/censo que se realizó desde la institución para actualizar las historias clínicas familiares (considerando la particularidad de que muchos mocovíes emigran y migran a la zona del Chaco), y también a partir de los relatos del personal del CAPS sobre los mocovíes. Si bien cuestiones referidas al hábitat, salud, educación, están estrechamente relacionadas, se realiza una distinción sobre cada una en este análisis, considerando como estaba estructurada la encuesta del censo.

La zona en que reside la comunidad no cuenta con agua de red domiciliaria ni con gas natural, el agua que se consume se obtiene de un tanque comunitario suministrado por la Cooperativa de Agua Potable de la Ciudad de Tostado, en donde la Municipalidad de la ciudad se encarga de los gastos del transporte. Así mismo las familias consumen agua de lluvia que juntan cuando llueve (cuestión que preocupa al equipo de salud debido a que el agua se junta en baldes que contuvieron agroquímicos, y sumado a esto la problemática del dengue).

En cuanto al hábitat, pero también a la salud, la manera de cocinar dentro de las viviendas o fuera (en la cotidianeidad de las familias) podría influir en su salud ya que en su mayoría se cocina con gas, pero 7 familias cocinan además también con fogata (siendo ellos los que buscan la leña en el monte, principalmente las mujeres, de ramas ya caídas), quienes manifiestan que el consumo de gas envasado disminuyó debido al aumento de su precio. 8 familias cocinan solamente con fogata. Desde el CAPS, se considera que este es un factor que hay que tener en cuenta, principalmente en lo que refiere a las consecuencias que puede tener en la salud de los miembros de cada familia, debido a que están constantemente expuestos al humo de la fogata, pueden contraer diversas enfermedades respiratorias tales como broncoespasmos recurrentes, asma e infecciones respiratorias, aunque por el momento no se presentaron.

Por consiguiente, los ingresos económicos de las familias tienen factores en común de manera general. En todas las familias al menos una persona recibe la Asignación Universal por Hijo o la Pensión Madre de 7 hijos. Los hombres trabajan de changas, las personas mayores reciben la jubilación, y solo seis personas de la comunidad poseen trabajo estable (dos trabajan en un supermercado, dos son docentes bilingües, y dos son agentes comunitarios del CAPS).

Por último, pero no menos importante, en lo que refiere a la educación⁵⁶, también se han podido visibilizar cuestiones generales, es decir, que se reiteran en cada familia. Las personas mayores (60 años o más) manifestaron en general dejar sus estudios en los primeros años de la primaria (1er grado, 2do grado, 3er grado), algunos de ellos recordaban haber ido a la escuela, pero no hasta que año fueron. Los niños, jóvenes y

población moqoit de Tostado y la insuficiencia de espacio en los lotes asignados originalmente” (Filippi, 2019, p.84).

⁵⁶Mediante la Ley de Educación Nacional N° 26.206 se establece la modalidad de educación intercultural bilingüe a nivel nacional en Argentina. Martínez, María Eugenia y Villarreal, María Claudia (2013). *“Las disputas de lo “educativo” en escuelas modalidad EIB de la provincia de Santa Fe”*. VII Jornadas Santiago Wallace de Investigación en Antropología Social. Sección de Antropología Social. Instituto de Ciencias Antropológicas. Facultad de Filosofía y Letras, UBA, Buenos Aires. Villarreal, Claudia et al (2018). *“Políticas públicas e interculturalidad en Argentina. Un análisis de experiencias formativas Qom y Mocoví en distintos espacios de la provincia de Santa Fe”*. 56° Congreso internacional de americanistas. Facultad de Humanidades y Artes. UNR.

adultos, manifestaron ir a la escuela primaria y terminar 7mo grado. De manera general también, si bien algunos asisten a la escuela secundaria y hay quienes terminaron 5to año, la mayoría de ellos (jóvenes y adultos) comenzaron primer año en la secundaria y dejaron. Es decir, de manera general, hay una deserción en 7mo grado y en el primer año de la secundaria. En cuanto a la educación del nivel inicial y primario los mocovíes asisten a la escuela intercultural bilingüe N° 418 General José de San Martín (en donde también hay educación de nivel inicial), y en cuanto a la educación secundaria asisten a la Escuela de Educación Secundaria Orientada N° 332 Domingo Faustino Sarmiento. No adentraré en el tema de la educación ya que excede a la presente tesina, pero considero, y en concordancia con algunos miembros del equipo de salud, que el aspecto educativo es importante y dentro del cual es necesario comenzar a problematizar y cuestionar sobre las causas de la deserción escolar ya que es muy notable en los jóvenes de la comunidad la brecha que existe cuando se culmina el nivel primario y se comienza con el secundario.

Por otro lado, es parte de la cotidianeidad de los mocovíes que residen en la localidad de Tostado migrar y emigrar a la provincia del Chaco, zona en la que tienen familiares, precisamente en la colonia "El Pastoral"⁵⁷, lo cual genera complicaciones si alguno de estos se encuentra bajo un tratamiento médico. Aquí es posible ver como dentro de esta comunidad aún persisten rasgos del tradicional nomadismo con el que se los caracteriza en los escritos académicos desde una perspectiva histórica, de los cuales tomo a Braunstein⁵⁸.

Históricamente la noción de territorio para los pueblos indígenas fue un espacio en donde ellos desarrollan su cultura y formas de producir y reproducir su vida, en donde el mismo no tenía fines de posesión, sino que todo era de todos. Pero, actualmente, y precisamente la zona en la que los mocovíes de la "comunidad Pedro José" residen, se encuentra con divisores de terrenos entre cada familia, es decir, cada familia vive en su vivienda, y se puede visibilizar como a su vez, se comenzaron a dividir los terrenos dentro de donde residen más de una familia.

Recapitulando entonces, si bien los mocovíes usuarios del CAPS siguen conservando costumbres ancestrales, y siguen actuando en el cotidiano con base en su cultura, cuestiones como la del territorio, en lo que refiere a la división geográfica del mismo, van de a poco cambiando, y pensándose de diferente manera en la comunidad "Pedro José". Pero, si hablamos de salud, precisamente los saberes ancestrales de cuidados en salud de los mocovíes, estos se siguen llevando a cabo dentro de cada comunidad, y se transmiten de manera oral dentro de cada familia. Lo cual genera un cierto desconocimiento sobre los saberes y métodos para el cuidado de la salud por parte del personal del CAPS, ya que todos sus saberes fueron y son transmitidos de manera

⁵⁷La región noroeste de la provincia de Santa Fe, donde se ubica la localidad de Tostado, estuvo ocupada por fortines militares que servían para las expediciones de ocupación del territorio chaqueño, durante el siglo XIX. Dicha etapa fue protagonista de persecuciones, rebeliones, represiones, lo que generó que las poblaciones *moqoit* se establezcan en diversos parajes rurales, en la zona que actualmente se conoce como el suroeste de la provincia del Chaco. Pero, transcurriendo la mitad del siglo XX, familias *moqoit* que habitaban dicha zona, conocida también como Colonia El Pastoral, comienzan a migrar por trabajos en campos, desmontes, obrajes a la ciudad de Tostado (Filippi, 2019). En el último cuarto del siglo XX se produce una migración importante de los mocovíes a la localidad de Tostado, siendo en este contexto en el que estos comienzan a asentarse en la localidad, y hacia la última década del siglo XX se comienzan a poner en agenda cuestiones referidas a la salud y condiciones de vida de la comunidad.

⁵⁸Braunstein, José (2005). "Los Pueblos Indígenas del Gran Chaco". Rev. Mundo de antes. Vol. 4 Instituto de Arqueología y Museo (UNT). Pp. 127-137

oral para que no se pierdan con el correr del tiempo; los mocovíes no registran de manera escrita sus saberes. La transmisión oral de sus saberes puede residir en el hecho de que siempre se transmitieron de esa manera dentro de las comunidades, y también en el hecho de que muchos miembros de los pueblos indígenas aun hoy son analfabetos.

En este contexto, es posible considerar que los miembros de la comunidad mocoví “Pedro José” siguen preservando sus costumbres culturales y en términos de salud aún conservan sus saberes ancestrales para el cuidado de la misma, así como también siguen desenvolviéndose en su lengua. Es decir, ellos hablan en su lengua de manera cotidiana; y el castellano lo hablan solo al dialogar con personas ajenas a la comunidad. Como lo plantea Magnifico *et al.* (2017), la mayor parte de los pueblos indígenas conserva su lengua originaria tanto en el ámbito cotidiano de la comunidad como en el ámbito familiar, pero también la mayor parte de ellos entiende el español.

“Pero bueno... ellos son así”, fue una frase que me resonó y que escuche en más de una ocasión en el transcurso del trabajo de campo. Pienso que en ella se refleja como a partir de entender los modos de vida de los mocovíes se comienzan a generar estrategias y discusiones que tienen siempre como fin la promoción y prevención de la salud. Para tal fin se necesitan estrategias, que en el caso del CAPS, se construyen a partir de los conocimientos que se tienen sobre la cotidianeidad de los miembros de la comunidad. Es decir, parte del equipo de salud conoce los modos de vida de la comunidad, actividades diarias, tiempos, y también en diversos casos conocen las maneras en que los miembros de la comunidad actúan ante determinadas situaciones que se presentan en el cotidiano. A veces el conocer dichas cuestiones es factible para generar estrategias, y a veces no, y es en este momento en donde el desarrollo de la interculturalidad se encuentra con tensiones y/o conflictos (dentro del equipo de salud, pero también entre ellos y algunos miembros de la comunidad) pero los cuales a su vez se intentan resolver a partir del diálogo, y también, a partir de uno de los relatos de un miembro del equipo de salud: *“(...) del ceder de las dos partes”*.

No obstante, al tener en cuenta la cotidianeidad de los miembros de la comunidad es posible ver como los conflictos internos de la misma pueden afectar al desempeño del equipo de salud, sin intención de ahondar en el tema ya que excedería los objetivos de la presente tesina, es posible ver que los conflictos tienen bases políticas. Es decir, cuando las gestiones políticas de la localidad comienzan a inmiscuirse en la organización de la comisión de la comunidad empieza a haber diversos desacuerdos que, a la actualidad, culminaron en una división de la comisión, y al haber dos comisiones el diálogo de la referente del CAPS comienza a dificultarse, ya que fue posible ver que hay cierta afinidad con una parte de la comunidad que con la otra. La división de la comisión, y en cierta medida de la comunidad en dos no genera que sus miembros no asistan a la institución en situaciones necesarias, pero si afectan al diálogo entre los agentes de la salud y algunos miembros de la comunidad para la construcción de problemas o demandas que necesitan de respuestas por parte del equipo de salud.

IV.II Percepciones del equipo de salud en torno a la cotidianeidad de la comunidad Moqoit “Pedro José”.

Es términos generales socialmente, incluyendo al equipo de salud, se entiende que las poblaciones indígenas tienen *“... una forma de vida diferente, una cultura diferente... valores diferentes”* (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019). Pero, en el marco de instituciones estatales que tienen como usuarios a miembros de poblaciones

indígenas, no basta con que se reconozca esa diferencia, sino que es necesario intervenir y generar estrategias (en este caso de promoción de la salud y prevención de enfermedades) considerando sus modos de ser, es decir, esos valores que son diferentes a los de los criollos⁵⁹ y que forman parte de la cultura de los mocovíes; este aspecto es posible verlo en el CAPS “*Moqoit Ngadenqa*”, sobre todo por la impronta de algunos miembros del equipo de salud.

Es aquí donde tomo de la antropología las categorías de otredad y alteridad con el fin de reflexionar sobre el reconocimiento de la diferencia. Es decir, en el sentido en que los miembros del equipo de salud conciben a los miembros de la comunidad como los “otros” con los que se trabaja cotidianamente y que son en cierto modo diferentes a ellos en términos culturales. En tal sentido, Sosa (2009) plantea lo siguiente respecto del concepto de otredad (el cual aquí se usa de igual forma como el concepto de alteridad):

La otredad como categoría de análisis en el entramado cultural latinoamericano es un producto que permite la visualización del sujeto periférico desde ópticas distintas, reconoce la ampliación del radio conceptual y la generación de nuevos planteamientos, desde una voz que adquiere competencias para resignificarse con un pensamiento antropológico, que reconoce la existencia de diferentes niveles de la realidad regido por diferentes lógicas (p. 369).

Es decir, reconocer a ese otro que posee perspectivas, puntos de vista, costumbres, intereses, estilos de vida, diferentes al de uno mismo; pero del cual es necesario entender su naturaleza y respetarla para así poder fomentar las relaciones pacíficas, ya que la alteridad también se basa en la relación de una persona con las demás personas que la rodean, en donde se pone en juego la cultura e historia propia de cada uno. En este sentido, desde el equipo de salud se reconocen las diferencias culturales y estilos de vida, pero solo parte de él respeta las diferencias y acepta ese otro modo de vida como válido. Entonces, la alteridad se concibe a su vez como producto de la relación entre heterogeneidades dentro de una sociedad, es decir, relaciones interétnicas (Lorenzetti, 2010). Por tanto, la interculturalidad en el campo de la salud, según el planteo de Lorenzetti (2010), implica un reordenamiento de las diferencias culturales, es decir, el enfoque intercultural dio lugar al resurgimiento de nudos problemáticos, en el marco de la alteridad, en torno a las nociones de “(...) *“salud”, “cultura”, “espacios terapéuticos”, “procesos de salud-enfermedad-atención”, entre otras (...)*” (p. 7).

Aclarado esto, es posible ver como desde el equipo de salud se reconocen las diferencias culturales, perspectivas y estilos de vida, y como se comenzaron a conocer, de manera progresiva, cuestiones relativas a la cultura de los mocovíes, debatiendo a su vez sobre las nociones de saberes ancestrales, salud, cuidados.

Los miembros del equipo de salud poseen, desde sus diversas trayectorias de vida, culturas que ellos reconocen como diferentes a la de los miembros de la comunidad, pero en el intento de seguir conociendo la cultura de los mocovíes por parte del equipo de salud, estos últimos también intentan dar a conocer su(s) cultura(s). En la voz de una de las enfermeras:

⁵⁹ Se comprende que los “criollos” son aquellas personas que son ajenas a la comunidad mocoví y que no forman parte de ningún pueblo indígena del país. En este mismo contexto, los miembros del equipo de salud que no forman parte de la comunidad se consideran a sí mismos como criollos.

“(...) tenemos mucho tenemos en cuenta (eeh...) que la cultura de ellos es diferente a la nuestra, ellos tienen una educación... una cultura diferente... entonces nosotros tenemos que adaptarnos a las culturas de ellos ¿no? Y hacer que ellos también a la vez se adapten a la nuestra” (D. S., comunicación personal, 11 de julio de 2019).

Entiendo a su vez que el uso de la palabra “adaptar” apunta en ese contexto a un conocer desde las dos partes (tanto desde el equipo de salud como desde la comunidad), para poder así generar acciones de promoción y prevención⁶⁰ que tengan en cuenta la cultura de los miembros de la comunidad, es decir, sus modos de vida, para que las acciones puedan ser efectivas.

A su vez, desde la institución se considera que los mocovíes son pasivos, pero no solo por la historia de desarraigo que han sufrido históricamente (de la cual se habla en el capítulo 3), sino también por la manera en que se los concibe desde la localidad, es decir, se comprende que se ha ubicado a los mocovíes en una posición de víctimas y que se los ha marginado, pero por lo que las personas piensan de ellos, sin conocerlos. Es decir, en palabras de uno de los profesionales del equipo:

“... yo creo que también le ha hecho mal los últimos años políticos... de ponerlos en víctimas a los indígenas... viste porque son los indígenas los que les sacaron las tierras, los pobres, los marginados... en la escuela también los chicos vivían eso... los indios y los crioollos.. siempre los indios son los que eeh no pasan de grado... los que van sucios, siempre discriminados, siempre discriminados, siempre discriminados... entonces ellos están en esa actitud de esperar...” (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019).

En esta línea se puede comprender que los miembros de la comunidad mocoví no suelen relacionarse con los criollos que son ajenos al CAPS, es decir, con la demás población de la localidad. En este marco considero citar aquí un relato respecto del encuentro de culturas en el CAPS, entre los mocovíes y la demás población de la localidad que asiste al mismo (considerando la extensión de su área programática): *“(...) las culturas se encuentran muy poco... si vienen (los mocovíes) y ven que hay mucha gente esperando se van”* (I. G. , comunicación personal, 11 de julio de 2019); siendo este uno de los factores que llevo a tomar decisiones sobre los horarios de atención desde el equipo de salud para que los mocovíes no se sientan desplazados y asistan al CAPS.

Entre otras cuestiones, considero que las maneras en que se ha considerado a los mocovíes en la localidad, e incluso caracterizado, podrían ser algunas de las cuestiones por cuales los mocovíes no logran integrarse y tener una relación fluida con la población de la comunidad (sin intención de generalizar). Y en este contexto, son tan solo dos las instituciones estatales que tienen contacto directo e intentan que se deje de considerarlos como “los excluidos”, una es el centro de salud, y la otra es la escuela primaria a la que ellos asisten, la cual también contiene un enfoque intercultural-bilingüe. Entiendo que es necesario romper barreras ideológicas históricas que subsisten dentro de la localidad respecto de cómo se considera a los miembros de la comunidad, y en este contexto las instituciones nombradas juegan un papel importante. Así mismo, de a poco, los hombres de la comunidad comienzan a

⁶⁰Se desarrolla de manera puntual en el capítulo 5.2.

integrarse al mercado formal de trabajo, aunque actualmente no son más de cinco miembros de la comunidad los que han podido hacerlo⁶¹.

En este contexto, se me ha planteado lo siguiente: “*Los de afuera dicen que ellos están mal (...)*” (E. C., comunicación personal, 28 de diciembre de 2018), es decir entiendo según esta afirmación que la población de Tostado que no vive en la zona donde los mocovíes residen considerarían eso respecto de las condiciones de vida que tienen los miembros de la comunidad, ya que son diferentes a las del resto de la población de Tostado, es decir, los “criollos”. Diferentes en cuanto al hecho de que la comunidad posee una cultura y una cotidianeidad distinta a la de los criollos, pero que ellos no vivan una cotidianeidad “normalmente aceptada” no se traduce en que la comunidad viva “mal”. Frente a lo cual desde el CAPS se considera que en cuanto a la salud física los miembros de la comunidad están bien, aunque fue un proceso que llevo tiempo, al momento actual no hay cáncer dentro de la comunidad, y tampoco tuberculosis ya que esta logro erradicarse. A su vez, en la comunidad no hay situaciones relacionadas al estrés, ellos no se estresan afirma la médica, y eso tiene que ver con el estilo de vida que ellos llevan, el cual se relaciona directamente a su cultura, respecto de lo cual el personal médico considera que “*Vivan como vivan es su cultura, y ellos están bien, no se estresan ni nada de eso (...)*” (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019).

Cuando hablo del estilo de vida que los mocovíes llevan a cabo es necesario considerar lo que se comprende como el “buen vivir”. En palabras de Casimiro (2019):

El “vivir bien” es un patrimonio cultural de los pueblos originarios que resulta fundamental para proyectarse en el tiempo como pueblos, para reafirmar su existencia y para fortalecer una forma profundamente humana de habitar el mundo. Esta es la experiencia interna e íntima que cada pueblo hace del patrimonio cultural que posee. El “buen vivir” en cambio, es un constructo etnopolítico que el movimiento indígena propone al resto de las sociedades del mundo como una alternativa a la explotación capitalista y al modo de vida occidental. En este sentido, valores como comunidad, autonomía y equilibrio con el entorno adquieren otro significado. (p. 87).

En tal sentido es posible ver una división clara dentro del equipo respecto de cómo se concibe a los estilos de vida en la cotidianeidad de la comunidad ya que no todos dentro de la institución piensan de la misma manera.

Sin embargo, la mayor parte de los agentes de salud de la institución no solo respetan la cotidianeidad, sino que también entienden el porqué de la misma. Al mismo tiempo, los miembros del equipo de salud que consideran la importancia de los modos de vida de los mocovíes son quienes están desempeñando su rol en el centro de salud desde hace cinco años o más. Por esto pienso que conocer la cultura, los modos de vida, y los tiempos de los mocovíes no es posible en un corto periodo de tiempo si nunca se ha estado en contacto o no se ahondo en el tema. El estar, el escuchar y sobretodo el observar contribuye al poder conocer al otro al que la política de salud intercultural del CAPS está dirigida.

Ahora bien, los mocovíes de la comunidad “Pedro José” hablan en su lengua⁶², entre ellos se comunican de esa manera; ya sea en la sala de espera de la institución, fuera

⁶¹ Pese a lo planteado por la médica de la institución, desde mi lugar de investigadora, pude percibir que la población de la localidad de Tostado acepta a la comunidad mocoví “Pedro José” como parte de la misma, y a su vez los mocovíes se sienten parte de ella.

de ella, como también en su cotidianeidad. Incluso, en las consultas médicas si hay dos mujeres mocovíes, o una mujer y un niño/a, entre sí dialogan en su lengua y luego se comunican en castellano. Esto, desde el CAPS, se comenzó a naturalizar, y podría decirse que es la manera de ceder del equipo de salud, sin intención de que hablen en castellano en las consultas. Es decir, la médica entiende solo un poco del idioma, y los demás miembros del equipo de salud en menor medida, a los cuales sí se dirigen en castellano, pero en cierto modo suelen quedar fuera de la conversación que se da entre los mocovíes al no comprender su lengua en totalidad; pero entiendo que el quedar fuera de dicha conversación es respetar los tiempos y las decisiones de los miembros de la comunidad al momento de las consultas médicas, o de cierta demanda. Considero a esto una importante manera de conservar el valor de la comunicación en la lengua tradicional de la comunidad, sin imponer el castellano como una lengua superior o hegemónica.

Desde el equipo de salud la médica considera que el lenguaje es un factor importante en el contexto de la institución, y aunque algunos de sus miembros aprendieron algunas palabras y oraciones en la lengua mocoví, considera que no hay una buena respuesta por parte de los miembros de la comunidad, por ejemplo, en las consultas ya que las mujeres suelen “reírse” cuando algún miembro del equipo intenta hablar en su lengua. En este sentido, los niños no suelen comprender lo que el profesional plantea en las consultas, por lo que el diálogo entre el profesional de la salud y el niño esta mediado por el adulto que lo acompaña e incluso el diálogo entre los adultos y los miembros del equipo suele mediar por los agentes sanitarios mocovíes. Por esto, es también aquí donde los agentes también cumplen un rol importante⁶³ ya que si bien forman parte del equipo de salud también son parte de la comunidad.

IV.III Nociones presentes en el equipo de salud vinculadas a la salud, enfermedad y medicina.

El presente apartado se sustenta sobre los relatos de los miembros del equipo de salud, incluidos los dos agentes sanitarios que pertenecen a la comunidad mocoví. En este marco es posible dar cuenta de la presencia de diversas nociones sobre salud, enfermedad y medicina. La diversidad de nociones podría basarse en la multiplicidad de saberes y conocimientos que están enmarcados en las culturas que se encuentran presentes en el territorio. Entre ellas, las culturas de los miembros de la comunidad y la o las culturas que forman parte de la vida de los miembros del equipo de salud.

Se denomina a los modos de curar (atender a la salud) que los pueblos indígenas llevan a cabo de diversas maneras, entre ellas, medicina tradicional o etnomedicina (Mena, 2005); o también como se la ha denominado en el CAPS “*Moqoit Nqadenqa*” saberes ancestrales de cuidados en salud, los cuales se diferencian en sus métodos de la medicina científica. Así mismo, esto se relaciona a las formas en que las sociedades han ido desarrollando sistemas terapéuticos acordes a las características culturales de su población, ya que, al variar las culturas, también varían las maneras de entender a la salud, la enfermedad, y las diversas formas de abordar los problemas y soluciones (2005). Un sistema terapéutico es válido solo si ayuda a resolver problemas de salud; pero, las medicinas naturales indígenas, en términos generales,

⁶²“(…) la situación de la lengua es un aspecto central que impacta en las trayectorias escolares y laborales de los indígenas y condiciona las posibilidades de ejercer sus derechos de forma integral” (Casimiro, 2019, p. 75).

⁶³ Se desarrolla sobre los agentes sanitarios en el capítulo 6.2.

observan más allá de las dolencias físicas del cuerpo⁶⁴ ya que incorporan cuestiones relativas a lo espiritual de la persona (Mena, 2005).

Quedó demostrado, a partir de los relatos de algunos de los miembros del equipo de salud, que la salud desde la cultura de los mocovíes está conformada por dos aspectos, por una dualidad física y espiritual. Según me lo afirmaron los agentes sanitarios mocovíes la atención médica de dolencias que refiere a los “cuerpos”, es decir a lo físico, son solucionadas por profesionales del equipo de salud. Pero, los mocovíes también consideran que hay otro tipo de enfermedades, no solo las físicas, sino enfermedades que para estos son espirituales a las cuales los médicos no pueden dar soluciones, tal como lo indica uno de los agentes sanitarios, “(...) *el alma cuando se enferma... los médicos no pueden hacer nada... no pueden hacer nada porque el que maneja es Dios*” (O.O., comunicación personal, 11 de julio de 2019).

De esta manera, se puede comprender que la salud no refiere solo al bienestar individual de las personas, sino que refiere al equilibrio de todas las personas de una comunidad con la naturaleza, las creencias culturales y con el cosmos (Mena, 2005). En la cultura y los saberes acumulados durante generaciones que poseen los pueblos indígenas las enfermedades son producto de un desequilibrio entre lo físico, lo psíquico, lo espiritual, y lo natural; pero también son producto de males enviados mediante acciones con malas intenciones; a su vez la medicina tradicional indígena contiene recursos terapéuticos propios que se basan en los conocimientos, saberes, y creencias de la cultura propia de cada comunidad (Arias y Palomino, 2012).

En este marco, hay un respeto por los tiempos de los mocovíes ya que se acepta que los miembros de la comunidad concurren a los llamados “*Piogonak*”⁶⁵, debido a que cuando en la comunidad se presentan enfermedades espirituales ellos asisten al CAPS, pero también asisten al piogonak, en la zona del Chaco, de donde ellos provienen. Por ende, cuando se trata de dar solución a situaciones de determinadas enfermedades físicas los profesionales de la institución si pueden dar una respuesta, pero no cuando las enfermedades son, como dicen los mocovíes, del alma; en esas situaciones los mocovíes, según sus creencias, concurren al encuentro de una persona que sabe sobre el tema, como los suelen denominar ellos, los curanderos o *piogonak*.

Entonces, desde el equipo, o mejor expresado parte de él, se entiende que los mocovíes tienen enfermedades espirituales, a parte de las enfermedades que en general suelen estudiarse en términos académicos, las cuales entiendo caben dentro de la medicina “oficial”. Por las primeras, es decir las enfermedades espirituales consultan muy poco en la institución, aunque también se enfermen de ellas, es decir,

⁶⁴Tola (2012), en relación al pueblo Qom (toba) sostiene que el cuerpo es el resultado de un proyecto colectivo para diversas sociedades tanto indígenas, como americanas, incluyendo los diversos continentes. Es decir, el cuerpo se transforma socialmente, se construye en base a cada sociedad, conformando así a las personas. De este modo, el cuerpo tiene un carácter “*intrínsecamente social*”, y no se constituye de manera individual, sino que este necesita de un colectivo social para poder construirse. Dicho colectivo puede ser un grupo de personas, pero también pueden ser “*espíritus*” que diversas sociedades indígenas consideran como verdaderas personas, de esta forma el universo y la vida social influyen en el cuerpo de las personas.

⁶⁵En el contexto del centro de salud, se concibe, a partir de los relatos de los mocovíes, al *piogonak* como el “*médico*” de aquellas enfermedades que son del alma, ya que solo este puede curarlas, y suelen denominarlo también como brujo o curandero. Rosso (2012) plantea, siguiendo a Florian Paucke, que el *piogonak* es el hechicero, el cual se comprende como el médico mocoví.

cuando se enferma su alma en algunas situaciones consultan en la institución, pero usualmente se dirigen a un *piogonak* en una primera instancia, porque ellos saben que las enfermedades del alma, como plantea la médica, “(...) *no entran digamos dentro de nuestro diccionario*” (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019). Es decir, desde el equipo se acepta la creencia de los mocovíes en las enfermedades del alma, como ellos la llaman, pero no todos creen en estas. Las creencias se respetan, pero los médicos y enfermeros del CAPS no pueden brindar solución alguna cuando una de estas se presenta, ya que las mismas, según los mocovíes, solo pueden ser curadas por un *piogonak*.

Esta creencia de los mocovíes en las enfermedades del alma generó que desde el equipo se respeten y se entiendan las situaciones en donde los mocovíes toman la decisión de no llevar a cabo un tratamiento necesario (cuando la/el involucrado es una mayor de edad). Tal es así que la médica plantea lo siguiente:

“...ellos (los mocovíes) consideran que cuando están enfermos, es porque (...) porque alguien le deseo ese mal, o un espíritu maligno le entro en el cuerpo, y que ya la persona dejo de ser esa persona, como que ya se apodero de su cuerpo... entonces muchos se dejan morir... porque inclusive consideran que ya no son la persona que eran antes... y se... y se dejan, se dejan morir” (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019.).

Aquí radica la importancia del conocimiento que tiene el equipo sobre estas situaciones y sobre lo que los mocovíes definen como enfermedades del alma, ya que a partir de ese conocimiento es en donde comienza también el respeto por las decisiones que los miembros de la comunidad toman. De igual forma, cuando un niño/a menor de edad se encuentra involucrado en estas situaciones desde la institución se respeta el tiempo de los mocovíes, aceptando la consulta de los mismos a un *piogonak*, pero con la condición de que luego se le hagan los estudios y tratamientos correspondientes al niño/a. No obstante, en situaciones en donde la vida de la persona está en juego, y necesita de un tratamiento médico, se explica todo lo que puede sobrellevar el no realizar el tratamiento, y también lo que conllevaría si llevaría a cabo, pero cuando su creencia es superior y lo más importante para los mocovíes, desde el CAPS se respeta la decisión.

Ahora bien, retomando lo planteado hasta el momento, en términos generales, las poblaciones indígenas contienen saberes ancestrales de cuidados de la salud, y es aquí en donde sería posible diferenciar la medicina “oficial” y la medicina “natural” que poseen las poblaciones indígenas. En este contexto, y como ya se ha planteado anteriormente la complementariedad de los saberes ancestrales de cuidados en salud (medicina indígena) con la medicina “oficial”, si bien es un factor importante en la construcción de la interculturalidad en salud no es el único, y la complementariedad puede darse o no, ya que esto depende del contexto, del territorio, del pueblo indígena y también del equipo de salud.

Los conocimientos sobre la medicina mocoví, etnobotánica⁶⁶ mocoví o también llamada etnomedicina mocoví, son escasos, pero a partir de una investigación sobre la misma, que Rosso y Scarpa llevaron a cabo, es posible plantear que se sustenta sobre

⁶⁶ “La etnobotánica médica se encuentra dedicada al estudio del rol que poseen las plantas dentro del sistema médico de una sociedad determinada” (Rosso y Scarpa, p.2, 2019).

todo de plantas medicinales. Pero también afirman que la medicina estuvo centrada en la figura del *chaman* (como le llaman en el CAPS *Moqoit Nqadenqa*, el *piogonak*), y que históricamente se limitó al tratamiento de enfermedades que no se consideraban de gravedad, es decir, que no comprometían la vida de las personas. De esta manera, la medicina mocoví se practica de manera doméstica por los integrantes de la comunidad como es el caso de la comunidad mocoví Pedro José en donde cada familia practica sus métodos medicinales y se transmiten de generación en generación. En lo que refiere a la medicina doméstica, es decir aquella que se practica dentro de cada familia, solo trata enfermedades que los mocovíes consideran que no comprometen la vida de las personas (problemas digestivos, trastornos dermatológicos de la piel) utilizando plantas medicinales. Así mismo, las modificaciones que han sufrido los territorios periurbanos en donde las comunidades mocovíes habitan, han generado que ya no se tenga un acceso a los recursos vegetales nativos para utilizarlos como medicina, o en algunos casos, lo han dificultado (Rosso y Scarpa, 2019). Tal es el caso de la comunidad mocoví Pedro José, en donde sus integrantes han cultivado un tipo de vegetación alrededor de sus casas, o bien, buscar plantas nativas para uso medicinal significa ir a un monte ubicado a diecinueve (19) km de la zona donde residen.

Dentro del mismo planteo de los autores, en la etnomedicina mocoví, la cual se engloba en su cultura, se consideran como causales de las enfermedades y de las muertes a la intervención de agentes sobrenaturales (2019). Es decir, los Moqoit consideran que las intervenciones son provocadas por el accionar de algún chaman o brujo, incorporando un espíritu maligno en las personas. En este sentido, el sistema terapéutico de los mocovíes se concentra en la figura del chamán, el cual utiliza técnicas de "succión y soplado" (en el lugar del cuerpo) de la enfermedad afecta a la persona; y a su vez los chamanes invocan a seres espirituales mediante los cuales sanan al enfermo, y le devuelven la afección a la persona que lo ocasionó. A partir de lo observado en el trabajo de campo, y de las entrevistas realizadas a los agentes sanitarios mocovíes, es posible coincidir con el planteo de los autores respecto de las causales de las enfermedades desde el punto de vida de los mocovíes.

Las comunidades indígenas han elaborado un conocimiento sobre el territorio donde habitan que les permite aprovechar los recursos naturales mediante los cuales accedían y actualmente (en menor medida) aún acceden a satisfacer algunas de sus necesidades. Es decir, dichos conocimientos no se basan en teorías científicas, pero sí son efectivos para solucionar problemas de salud, para conservar alimentos, como así también para resolver problemas a los que las comunidades se han enfrentado a lo largo de la historia (Orzuza, 2013). Aun hoy, y pese a la intención de complementar los saberes médicos de la medicina "oficial" y los saberes indígenas respecto de los cuidados de la salud de las comunidades, los saberes no dialogan en un mismo nivel de reconocimiento ya que se comprende que las disciplinas científicas son las portadoras de los conocimientos con validez y reconocimiento (Pérez, y Villamar, 2011). En el contexto del CAPS, no se ha notado una imposición de conocimientos por parte de algunos profesionales, pero si se nota si una preferencia sobre los saberes que cada uno posee, los cuales, a su vez, se enmarcan en la historia y cultura propia de cada persona, ya que son parte de ella.

En este marco, la complementariedad aun no es visible en el CAPS, pero se comenzó a intentar conocer los saberes ancestrales de cuidados en salud de los mocovíes a partir de las primeras reuniones y diálogos que se dieron con la llegada del equipo del

área de interculturalidad (en el marco del proyecto de la inauguración oficial del CAPS como intercultural). Ahora bien, en el intentar conocer los saberes ancestrales sobre cuidados de la salud de los mocovíes se presenta la situación de que ellos no tienen registros escritos sobre la misma ya que esta fue y es transmitida dentro de cada familia y de manera oral. A su vez, no todas las familias acceden a compartir sus saberes.

Entonces, para poder conocer la medicina natural se implementaron, en el marco del proyecto de incorporación de la perspectiva intercultural, algunas acciones que involucraban al equipo de salud, al equipo del área de interculturalidad, y a miembros de la comunidad que quieran participar. En este contexto, se generó una instancia de acercamiento a las plantas medicinales de los mocovíes en donde la médica, el agente sanitario mocoví, dos miembros de la comunidad y un miembro del área de interculturalidad a partir de poder recorrer el monte ubicado a diecinueve (19) km de la zona donde habita la comunidad. Los mocovíes dieron a conocer algunas plantas, hojas, explicando a su vez en qué las usan y para qué las usan en términos curativos, pero también en términos de alimentación saludable. La referente de la institución anotó con determinación todo lo que se pudo conocer sobre dichas plantas, y entiendo, con ánimos de poder seguir profundizando en el tema, para poder así comenzar con lo que suele denominarse como la complementariedad de la medicina “oficial” y la medicina natural que llevan a cabo los mocovíes, que hasta el momento no se da en la institución ya que poco se conoce sobre los métodos de medicina natural de los mocovíes.

A partir de la noción de “cuidados en salud”, enmarcada en el enfoque intercultural de la institución, se generó un proyecto entre el equipo de salud, los mocovíes (que decidían ser parte) y el equipo del área de interculturalidad de la provincia, para poder conocer las prácticas ancestrales de la comunidad en lo que refiere a los cuidados de la salud desde la visión de los mocovíes. Centrándose sobre todo en dos tópicos relacionados a reconocer y poner en valor saberes ancestrales sobre la alimentación saludable y al cuidado infantil, ahondando en dichos temas y apuntando a “(...) *conocer, validar, y compartir prácticas y conocimientos ancestrales...que estuvieran vinculados con el fortalecimiento de las condiciones de estado de salud...*” (Proyecto Institucional, 2019, p. 4).

Con base en lo que se viene planteando podría pensarse que la denominación “medicina indígena” fue una de las tantas imposiciones por las que han tenido que pasar las poblaciones en cuestión. Es decir, dicho concepto se encuentra cargado de un etnocentrismo occidental e impuesto. Frente a esto, considero destacar la manera en que el equipo de salud, en conjunto con los mocovíes, han denominado a la forma en que los último cuidan su salud, ni medicina, ni métodos, sino “saberes ancestrales de cuidados en salud”; donde deja de primar la hegemonía de una medicina oficial y se comienzan a tener en cuenta también otros saberes para cuidar la salud de la comunidad.

Es posible dar cuenta que desde como los mocovíes conciben a la salud, no se prioriza solo la ausencia de una enfermedad, sino todo lo que concierne al entorno de las personas, a la naturaleza, al alma. Tal es así que, en el marco del mencionado proyecto, desde el equipo de salud, se comprende que en la cultura mocoví: “... *el cuidado, la importancia de los buenos y sanos vínculos (son) necesarios en la crianza*

de un niño. Cantar, mecer, hablarles, acariciarlos, cuidarlos, es fundamental para su desarrollo emocional, construcción de su autoestima y confianza en el entorno" (Proyecto Institucional, 2019, p. 7).

Por otro lado, algunos mocovíes consideran en primera instancia las recomendaciones del personal de la institución, y posteriormente si no logran solucionar el malestar toman sus remedios luego en sus casas. Tal es así que un miembro de la comunidad y también miembro del equipo de salud planteó lo siguiente, *"cada familia tiene su medicina, no es lo mismo que lo que les dan acá... mi suegra tiene una plantita de remedios para la diarrea, el otro día casi la cortan cortando el pasto (me dijo riéndose)"* (I. G., comunicación personal, 11 de julio de 2019). Podría decirse que la medicina natural de los mocovíes suele basarse en yuyos y plantas con los que ellos mismos elaboran remedios medicinales, contrario a las medicinas que suelen otorgarse en el CAPS. En este marco, varias familias mocovíes utilizan métodos medicinales naturales que han sido transmitidos de generación en generación de manera oral, los cuales se transmiten dentro de cada familia; pero no suelen ser compartidos con personas que no forman parte de la comunidad.

A partir de lo planteado, se puede ver una clara diferencia en cómo se concibe a la salud por parte de los mocovíes, y por parte del equipo de salud. Aunque, más que diferencia me animaría a decir que es una amplitud del concepto, es decir, los mocovíes agregan la noción de espiritualidad a lo que comprenden por salud, además de como desde parte del equipo se concibe la salud en su concepto amplio como se ha explicado anteriormente. Entonces, los mocovíes también consideran que las personas pueden padecer enfermedades físicas, y enfermedades del alma para las cuales no hay una formación en las profesiones. Lo que cada uno comprende por salud, como concibe un miembro del equipo, *"... esta también determinado por las condiciones de cada uno... que es lo que es la salud digamos"* (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019). Es decir, lo que cada uno comprende por salud y enfermedad estará relacionado a la historia, cultura, y condiciones de vida de cada persona; y no hay una sola forma correcta de comprenderla, sino diversas, y todas válidas. Este aspecto se considera totalmente en la institución, y entiendo que eso contribuye al respeto, sobre todo por la cultura y los modos de concebir a la salud que tienen los mocovíes.

Si bien desde el CAPS, se entiende y respeta la manera en que los miembros de la comunidad conciben a la salud, se comienza a dar importancia a los métodos de medicina natural de los mocovíes en el último periodo de tiempo, luego de que se pusiera en marcha el proyecto de incorporación y de inauguración oficial del CAPS como una institución intercultural. También se tiene en cuenta que los métodos de medicina natural se transmiten dentro de cada familia, pero hay algunas de estas que se resisten a darlos a conocer e incluso a hablar de sus culturas. En este marco, en lo que respecta a la cultura y las tradiciones de la comunidad mocoví es posible encontrar métodos medicinales, cuestiones relacionadas a su alimentación, a la maternidad; pero todo forma parte de saberes que fueron y son transmitidos de generación en generación dentro de la comunidad, aunque no se encuentran asentados ni escritos en papeles, sino que solo han sido transmitidos de manera oral. Hay quienes consideran importante dar a conocer sus saberes ancestrales de cuidados en salud a los miembros del equipo, como lo son los agentes sanitarios que

a su vez son parte de la comunidad; pero también hay quienes no desean compartirlos ni darlos a conocer.

Entonces la manera en que los miembros de la comunidad conciben a la salud son cuestiones que los profesionales comienzan a conocer en la práctica, y en la tan necesaria construcción de la confianza, tal y como se me ha planteado, *“Viste que hay cosas que van fuera de nuestro... nuestra formación”* (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019). Es decir, y sobre todo en aquellas profesiones de las ciencias naturales no suelen considerarse cuestiones tales como las diversas formas de entender a la salud por parte de las poblaciones indígenas, sus culturas, cotidianeidades, derechos, son cuestiones de vacancia en muchas de las formaciones académicas; lo cual también genera cierto tipo de complejidad al trabajar en instituciones que tienen como usuarios principales a miembros de poblaciones indígenas.

Entonces, es posible ver como hay diversas formas de llevar a cabo una APS, deconstruyendo y construyendo conceptos y prácticas. Al conocer la cultura mocoví, o parte de ella, y la cotidianeidad de la comunidad, al menos de manera general, genera que tanto la atención de la salud de estos como las estrategias que se construyen en el marco de la promoción y prevención de la salud de los mismos se adecuen y tengan en cuenta dicha cotidianeidad. Para esto es necesario también que quien se considera como referente de la institución pueda considerar estas cuestiones, tal es el caso del CAPS *“Moqoit Nqadenqa”*.

CAPITULO V

Escuchar, conocer, comprender... a los mocovíes.

El presente capítulo tiene como fin dar cuenta de lo necesaria que se torna la construcción de la confianza entre el equipo de salud y la población indígena usuaria de la institución, en un contexto en el cual se llevan a cabo acciones con el fin de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades de la comunidad indígena mocoví "Pedro José". Por esto, se consideran aquí las diversas relaciones de confianza que se dan entre los mocovíes y los miembros equipo de salud en el contexto de la presente investigación, las cuales se han construido (o no) a través del tiempo que llevan los miembros de equipo en la institución, ya sean profesionales de la salud como quienes no son profesionales, pero desempeñan un rol importante en ella. También se da cuenta de cómo la falta de confianza desde algunos miembros de la comunidad hacia algunos miembros del equipo de salud suele dificultar la llegada de los primeros a la institución.

V.I La construcción de la confianza entre el equipo de salud y los mocovíes.

Como ya se mencionó anteriormente, las personas que se denominan así mismas como pertenecientes a poblaciones indígenas suelen tener actitudes de desconfianza frente a personas que no pertenecen a su comunidad, lo que a su vez genera cierta pasividad por parte de estos al relacionarse con criollos, es decir cómo se explicó en el apartado sobre metodología, los mocovíes suelen escuchar y observar detenidamente y en diversas ocasiones se reservan la palabra. Considero que esas actitudes responden a las culturas y las formas de vida que dichas comunidades llevan a cabo, tal es el caso de la comunidad mocoví "Pedro José" de Tostado. Entonces, recordando lo que se explicó anteriormente, los miembros de la comunidad no suelen establecer un diálogo en un primer encuentro con personas ajenas a la comunidad, sino que para esto es necesaria una presentación de quien es esta persona ajena, y que es lo que quiere/hace en la comunidad; pero responder a dichas preguntas no garantiza tampoco poder establecer un diálogo fluido, ya que considero, desde mi recorrido en el tema y el trabajo de campo, que los miembros de la comunidad en la actualidad aun desconfían sobre lo que quieren/necesitan/hacen, los criollos que llegan a la zona donde residen, y si no se pretende recibir de buena manera a la persona no se la involucra, y no se le habla en el idioma castellano.

La construcción de la confianza a la que aquí se hace referencia alude al vínculo que ha ido construyéndose entre los mocovíes y los miembros del equipo de salud. Es claro que no todos los agentes de la salud que conforman el CAPS tienen la misma relación con los miembros de la comunidad, incluso con los agentes sanitarios mocovíes que forman parte de la institución pero que pertenecen a la comunidad. Tal es así que fue posible dar cuenta que los mocovíes tienen un vínculo diferente con cada uno de los miembros del equipo, con algunos es más cercano (médica, una de las enfermeras, los agentes sanitarios mocovíes, odontóloga, incluso personal administrativo), pero con otros miembros (otra de las enfermeras, agente sanitaria criolla) el vínculo es más distante.

De esta manera, aquí se hace referencia a la confianza que los mocovíes comienzan a depositar en los agentes de la salud, siendo ésta parte de una construcción y de un proceso de conocimiento mutuo entre los miembros de la comunidad y los agentes, en el marco de la interculturalidad en APS. A su vez, lo expresado parte del planteo de que los miembros de pueblos indígenas suelen tener actitudes pasivas (no hablar, dar

respuestas cortas, no establecer un diálogo, solo responder con gestos faciales), incluso los mocovíes que asisten al CAPS, pero podría pensarse que dichas actitudes se deben, tal como se explicó en el capítulo 2.3, a los procesos históricos que han pasado y que forman parte de su historia. Volviendo a dicha historia, al momento de la colonización española sobre el suelo Argentino, Levaggi (2011), siguiendo a Florián Paucke⁶⁷ plantea que se ha engañado a los antepasados de las poblaciones indígenas a partir de una amabilidad y una amistad que era simulada ya que el único fin de los españoles era someter a los indígenas y despojarlos de sus tierras. Desde ese momento, los miembros de pueblos indígenas suelen demostrar simpatía con quienes se acercan a ellos y cumplen sus promesas, y una desconfianza a quienes no las cumplen. En ese sentido es necesario no solo ganarse la confianza de los pueblos indígenas, sino también construirla a partir de un conocimiento recíproco.

Los aspectos históricos se relacionan al hecho de que los mocovíes suelen ser “desconfiados” con personas que son ajenas a la comunidad⁶⁸, en donde el equipo de salud para poder llevar adelante una APS necesita establecer vínculos de confianza con los mocovíes para que acceder a promover la salud de la comunidad y prevenir enfermedades de manera conjunta. Pero, no todos los miembros del equipo de salud tienen las mismas iniciativas de establecer cierta confianza, ya que algunos de sus miembros solo se relegan a una atención mecánica de su salud, sin intentar generar un diálogo, conocer a los mocovíes, y darse a conocer. En tal sentido, Cuadrado (2016) plantea: *“Una definición clásica de confianza es la expectativa o creencia de que otros, sobre los que no tenemos control, actuarán de manera apropiada y en consideración de nuestros intereses”* (p. 3).

En este marco, Cotoww (2007) denomina a una confianza “ex post”, es decir, si el trato del profesional (o miembro del equipo de salud) es satisfactorio, y la prescripción médica es buena, el profesional habrá conquistado la confianza del paciente. Ahora bien, si pensamos a la confianza en la relación existente entre los mocovíes y los miembros del equipo de salud podría plantearse que si los mocovíes no se sienten a gusto con cierto trato brindado por algún miembro del equipo ya sea en una consulta médica, en visitas domiciliarias, o en una charla informal, los miembros de la comunidad comienzan en cierto modo a desconfiar y a no tener una actitud activa frente a ellos para la promoción de la salud y prevención de enfermedades. Por el contrario, para que esto no suceda es necesario lo que el mismo autor plantea como confianza “ex ante”, es decir, la construcción de la confianza antes de una consulta médica, de una prescripción, de una intervención por parte del equipo de salud, para que los mocovíes puedan sentirse a gusto y tener una actitud activa de diálogo e intercambio; para la cual es necesario en una primera instancia un conocimiento recíproco sobre el otro, su cultura, su cotidianidad y sus estilos de vida. En este sentido, considero pertinente citar aquí lo planteado por el autor Plata (2009) sobre que: *“(…) si no hay confianza, no es posible construir consensos para la acción consensuada. Si no hay confianza, no es posible construir las reglas del juego que regulan la vida en común”* (p. 269). Con respecto a lo antes planteado, Hevia (2006) considera que la confianza es un elemento central en la toma de decisiones en el

⁶⁷ Florián Paucke fue un misionero jesuita autor de la importante obra *“Hacia allá, (fuimos) amenos y alegres, para acá (volvimos) amargados y entristecidos-Estadía con los indios mocovíes 1749-1767”*.

⁶⁸ Como sucedió conmigo al comenzar a visitar la comunidad en mis primeras idas al campo para dar inicio al proceso de inserción al trabajo de campo, en donde fue necesario presentarme en varias ocasiones, y dar a conocer mis intenciones para con la comunidad, algunos mocovíes me recibían de buena manera, y otros no.

sistema de salud, sobre aquellas estrategias que se llevarán a cabo en caso de existir alguna demanda por parte de los usuarios.

Todas estas cuestiones se ponen en juego al momento de construir un diálogo de culturas en el contexto de la APS, sobre todo lo que pone en juego dicho proceso es la relación que los miembros del equipo de salud establecen con los mocovíes, ya el hecho de poder dialogar de manera fluida con ellos genera que se comience a conocer tanto su cotidianeidad, sus estilos de vida, y las posibles demandas que pueden presentarse en la comunidad, las cuales son cuestiones a considerar en el contexto de promoción de la salud y prevención de enfermedades. Del mismo modo, esa relación puede posibilitar o limitar la llegada de los mocovíes a la institución.

Es necesario también tener en cuenta la noción de “tiempo”, ya que este es uno de los factores principales para que se pueda construir una confianza con los mocovíes debido a que es importante conocerlos de a poco, que ellos conozcan a la persona ajena, y en caso de que haya diferencias culturales, se pueda construir una confianza desde las diferencias. Tal y como me lo afirma un miembro del equipo: “*Ellos tienen sus tiempos (...)*” (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019). En donde esa afirmación refiere tanto al conocerlos, que ellos conozcan a las personas ajenas a la comunidad que llegan a formar parte del CAPS. Pero también en referencia a que los miembros de la comunidad tienen sus tiempos en las consultas médicas, en lo tratamientos, y en lo que concierne al cuidado de su salud, ya que sobre todo ante la necesidad de un tratamiento médico planteado por algunos de los profesionales estos suelen tomarse tiempo para pensar en acceder o no al él.

Por lo planteado, entiendo la importancia de la construcción de la confianza que se plantea en el presente capítulo reside en la relación que puede o no establecerse entre los miembros del equipo de salud y los mocovíes, ya que es una de las bases que forman parte de la APS, y del enfoque intercultural que esta contiene en el CAPS.

Es posible dar cuenta que, en un panorama general, los miembros del equipo de salud conocen parte de la cultura y de la cotidianeidad de la comunidad mocoví y que las mismas son respetadas; a su vez, quienes se encuentran en la institución desde hace más de cuatro o cinco años son quienes más la conocen y con quienes más confianza tienen la mayoría de los miembros de la comunidad. Entiendo que esto hace referencia a una construcción de dicha confianza y a una perseverancia por llegar a la relación que actualmente tienen algunos profesionales con algunos de los usuarios del CAPS. Quienes están hace menos tiempo (podría decirse tres años) son quienes, según entiendo, menos relación de confianza tienen y menos diálogo, como así también menos conocimiento sobre la cotidianeidad de la comunidad. Por lo planteado es que entiendo que el tiempo es un factor importante en la construcción de la interculturalidad en APS ya que es necesario conocer a los mocovíes, pero también es necesario que ellos conozcan al equipo de salud, ya que para poder construir una relación entre ambas las voluntades e intereses de ambas partes se ponen en juego.

Los miembros de la comunidad no aceptan a los criollos en un primer encuentro, poder conocer a los mocovíes, e intentar construir una confianza con ellos es un trabajo lento y requiere de un posicionamiento activo y de paciencia por parte de quien llega a la comunidad, o a la institución⁶⁹. Tal es así que uno de los miembros del equipo, con

⁶⁹En lo personal percibí que al hacer el censo las personas sentían desconfianza para dialogar conmigo, y quienes accedían solo accedían debido a que siempre iba acompañada por uno de los agentes sanitarios

quien se ve una relación activa de diálogo y confianza afirma lo siguiente: “(...) a mí me costó llegar a ellos... porque a ellos tenés que saber llegar porque si no, no te aceptan... no aceptan a los criollos fácilmente... tenés que saber llegar a ellos” (D. S., comunicación personal, 11 de julio de 2019)

Es necesario que los mocovíes conozcan al personal del equipo y sobre todo que los acepten, ya que, a partir de mi recorrido en el tema, si ellos no aceptan a la persona, el diálogo comienza a limitarse, y en ese aceptar es en donde se ponen en juego los posicionamientos que uno toma al comenzar su trabajo en la institución, porque en la misma no solo se atienden enfermedades, o consultas médicas, o retiros de medicamentos, desde la institución se desempeñan estrategias que consideran a la salud desde una mirada amplia e integral, y que por ende, trasciende la atención y las consultas médicas. Entonces, para poder obtener una aceptación por parte de las personas de la comunidad algunos miembros del equipo desarrollaron un trabajo constante, lento, y demostrando sus intereses a los mocovíes durante años.

A su vez, cuando en la institución hay “caras nuevas” también depende mucho de quien realice la presentación formal de esa o esas personas, ya que también hay que considerar que los mocovíes establecieron un cierto tipo de diálogo y confianza con tres miembros del equipo de salud, que son quienes están en la institución hace tiempo, y con los dos agentes sanitarios mocovíes. La aceptación de los mocovíes depende de los intereses que la persona posea, de los posicionamientos que esta tome, y sobre todo del trato; y en este marco, según me lo ha indicado un miembro del equipo de salud: “...al principio fue trabajo de hormiga conocerlos y establecer confianza... ellos te tienen que conocer, te tienen que aceptar...” (D. S., comunicación personal, 11 de julio de 2019). En tal sentido, la aceptación por parte de los mocovíes es uno de los factores más importantes, pero que también conlleva su tiempo, sobre todo, el tiempo de los mocovíes.

Ahora bien, hay una forma de confianza que los mocovíes tienen especialmente con dos miembros del equipo de salud, una de ellas trabaja en la institución hace cinco años y la otra hace trece años. Es posible ver como la relación que ellas dos tienen con los miembros de la comunidad es muy fluida, y se entienden sin problemas ya sea tanto para alguna demanda puntual o para la atención de alguna dolencia; sin embargo, esta confianza ha llegado al punto de que los miembros de la comunidad se interesan por el bienestar de estas profesionales, preguntándoles y consultándoles sobre cómo estas se sienten en determinadas situaciones; y hasta incluso invitando a una de ellas a uno de los rituales que los mocovíes realizan dentro de la comunidad.

Lo planteado es visible solo con una enfermera y la médica, si bien con los demás miembros del equipo hay un diálogo y una relación puede que sea más distante. Así mismo, la diferencia de años de trabajo de estas en la institución es demasiada, y es aquí cuando considero que, si bien el tiempo que puede conllevar el proceso de la construcción de la confianza es importante, y lento, más importante aún son los intereses que tienen los profesionales, y como se posicionan frente a los mocovíes. Es decir, escuchando, abriéndose, no criticando sus modos de vida, pero sobre todo no imponiendo la cultura propia por sobre la de los miembros de la comunidad; o bien posicionándose de forma contraria a esto, lo cual no podría generar una confianza en los miembros de la comunidad. En consecuencia, podría plantearse que los mocovíes

mocovíes. Con estos he podido dialogar en diversas ocasiones, y considero haber podido construir cierto tipo de rapport con ambos agentes sanitarios mocovíes.

tienen preferencia por los profesionales que toman una posición de escucha, diálogo, conocimiento en el contexto del CAPS, más que con los demás profesionales.

Cuando se plantea la idea de preferencias por determinados profesionales me refiero al hecho de cuándo y porque los mocovíes asisten al CAPS, es decir, ante la ausencia de un profesional no ha habido visitas de los miembros de la comunidad más que por una urgencia. Cuando se normaliza la atención, y vuelven determinados profesionales a brindarla, la institución se satura y estos profesionales no dan abasto. Por ello considero que la predisposición y el compromiso de un profesional le da una gran importancia a la construcción de la confianza y de la relación que va construyendo con los mocovíes. Cuando me refiero a preferencia me refiero a la confianza, y a cómo, cuándo, con quién y en qué momento los miembros de la comunidad se sienten cómodos y bien atendidos en la institución, según sus relatos y los del personal administrativo.

Entonces, hay momentos en los que en la institución trabaja sin determinados profesionales (debido a licencias, vacaciones, entre otros), en donde no deja de haber profesionales, pero si dejan de estar presentes en ese periodo de tiempo los profesionales con quienes más confianza han establecido los miembros de la comunidad, y son estos momentos en los cuales los mocovíes no asisten más que por una urgencia que necesita solución inmediata. Lo mismo sucede con otras instituciones de salud de la localidad ya que los mocovíes no asisten al hospital de la misma, más que por alguna urgencia o una necesidad extrema como lo son las internaciones, análisis, entre otros. No solo el trato es diferente, sino que el enfoque de a quienes se dirige la institución cambia y no contempla determinadas cuestiones que desde el centro de salud "*Moqoit Nqadenqa*" si se consideran al momento de brindar una atención, o desarrollar alguna estrategia que se relacione a la promoción y prevención de la salud de la comunidad.

Ahora bien, en esa construcción de la confianza, que es parte de un proceso y también parte de la construcción de la interculturalidad en APS, a veces se ven frutos y a veces no, y esos frutos los demuestran los miembros de la comunidad al asistir a la institución y consultar con tal persona del equipo, o incluso buscándola para hablar con esta antes de ser atendido por algún otro profesional. En tal sentido, miembros del equipo también reconocen que el establecer confianza con los mocovíes, y que estos acepten a una persona ajena a la comunidad como parte del CAPS, es un trabajo que conlleva tiempo y perseverancia, según se me ha indicado: "*...y bueno fue un trabajito deeeee como yo siempre digo el trabajito horrmiga de cinco años.. y que yo por ejemplo ahora veo los frutos porque ellos vienen cualquier cosita D. de acá D. de allá... o sea se ven los frutos viste vos te das cuenta que ellos te aceptan*" (D. S., comunicación personal, 11 de julio de 2019).

No es tarea fácil establecer una confianza con los mocovíes, y mucho menos un diálogo fluido, esto es posible solo mediante una actitud activa por parte del personal en intentar una y otra vez, y pasiva en el sentido de ser pacientes ya que es un trabajo que necesita de mucho tiempo, inclusive años. Con las dos personas del equipo que más confianza tienen los mocovíes, a quienes buscan y por quienes preguntan cuándo llegan a la institución, ya sea para que sean atendidos por alguna dolencia o por alguna demanda puntual, son quienes están en la institución hace cinco años o más. Y en esta línea, sucede lo mismo con el diálogo ya que si bien los mocovíes conocen el castellano que hablan los criollos, lo utilizan de manera escasa y en diversas situaciones se presentan complicaciones para que ambas partes (lengua mocoví y lengua criolla) se entiendan en un diálogo. Y es aquí en donde toma mayor relevancia

la tarea de los agentes sanitarios ya que estos también toman un rol de traductores, y explican a ambas partes lo que se intenta decir en caso de ser necesario. Tal es así que en palabras de una de las profesionales ha planteado lo siguiente “*Ahora ya me entienden porque hace trece años que voy... pero al principio no me entendían lo que yo decía. No entendían nada. Entonces ella [agente sanitaria] les explicaba lo que yo le quería decir... Y ella a su vez me explicaba a mí lo que ellos me querían decir...*” (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019)

En situaciones como esta es en donde se puede visibilizar la confianza que, al momento actual, tienen los agentes sanitarios⁷⁰ mocovíes con algunos de los miembros del equipo de salud, ya que aunque estén en el sistema formal de trabajo y formen parte del equipo de salud, ellos pertenecen a la comunidad y también suelen tener actitudes de desconfianza ante la llegada de un criollo a la institución; pero como ya se ha planteado depende de cómo y por quien sea presentada el “nuevo” criollo, estos toman cierto posicionamiento de una impronta de trabajo activa, o no. En este sentido, al momento actual los agentes sanitarios mocovíes conocen a los miembros del equipo de salud, y (de igual forma que los mocovíes de la comunidad) han establecido una relación de afinidad solo con algunos miembros del mismo.

El diálogo de los mocovíes que asisten a la institución con los demás miembros del equipo de salud en ocasiones no es fluido, y culmina solo en la explicación de una dolencia y el otorgar determinado medicamento; pero con quienes ya hay una confianza establecida además de ese acto se lleva a cabo una indagación sobre la persona, sobre su familia, es decir, sobre como están, si necesitan algo, ya sea leche, abrigos, entre otros, es decir, hay un involucramiento por parte de algunos miembros del equipo, en palabras de una enfermera “... *te involucras, aunque no quieras te involucras...*” (D., comunicación personal, 11 de julio de 2019).

Es importante prestar atención a los modos en los que los profesionales se dirigen a los miembros de la comunidad, a los tipos de preguntas que se hacen, considerar primero si son necesarias o no, y tener en cuenta que lo que para los criollos es algo común puede que para los mocovíes no. Es decir, hay preguntas que pueden incomodar y hasta molestar a estos últimos y generar que no vuelvan a la institución. El decir, el acotar, la manera de decir o preguntar las cosas pueden contribuir, o a veces no, a la construcción de un diálogo fluido, y de una confianza, como ha sucedido en la institución. Es posible ver como los mocovíes se sienten más a gusto con determinados miembros del equipo, y como con otros la relación es más distante y no hay ni siquiera una relación de diálogo, siendo estos últimos con quienes no es posible ver una confianza establecida, pero tampoco en proceso o construcción.

Recapitulando, quienes más conocen a los miembros de la comunidad son aquellos que tienen más afinidad y relación con ellos, y con quienes se estableció cierto tipo de comunicación, por lo cual entiendo que son los miembros del equipo que llevan más de cuatro (4) o cinco (5) años en la institución, el tiempo es un factor fundamental para la construcción de la confianza, sobre todo por la manera de actuar y de relacionarse que tienen los mocovíes con personas ajenas a la comunidad. Aunque es posible ver que las relaciones de los miembros del equipo de salud con los mocovíes varían y son diversas, es necesario considerar que las mismas se basan sobre todo en los intereses y posicionamientos que tienen los actores involucrados, ya que, si bien todo el equipo de salud vela por el bienestar óptimo de la salud de la comunidad, no todos

⁷⁰ Se desarrolla sobre el rol de los agentes sanitarios en el capítulo 6.2.

perciben de la misma manera a la cultura de los mocovíes y los estilos de vida que ellos llevan a cabo.

V.II Promover la salud y prevenir las enfermedades... de la comunidad.

El diálogo, la escucha, el conocer, comprender, aprehender y entender la cultura y la cotidianidad de la comunidad mocoví son cuestiones necesarias a tener en cuenta para poder construir una confianza, tanto para que los miembros de la comunidad acepten a las personas ajenas a la misma como para que desde el equipo de salud, en conjunto con los mocovíes se generen acciones de promoción de la salud y prevención de las enfermedades, ya que según el planteo de un miembro del equipo quienes deben cuidar la salud de la comunidad son ellos mismos, en conjunto con la institución.

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades como parte de la APS, en el contexto del CAPS "*Moqoit Nqadenqa*" se da en base a conocer, dialogar, informarse, comprender, los estilos de vida que los mocovíes llevan a cabo. Y para esto considero que es necesaria la construcción de la confianza, sobre todo para que los mocovíes habiten la institución, y los miembros del equipo puedan, en cierta manera, habitar la cotidianidad de la comunidad. En ese sentido, la OMS⁷¹ define a la promoción de la salud y prevención de las enfermedades como un "*(...) proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla*" (Sapag, p. 2, 2007); es decir, un proceso en donde se intenta mejorar la salud de las personas tanto a nivel individual como a nivel colectivo, a partir de tener en cuenta a los determinantes sociales, económicos y ambientales; y a su vez hacer parte e integrar a la comunidad como promotora de dicho proceso, ya que el mismo se lleva a cabo entre los miembros de la comunidad y los agentes de la salud.

En este marco, es necesario aclarar que la idea de atención de la que se habla aquí trasciende la idea de atención médica (de alguna dolencia puntual), ya que considero a la atención de la salud en un sentido amplio como se desarrolló en el segundo capítulo de la presente tesina. Es decir, recapitulando, atender a la salud no es solo atender las dolencias sino también tener en cuenta todos los determinantes sociales que hacen a la salud de las personas, y de una población; donde se ponen en juego los estilos de vida, la biología humana, el medio ambiente y el sistema de salud.

Ahora bien, en este apartado se desarrollan las diversas estrategias que el equipo de salud toma con el fin de promover la salud de la comunidad, y se da cuenta de cómo se consideran (o no, en algunas situaciones) a la cultura propia de los mocovíes.

En esta línea, en el CAPS se atiende por demanda espontánea y tiene un área de influencia extensa en donde además de los mocovíes asisten otras personas que son ajenas a la comunidad pero que residen en barrios cercanos; frente a lo cual desde la institución se ha observado y considerado que los mocovíes no asisten a la misma cuando en ella hay personas de otros barrios de la localidad, es decir, los mocovíes esperan para anotarse y ser atendidos una vez que las personas, que no son de la comunidad y que no pertenecen al equipo de salud, se retiran de la institución. En efecto, es posible ver como desde la institución se considera la situación y también en ella a la cotidianidad de los mocovíes, ya que se decide que las personas que son de otras zonas se anotaran para ser atendidos, por la mañana, hasta las nueve horas debido a que la gente de la comunidad comienza a asistir a partir de las diez horas.

⁷¹ Organización Mundial de la Salud.

Entiendo que con esto se intenta responder a las demandas de la población del área de influencia de la institución, pero también se intenta que los mocovíes no sientan un desplazamiento, como se supone que lo sienten según un miembro del equipo de salud, cuando asisten a la institución personas ajenas a la comunidad.

Es claro que, en cada estrategia, o acción en relación a la promoción y prevención de la salud, que se lleva a cabo en el centro de salud se apunta a la integración de los mocovíes a la institución, a que se sientan parte de ella, sobre todo considerando las particularidades de la población en lo que refiere a la relación que los mocovíes tienen (o no) con personas ajenas a la comunidad, y también a sus modos de vida. Según me lo ha indicado una de las enfermeras: *“Siempre para cada trabajo tenemos que tener la estrategia, más acá en la comunidad, porque tenemos que buscar la forma de que ellos se integren al centro de salud”* (D. S., comunicación personal, 11 de julio de 2019). Es decir, tener en cuenta sus estilos de vida al momento de promover y prevenir la salud de los mismos. Pero es necesaria una problematización de las situaciones en donde suelen generarse tensiones dentro del equipo de salud, ya que como se planteó anteriormente, se conciben de diversas maneras a los estilos de vida de los mocovíes.

Por otro lado, debido a que los mocovíes van y vienen constantemente a la zona del Pastoril, en parte del equipo de salud se encuentra presente una impronta por tener un seguimiento de las familias mocovíes que residen en la zona, las que se van, las que vuelven, y las que llegan. Ante las reiteradas invitaciones a los presidentes del consejo (“los” ya que ha habido varios), y frente a la ausencia de estos y la falta de respuesta, desde la institución se ha visitado al consejo frente a un necesario registro de quienes van y vuelven de Colonia El Pastoril (Chaco), pidiendo que si se encuentran con síntomas físicos de alguna enfermedad concurren a la institución para evitar contagios; de igual modo, si vienen personas desde dicho lugar con niños es necesario que concurren a la institución para llevar un control pediátrico en relación a las vacunas, nutrición, entre otros. Debido a que los mocovíes *“Van y vienen al chaco, se atienden allá, se atienden acá”*, según el planteo de la médica de la institución, lo cual genera ciertas dificultades sobre los seguimientos de algunos tratamientos. Es aquí entonces en donde se considera desde el centro de salud que la salud de los miembros de la comunidad mocoví no la cuida solo el equipo de salud, sino también ellos mismos siendo responsables de la salud de la comunidad.

Sumado a ello algunas familias de la comunidad comienzan a tener nuevas generaciones dentro de ellas y comienzan a dividirse; algunas familias (madre, padre e hijo/s; madre e hijo, parejas) siguen conviviendo en la misma casa donde ya residían, y otras tienen la posibilidad de construir, de a poco, dentro del mismo terreno.

Frente a esto, desde el CAPS consideran necesario actualizar las historias clínicas familiares para un mejor seguimiento ante posibles situaciones que pueden presentarse; para lo cual se realizó una encuesta en la comunidad familia por familia, la cual se basó en un cuestionario de un censo que fue reformulado para lo que se necesitaba recolectar información, es decir, quienes conforman la familia, condiciones habitacionales, niveles de escolaridad de los miembros de las familias, si realizan trabajos formales, o changas. Cuestiones referidas a edades y fechas de nacimiento no fueron consideradas para la encuesta ya que eran datos que estaban presentes en la institución, de igual forma se generaron preguntas sobre cómo los mocovíes perciben la atención del CAPS, y que les gustaría que cambie del él. Las respuestas se basaron sobre todo en la relación de los miembros de la comunidad con algunos miembros del equipo de salud, demostrando que se sentían bien atendidos con tales

profesionales, y no con otros; y aquí nuevamente recapitulamos a la confianza que tienen con dichos profesionales de la que se habló en el apartado anterior. El hecho de incorporar una pregunta que refiere directamente a “que cambiarían los mocovíes de la institución”, por parte de la referente, alude a un posicionamiento de continua introspección sobre las prácticas que se desempeñan desde el CAPS.

Dentro de la encuesta se realizaron preguntas a los miembros de la comunidad referidas a la atención que recibían desde el CAPS, entre ellas: cada cuanto asisten al CAPS, por qué motivo, si se sienten bien atendidos, y si podrían que cambiarían de la institución. La mayoría no contestó a esas preguntas, siendo sus respuestas “está bien”, “no sé”. Pero hubo quienes sí, los cuales plantearon mejorar la atención de determinados profesionales, es decir la posibilidad de cambiar el trato hacia ellos, y que el hecho de tener que ir hasta el hospital para una atención que no se brinda desde el CAPS les genera cierto rechazo (por ejemplo, la situación de una mujer que necesitaba de la atención odontológica que se brinda en el hospital), tanto por la lejanía como por la atención del mismo. De la misma manera, en general, las únicas respuestas frente al porque asistían al CAPS mostraban que solo lo hacían cuando los niños/as se enfermaban, cuando necesitaban medicamentos, o por los controles de los bebés, niños/as, y embarazos.

Lo expresado demuestra un seguimiento periódico sobre las familias de la comunidad, sobre sus condiciones de vida, de salud, habitacionales, pero también demuestra cómo se buscan estrategias para seguir conociéndolas apuntando a la construcción de una relación de confianza con ese otro con el que se trabaja cotidianamente, ya que algunos miembros de la comunidad no tienen intención de generar un diálogo si no hay una explicación de un porqué o para qué se quiere hablar con ellos, y en ocasiones aunque la explicación se dé estos no ceden. También se tiene en cuenta aquí un acercamiento periódico y constante a mujeres que se encuentran transitando un embarazo y a quienes ya tienen hijos que se encuentran en un periodo en el que son necesarios los controles pediátricos y las vacunaciones.

En este marco, es importante la noción de lo cotidiano, ya que la zona donde residen los mocovíes y en donde se encuentra ubicado el CAPS es en términos geográficos pequeña ya que abarca tres manzanas, y es frecuente cruzarse a miembros de la comunidad en el camino al CAPS tanto para iniciar una jornada de trabajo como al culminarla, y también en el lapso de tiempo que el equipo reside en la institución, en donde ese “cruzarse” puede convertirse en un canal de diálogo con un saludo o preguntas relacionadas a como se encuentran, al trabajo, o situaciones puntuales sobre las que se están llevando a cabo intervenciones. En ese canal de diálogo también es posible encontrar situaciones que podrían no detectarse si no se lleva a cabo un trabajo de campo y un acercamiento, como ya se planteó, constante a la comunidad. En esta línea, entiendo pertinente traer aquí el planteo de Carballada (2015) ya que el autor considera que “(...) *la mirada hacia lo territorial se ratifica desde un pensar situado, donde las coordenadas que marcan su cartografía son socioculturales y espaciales, pero también nos hablan de ritualidad, significaciones y vida cotidiana*” (p. 3). De esta forma es posible dar cuenta que el trabajo no se lleva a cabo solo desde adentro de la institución, sino que fue en un principio y es en la actualidad, como me lo afirma la médica de la institución, necesario a trabajar desde el territorio. A su vez entiendo que también son estas cuestiones las que contribuyen a la construcción de la confianza sobre la cual se desarrolla en el apartado anterior.

Por otro lado, en relación a las culturas presentes en dicha cotidianeidad es posible ver que entre los miembros del equipo de salud hay quienes le brindan una

importancia a la cultura y la forma de vida de los mocovíes, considerando que esta es diferente a la que los primeros poseen, y que necesita de estrategias para poder llevar a cabo acciones de promoción y prevención de la salud que tengan en cuenta dichos modos de vida; pero también hay quienes no le dan la importancia que la cuestión amerita y es en donde el etnocentrismo aparece con más fuerza.

En consecuencia, parte del equipo de salud tiende a presentar actitudes de enojo ante situaciones que considero no son comunes para ellos, y en lugar de problematizar la situación y considerar los factores que indican en ella se pone en primer lugar la cultura de uno mismo y la forma de vida, disintiendo con la de los mocovíes, y entiendo que es aquí también donde vuelve a aparecer un etnocentrismo ya que las acciones que llevan a cabo los mocovíes no se consideran como “políticamente correctas” para estos profesionales. Dicha situación se da en función del supuesto de que una madre de la comunidad “no llevaba a los nenes al jardín”, pero ¿no quería llevarlos?, o ¿no podía? ¿los niños tenían lo necesario para poder asistir al jardín? Como ropa, útiles, guardapolvo, ¿o pasaba algo más para que los niños no asistan al jardín? ¿qué sucedía?. Si bien no suele haber una coordinación directa con la escuela a la que los niños y niñas de la comunidad asisten, cuestiones como estas están presentes, y el acceso a la educación no es algo a lo que el CAPS le otorgue la importancia que creo que se merezca, aunque sí, luego de la encuesta realizada, en cierto modo se ha puesto en agenda para discutir sobre el tema. Del mismo modo, el etnocentrismo aparece en una situación puntual de entrega de inodoros a la comunidad, pero se dio la situación que los miembros de la comunidad comenzaron a venderlos, y esto generó cierto enojo en parte del equipo de salud, pero, ¿se preguntaron si acostumbran a tener inodoros en sus baños?, recapitulando, lo que para uno es normal y políticamente correcto reside en la educación, los estilos de vida, y la cultura propia de cada persona; ninguna cultura y estilo de vida debería considerarse superior a otra.

Entonces se afirma una presunción de lo que sucede y se legitima un discurso que no tuvo intención de profundizar la situación mediante un diálogo y una investigación para analizar qué es lo que realmente sucede y de qué manera se puede intervenir para que los derechos de los miembros de la comunidad que se encuentran vulnerados sean garantizados. Estas cuestiones, a su vez, generan tensiones dentro de los miembros del equipo de salud ya que, como se planteó, hay diversas formas de entender de los estilos de vida de los mocovíes.

Ahora bien, en el hecho de aceptar y reconocer la cultura de los mocovíes como diferente pero paralela, por parte de algunos miembros del equipo de salud, también se consideran cuestiones específicas de salud como las vacunas y controles pediátricos que son sumamente necesarios para el bienestar de los niños de la comunidad, entonces, en ese reconocimiento de una cultura diferente se intenta explicar la importancia de las vacunas, los controles, la higiene, los cuidados que se deben tener luego de una vacuna. Y en este marco, por ejemplo, una situación concreta refiere a que los mocovíes sí acceden a los controles y las vacunaciones de los niños, pero solo en los días plenos, es decir, no debe ser un día nublado ni lluvioso. Por lo tanto, si el día de la vacunación no es un día pleno ellos no asisten, y desde la institución se conoce su cotidianeidad por lo cual saben que van a asistir al día siguiente o en cuanto el tiempo (clima) mejore. Esto se relaciona estrechamente a los “tiempos” y a los modos de entender a la salud de los mocovíes, los cuales desde parte del equipo se pueden entender, y construir estrategias de prevención de las enfermedades teniendo en cuenta los tiempos de los miembros de la comunidad y la manera en que

conciben a la salud. Aquí, se puede ver la importancia que los mocovíes le otorgan a la naturaleza en lo que respecta a su bienestar, ya que si el clima no es bueno ellos consideran que las vacunas pueden hacerle mal a sus niños y niñas. Lo expresado entonces, se relaciona a la importancia que los pueblos indígenas le han otorgado al equilibrio entre naturaleza, cuerpo, y alma; es decir, "*Si enferma la naturaleza, enferma el ser humano, y viceversa*" (Mena, p. 6, 2005), o sea, si se altera ese equilibrio podría darse lugar al surgimiento de enfermedades (Chihuailaf, 1999: en Mena, 2005)

También se respeta la decisión de los miembros de la comunidad sobre quien coloca la vacuna a los niños/as, la madre decide, si alguno de los agentes sanitarios mocovíes, o si algunas de las enfermeras presentes. En esto he podido ver una preferencia hacia los agentes sanitarios mocovíes y hacia una de las enfermeras, la cual particularmente se encuentra en la institución hace un tiempo considerable y es con quienes los mocovíes han establecido un cierto tipo de relación de confianza.

Como ya se planteó, la interculturalidad apunta a una construcción constante del diálogo de culturas, en donde es necesario un ceder de las dos partes para que el diálogo sea más ameno; en este caso así como parte del personal del centro de salud acepta y reconoce la cultura de los mocovíes, o al menos parte de ella, los mocovíes también comienzan a incorporar ciertas acciones que desde la institución se les recomiendan, por ejemplo, luego de una consulta médica, de una vacunación, de algún aspecto relacionado a su cotidianeidad. En este marco, en cuanto a las campañas de vacunaciones las recomendaciones se basan sobre todo en los efectos secundarios que estas pueden generar, para que los miembros de la comunidad no se alarmen ante determinadas situaciones, son cuestiones que fueron incorporando, en palabras de una de las enfermeras: "*(...) se le va a inflamar... se le puede inflamar... y cosas así que fueron incorporando [los mocovíes] de tanto repetirles todo cada vez que los traen a vacunar...*" (D. S., comunicación personal, 11 de julio de 2019). En esta línea, actualmente no se presentan de manera recurrente, como si en los inicios del trabajo de la actual referente en el CAPS (aproximadamente 2005), situaciones de enfermedades relacionadas a parásitos, problemas en la piel, problemas estomacales; los cuales desde parte del equipo se consideraba que eran producto del "problema del agua", ya que la zona donde residen los mocovíes no cuenta con red de agua potable y ellos consumían (y consumen) agua de lluvia recolectada en bidones que contenían agro-tóxicos, frente a lo cual se han gestionado en coordinación con la municipalidad y la cooperativa de agua potable de la localidad el suministro de agua potable en un tanque ubicado detrás del CAPS, del cual las personas de la comunidad se proveen⁷². En palabras de un profesional, "*(...) era un problema porque había mucho, mucha diarrea, muchos parásitos, o problemas en la piel por la higiene*" (E. C., entrevista personal, 19 de julio de 2019).

Las decisiones que se tomaron desde el CAPS para la prevención de enfermedades generaron que las mismas disminuyan. Esas decisiones se tomaron en un contexto en el cual las personas de la comunidad consumían agua de lluvia, para alimentos e higiene, en bidones que contuvieron en su interior agro-tóxicos, y que según se entiende desde el CAPS eso generaba enfermedades, dolencias. En este marco, se les ha explicado a los miembros de la comunidad que no está mal consumir agua de lluvia, pero que si es necesario tener en cuenta en que recipiente se acumula la misma

⁷² Antes de dicho momento en la comunidad solo había un tanque de 200 litros que, según me comentaron, no duraba y en dicho momento se priorizaba dar dos litros de agua a las familias que tenían bebes en sus hogares y necesitaban para la leche de estos.

para luego ser consumida. Frente a esto, desde el equipo se ha tenido en cuenta la cotidianeidad de los mocovíes, no en un intento de cambiarla, sino en un intento de brindar una opción donde estos puedan proveerse de agua de lluvia, pero prevenir las enfermedades que podrían causar, lo cual se logró. En tal sentido, cuestiones relacionadas a las condiciones habitacionales y a lo que los mocovíes consumen en su cotidianeidad, se recomienda, sin pretender reconfigurarla, recolectar agua en bidones que no contengan restos de agro-tóxicos, para que en esa cotidianeidad se puedan tener ciertos recaudos con el fin del bienestar su salud.

En relación a la prevención de la salud, en la campaña de prevención contra el dengue, es posible ver como desde el CAPS se considera a la vida cotidiana de los mocovíes para intervenir a través de ella. En esta situación se consideró que los mocovíes, en su mayoría, suelen escuchar la radio, por lo cual se ideó una campaña de prevención del dengue en un escrito que se tradujo por el agente sanitario mocoví y se transmitió en la lengua mocoví por el canal de radio que suelen escuchar dentro de la comunidad.

Por otra parte, en el capítulo anterior se explica el respeto del equipo de salud frente a las decisiones de los mocovíes de no acceder a un tratamiento médico necesario cuando la persona involucrada es mayor, pero, no sucede lo mismo cuando quien necesita el tratamiento es un niño o niña menor de edad de la comunidad. En este marco, desde el equipo de salud se involucran de una manera acentuada cuando los implicados son niños/as, pero cuando se pone en juego la creencia de ellos, intentan desde lo cotidiano, desde el diálogo con conocidos de la familia, sin faltar el respeto a su creencia, asegurarse de que el niño o niña reciba el estudio y tratamiento necesario, una vez que consultaron a su *piogonak*, si estos consideran que lo que padece el niño es una enfermedad del alma. Es claro que cuando se ponen en juego y entran en tensión la urgencia de un tratamiento médico, y el no acceder a él por decisión propia de los mocovíes, por su creencia, suelen presentarse situaciones complejas en las que es necesario intervenir de manera coordinada con el hospital de la localidad y sus profesionales, sobre todo cuando los involucrados son menores de edad.

Ahora bien, es preciso considerar aquí que la reinauguración del CAPS como intercultural de manera oficial era sumamente necesaria, pero no en lo que respecta a la “incorporación del enfoque intercultural”, ya que como he planteado anteriormente el mismo ya se encontraba en desarrollo; sino en lo que respecta a la reforma material y ampliación de la institución. Lo cual se debe a que la estructura material era precaria⁷³, y sobre todo pequeña, lo que condicionaba las diversas formas de atención que los profesionales podían brindar, tanto en lo que refiere a la atención odontológica, obstétrica, médica, pediátrica, y la parte de enfermería. Sobre todo, en lo que refiere a la parte odontológica, cuando se necesitaba de una atención que requería de tecnologías que el CAPS no poseía, los miembros de la comunidad debían asistir al hospital, lo cual en diversas situaciones no sucedía.

Es necesario plantear y afirmar que en la atención de la salud en otras instituciones de la localidad el trato es diferente al del CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”, ya que como me lo ha planteado una de las enfermeras “...son experiencias y necesidades distintas...”

⁷³Durante muchos años se ha luchado desde la institución, sobre todo las dos profesionales que hace más tiempo trabajan en él, para el reacondicionamiento de la misma con el fin de brindar una atención adecuada a la comunidad.

(D. S., comunicación personal, 11 de julio de 2019). Esto da cuenta que la atención del CAPS considera no solo a las posibles enfermedades, sino también a la cotidianidad de los mocovíes y los determinantes de la salud que en ella se encuentran; y como cambia radicalmente la atención hacia la salud de los mocovíes cuando estos son atendidos en otras instituciones, y así se demuestra claramente cuando ante la necesidad de asistir a otra institución (por motivos de insumos que el CAPS no posee) ellos no asisten.

Frente al trato diferente que los mocovíes reciben en el hospital de la localidad se entiende desde el equipo que es necesaria la coordinación de una reunión con dicha institución, sobre todo porque hay situaciones en las que por ejemplo, una internación, es necesaria; pero los mocovíes se resisten, lo cual también podría relacionarse con el trato que reciben y con la forma en que se los trata, la forma en que se les habla, ya que esto puede ser una causante de la resistencia de los miembros de la comunidad a ir al hospital; tal y como lo ha planteado una profesional del equipo de salud del centro de salud: *“ellos se quejan del trato del... en el hospital. Y no quieren ir al hospital”* (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019).

Es posible afirmar que los miembros de la comunidad no asisten al hospital de la localidad (a menos que sea por derivación o por una situación de internación de urgencia), como así también es posible afirmar que la atención es distinta a la que se brinda en el CAPS, en palabras de un miembro del equipo de salud: *“(...) se aguantan el dolor y no van [al hospital]”* (N. C., comunicación personal, 18 de febrero de 2019). En este marco, no considero que existan buenas y malas atenciones en el ámbito de la salud pública, pero sí entiendo que existen diversas maneras de comprender y entender a ese otro que es usuario de la atención. Es decir, comprender y entender, desde el CAPS, la manera en que se desarrolla la vida cotidiana en la comunidad y que esto se tenga en cuenta en determinadas situaciones, ya da cuenta de una atención diferenciada a la de las demás instituciones de la localidad. Atención con la cual los miembros de la comunidad mocoví, según considero a partir de las observaciones dentro del campo, se sienten más cómodos ya que se tienen en cuenta muchas cuestiones, como sus modos de vida, su cultura, sus tiempos, sus modos de actuar frente a determinadas situaciones, como podría ser un ejemplo claro la colocación de vacunas solo en días soleados, lo cual desde el CAPS se respeta y no se exige una vacunación en días donde por ejemplo está nublado, ya que los mocovíes lo plantearon de esa manera en relación a sus modos de entender a la salud.

A partir del trabajo que algunos miembros del equipo desempeñaron en otras instituciones de salud de la localidad, pueden afirmar que la gente de la comunidad es distinta, que sobre todo, *“...el trabajo es distinto...”* (D. S., comunicación personal, 11 de julio de 2019). Entiendo que la institución va más allá de la atención de las enfermedades, y que eso también genera que el trabajo sea distinto, y que a su vez trabajar con una comunidad indígena requiere otro tipo de compromisos y sobretodo de posicionamientos por parte del equipo, los cuales entiendo son activos en parte del equipo de salud. En ese sentido, poder reconocer el capital social que una comunidad posee, y a su vez establecer relaciones de confianza, son cuestiones fundamentales para promover la participación de los integrantes de la comunidad en el proceso de promoción de su salud (Sapag, 2011).

Es posible ver una relación establecida entre los mocovíes y parte del equipo de salud, ya que, según lo que me han planteado, los mocovíes llevan diversas inquietudes a la institución, no solo aquellas que tienen que ver con alguna dolencia puntual o el retiro

de medicamentos, y en este marco se da un debate, generándose reuniones entre la comunidad y el equipo de salud. Sin embargo, aunque algunos miembros referentes de la comunidad participan de dichas reuniones, no lo hace el presidente del consejo de la comunidad, hasta el momento, pese a la invitación.

En cuanto a la necesidad de coordinación conjunta, en el contexto de una APS con un enfoque intercultural, entre el equipo de salud y los mocovíes se lleva adelante un proyecto⁷⁴ (del cual se hace referencia en el capítulo 3, apartado 3.2) para poder conocer las prácticas ancestrales de cuidados en salud de los mocovíes y para reforzar el vínculo entre los miembros de la comunidad y los miembros del equipo de salud.

Entre sus objetivos se encuentran:

“Promover un espacio de encuentro y diálogo que este orientado a construir saberes en un proceso donde los saberes propios de las comunidades originarias y conocimientos de los del equipo de salud puedan convivir y potenciarse sin establecer la preeminencia de unos sobre otros; reconocer y poner en valor de prácticas ancestrales relacionadas con el cuidado de la salud por parte de la comunidad mocoví, Incorporar dichos conocimientos a la lógica de trabajo cotidiana del equipo de salud; documentar y producir registros sobre estos saberes ancestrales vinculados a los cuidados de la salud, con el objetivo de socializar y difundirlas de la comunidad, los equipos de salud y la comunidad en general” (Proyecto Institucional, 2019, pág. 1).

Aquí es visible el accionar del equipo de salud para poder conocer prácticas ancestrales de los mocovíes con respecto al cuidado de su salud, pero también para establecer y reforzar el vínculo comunidad-equipo de salud; como así también contribuir a que los saberes ancestrales puedan seguir transmitiéndose de generación en generación dentro de la comunidad, para que en la comunidad no se pierda la transmisión de saberes ante las nuevas generaciones. Frente a esto en el marco del mencionado proyecto, se comienzan a registrar escritos y dibujos, traducidos al idioma mocoví para su transmisión generacional. Esto se da, también, frente al planteo de un miembro de la comunidad en donde da cuenta que los saberes ya no se transmiten como antes, y que los jóvenes de la comunidad no toman estas cuestiones con la importancia que, según las generaciones más ancianas, deberían tomarse. López et al (s/f) plantean una división de los mocovíes entre "antiguos" y "nuevos", pero, incluso aquellos más ancianos se auto reconocen como nuevos. Ellos consideran que ya no existen mocovíes antiguos ya que desaparecieron con la generación anterior, lo cual genera un cambio que es percibido por los mocovíes mayores como una pérdida y un cambio de era.

Frente a esto, a partir de relatos de los mocovíes, desde el equipo de salud se considera que la inexistencia de registros escritos sobre prácticas ancestrales pone en peligro su continuidad y podrían fácilmente perder la tan necesaria transmisión generacional de dichos saberes entre las familias de la comunidad. Se puede decir entonces que de esta manera se amplía la mirada sobre la salud y la enfermedad, otorgándole valor a los saberes y prácticas ancestrales de los mocovíes, como así también se sigue con una actitud de integración (Orzuza, 2013).

⁷⁴ Dicho proyecto se lleva a cabo en el periodo diciembre 2018 - agosto 2019, y mediante el mismo el CAPS “*Moqoit Nqandenqa*” es reconocido a nivel nacional por la Organización Panamericana de la Salud.

A su vez, también se comenzó a reconocer en el marco del fortalecimiento de los vínculos la importancia de sumar los saberes y conocimientos de los mocovíes sobre los cuidados de la salud a la lógica de trabajo cotidiana del CAPS. Y con el interés de fortalecer los vínculos entre el equipo de salud y la comunidad, se comienza con mesas de diálogo en un intento de construir conjuntamente una agenda de problemas de salud de la comunidad. Se comprende entonces que los problemas no están dados, sino que se construyen en conjunto entre el equipo de salud y la comunidad. Esto relega la idea del modelo médico hegemónico dentro del equipo de salud, y se comprende que dicho modelo no es el único que posee el conocimiento legítimo respecto de la salud, y se ubica así al equipo de salud en un lugar de escucha y construcción conjunta en donde se encuentran las diversas formas de concebir a la salud, y no desde un solo modelo (el hegemónico) (Gomitolo et al, 2019).

Orzuza (2013), retomando a Guitard, plantea que el respeto hacia los saberes y prácticas ancestrales además de preservar la identidad cultural de las poblaciones indígenas, "... favorece la eliminación del racismo y la discriminación (...)" (p. 2). Así mismo, el respeto y una postura activa para conocer esos saberes y prácticas, en ocasiones, permite que los saberes indígenas contribuyan a los tratamientos de ciertas enfermedades; y que los tratamientos no entren en contradicción con los saberes y prácticas culturales que la comunidad mocoví posee.

Desde el equipo de salud, ceden en ocasiones en donde ante determinada situación de salud, los mocovíes consultan a su *piogonak* primero, pero luego se siguen las recomendaciones del personal médico del CAPS. Esto alude al respeto de los tiempos de los mocovíes, lo cual también es una manera de seguir generando y construyendo constantemente una confianza. El *piogonak*, llamado también chaman, es el curandero que desarrolla determinados métodos que tiene como base sus saberes ancestrales de cuidados en salud, sobre ellos. Podría entenderse de manera más sencilla, como "el médico indígena de los indígenas". De esta manera, se puede percibir como se reconoce a las diversas maneras de curar y entender a la salud, de acuerdo a las creencias y culturas que cada persona posee, y como a su vez no se visibiliza la intención de establecer un método medicinal para el cuidado de la salud como el "adecuado".

En el marco de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de la comunidad, sostengo la importancia del rol de los agentes sanitarios indígenas en instituciones de APS que contienen un enfoque intercultural. Los agentes sanitarios indígenas se incorporan a los efectores de salud a mediados de la década de 1990 para cumplir el rol de facilitadores culturales principalmente siendo traductores entre los indígenas y los equipos de salud, para lo cual fueron necesarias capacitaciones. Esa incorporación se sostiene como el antecedente del enfoque intercultural en salud (Lorenzetti, 2017). Los agentes sanitarios son tanto facilitadores culturales, en el sentido de dar a conocer parte de su cultura, como también facilitadores idiomáticos (Mirassou, 2013), es decir, facilitan el diálogo entre los agentes de salud y los miembros de la comunidad cuando la lengua indígena tiene una presencia muy marcada y dentro de la comunidad se habla muy poco el idioma castellano.

En lo que respecta al CAPS "*Moqoit Nqadenqa*" en diversas ocasiones los agentes sanitarios mocovíes se encuentran en las consultas que la médica recibe, y también forman parte de ella, ya sea para traducir a la médica o a los miembros de la comunidad que asisten a la consulta, o bien para por ejemplo colocar vacunas en caso de que quien la deba recibir considere mejor que la misma sea colocada por el agente sanitario.

En este sentido, a partir del accionar de dichos agentes es que di cuenta de que hay diversas maneras de habitar la institución. Es decir, el agente sanitario suele encontrarse parado frente a la institución, en la vereda, incluso fue él quien me indico en mi primera ida al campo como debía hacer para dirigirme a hablar con la referente de la institución. De igual forma, quienes concurren al CAPS suelen consultarle a él primero si tal profesional se encuentra, si se están entregando medicamentos, entre otras cuestiones. Dichas acciones van de la mano con el cotidiano de la institución, en donde si bien la reforma material de la institución era sumamente necesaria, también es necesario considerar la forma en que tanto los miembros del equipo de salud como los mocovíes habitan la misma. Es decir, el agente sanitario, por más nuevo y moderno que se encuentre el CAPS, podría seguir en la vereda, dialogando con quienes se acercan al CAPS y esperando instrucciones de alguna tarea. El rol de los agentes sanitarios es fundamental en instituciones de APS con perspectiva intercultural cuando se habla de conocer, escuchar, comprender; sobre todo cuando forman parte de la comunidad indígena que asiste a la institución.

En términos generales, desde el CAPS, se recurre a los dos agentes sanitarios mocovíes al momento de realizar consultas con respecto a la comunidad, es decir, y sobre todo en lo que refiere a prevención es posible ver una consulta previa a ellos, y la manera en que algunos de los miembros del equipo de salud valorizan su presencia en la institución. Ellos no solo son entendidos como los “traductores” considerando que los mocovíes hablan su idioma, sino también como el medio para llegar a los miembros de la comunidad.

En el marco del desarrollo de la encuesta para actualizar las historias clínicas familiares de la cual se habló anteriormente, el agente sanitario plantea que es necesario explicar “qué, porqué, y para qué”, de la misma manera en que se les explicó a ellos antes de comenzar. En este marco, los agentes sanitarios son quienes le explicaban a cada familia las preguntas en un diálogo fluido en el idioma mocoví que la comunidad maneja, y si asentían proseguíamos con la realización de las preguntas en un diálogo en español. A su vez, los agentes sanitarios mocovíes representan un rol importante en la institución, y también se les da un lugar significativo ya que se considera importante la voz de los mismos al momento de construir estrategias que necesitan de un conocimiento previo.

Por último, es importante el interés y el posicionamiento de la referente⁷⁵ del CAPS ya que la misma es quien de algún modo define los lineamientos de la institución, aunque los lineamientos siempre parten de reuniones de equipo y en un intento de generar consensos entre estos y los mocovíes. En el caso del CAPS, la doctora y la odontóloga apuntaron mucho a mejorar la salud de la comunidad a lo largo de su trayectoria en la institución, pero al momento actual también, lo cual se refleja en las condiciones de vida que los mocovíes poseen en la comunidad.

Recapitulando, se pone un énfasis en los controles pediátricos, de embarazos, y en campañas de vacunación, también en un seguimiento periódico de aquellas familias que llegan de la zona El Pastoril en Chaco, y aquellas que van y regresan de dicho lugar. A su vez también es visible una preocupación, y ocupación, por la mejora de las condiciones habitacionales de la comunidad. Dentro de estas cuestiones es visible el respeto y la importancia que, desde el equipo de salud, o al menos parte de él, se le

⁷⁵ Si bien se comprende que la médica de la institución es la directora de la misma por su accionar, dicho cargo no fue nombrado, y esta ejerce, en términos normativos, como la médica generalista del CAPS.

da a la cultura y al estilo de vida que los mocovíes llevan a cabo, para a partir de los mismos promover la salud de la comunidad y prevenir enfermedades.

CAPITULO VI

“Int... interr... ¡Interculturalidad!”

En consonancia con lo planteado en los capítulos anteriores, el presente capítulo se centra en dar cuenta de los diversos posicionamientos e intereses que se encuentran al interior del equipo de salud respecto de la cotidianidad de los mocovíes en el marco de la APS, así como también las diversas perspectivas sobre la noción de interculturalidad que fue posible encontrar entre los miembros del equipo. Se hace referencia a los diversos posicionamientos que toman los miembros del equipo de salud con respecto al enfoque intercultural en el marco de la APS, y de los intereses que guían el accionar dichos agentes de salud. Retomando el supuesto planteado al inicio de la presente tesina, esto se basa en como los mismos influyen y son parte de la construcción de la salud intercultural (Aizemberg, s/f).

VI.I Posicionamientos e intereses del equipo de salud.

Es necesario considerar la impronta, las aspiraciones, los posicionamientos de quienes estén en los equipos de salud de los CAPS interculturales porque es a partir de ellos también que la interculturalidad se construye como parte de un proceso que lejos está de ser lineal.

Desde la referente de la institución se considera que hay una necesidad de trabajar con un ímpetu de respeto hacia la cultura y los modos de ser de la comunidad mocoví, en sus palabras: *“Y es necesario que todos en el centro de salud eee... puedan trabajar de esta manera, respetando el pensar, el sentir, el hacer del otro...”* (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019). Nuevamente estamos frente a la noción de alteridad, de un trabajo que se lleva a cabo con otros, en donde los otros son la comunidad indígena mocoví, los cuales forman parte de una historia significativa que los llevo a donde y como se encuentran actualmente.

Sin embargo, no todos pueden llevar a cabo su/sus tareas con base en estos ideales de respetar el sentir, pensar y hacer de los mocovíes, lo cual se entiende, desde la referente, que forman parte de lo personal de cada profesional, debido a que hay quienes consideran su modo de pensar no como el único, pero si como el único válido, y es en ese momento en donde se generan tensiones ya que por otra parte otros miembros del equipo de salud comprenden y consideran que los modos de pensar de los miembros de la comunidad son tan validos como los de cualquier profesional de la institución. La validez de los modos de pensar se relaciona a la noción de etnocentrismo y a la historia que forma parte de cada miembro del equipo de salud.

Es posible dar cuenta una clara división del equipo de salud entre quienes solo atienden las urgencias; y quienes apuntan a promover un diálogo y se interesan por llevar a cabo un trabajo de campo en la comunidad, y no solo desempeñar su rol de agentes de salud desde el interior del CAPS. Tal es así que hay una predisposición por parte de la referente a incluir nuevas miradas, opiniones, críticas constructivas, en el marco del proceso de construcción de la interculturalidad.

Los profesionales que están hace más tiempo en la institución, en relación a la construcción de la confianza, han tenido y aún tienen un posicionamiento activo para conocer la cotidianidad de los mocovíes y su estilo de vida, y detectar alguna situación que requiera de un actuar profesional. Entiendo que aquí es en donde se

comprende a la salud en un sentido amplio, y no solo en la ausencia de enfermedades, en el no esperar a que se presenten situaciones, sino poder detectarlas en la medida de lo posible, y en la medida en que el personal disponga de tiempo para realizar un trabajo de campo dentro de la comunidad (es decir, visitas, ya que no todos los profesionales las realizan).

De igual forma, es posible ver, por parte del equipo, una predisposición de involucrarse con la comunidad en horarios que exceden el trabajo de los profesionales, tanto en lo que refiere a recibir donaciones o incluso hacerlas, y luego darlas a la comunidad considerando quienes son lo que necesitan determinadas donaciones. Como me lo plantea una de las enfermeras: *“acá hay enfermedades, pero también hay muchas necesidades (...) yo cada vez que puedo les consigo zapatillas, ropa, abrigo, y les traigo... pero hay que saber a quién darle porque algunos tiran la ropa que les traes...”* (D. S., comunicación personal, 11 de julio de 2019). Esto se relaciona directamente a la confianza que se estableció con los miembros de la comunidad y a cómo los profesionales que se involucran en estas cuestiones conocen en términos generales su cotidianeidad. Así mismo, una de las enfermeras tiene una predisposición de colaborar con la comunidad fuera del horario laboral, en caso de presentarse alguna situación de necesidad inmediata. Es decir, algunos miembros de la comunidad saben con quién contar, y a quien llamar ante determinadas situaciones que suceden fuera del horario laboral del equipo de salud, ya que los ellos saben de quien o quienes del equipo van a obtener una respuesta activa.

Durante mi trabajo de campo, observe que en el accionar no se impone una cultura sobre otra, pero sí en el diálogo. Es decir, los miembros del equipo de salud concentran diversas maneras de pensar y comprender la cotidianeidad de los mocovíes, algunos conciben a la cultura de estos como una cultura paralela, pero otros la comprenden como un modo de vida, según el planteo de la médica, *“en donde se necesita, en donde falta, en donde tienen que tener esto, aquello, dejar de ser de tal manera”*. Estas situaciones generan tensiones dentro del equipo, pero al momento de accionar alguna estrategia para poder promover la salud y prevenir las enfermedades prima el pensamiento de aquellos que entienden a la cultura mocoví de forma paralela, aunque esto genere conflictos dentro del equipo, pero comprendiendo que su cotidianeidad es producto de su historia.

En este marco, es posible dar cuenta de un posicionamiento activo tanto para aceptar como para conocer y respetar la cultura de los mocovíes, y tenerla en cuenta en accionar cotidiano de la institución, ya sea en la atención como en la demanda de recursos (por ejemplo, leche, medicamentos, entre otros), en tal sentido una de las enfermeras plantea lo siguiente:

“(...) nosotros [el equipo de salud] también aprendemos muchas cosas de ellos... su cul... cosas de su cultura que no las sabemos ¿me entendés? de su educación por ejemplo ellos se basan mucho en la en la salud... en la medicina natural y cosas que nosotros también tenemos que aceptar porque es parte de su cultura” (D., comunicación personal, 11 de julio de 2019)

El posicionamiento que tiene parte del equipo de salud para conocer la cultura de los miembros de la comunidad también da cuenta de que los primeros la entienden como diferente a la propia, motivo por el cual hay quienes la aceptan e intentan generar un diálogo de saberes en donde ninguno prime sobre otro. Pero también hay quienes la aceptan, pero priman sus propios modos de vida en los discursos dirigidos a la construcción de estrategias que tienen como fin el bienestar de la comunidad; y

entiendo que es este uno de los puntos en donde suelen generarse tensiones entre los miembros del equipo de salud.

En ese posicionamiento que intenta conocer a la cultura de los miembros de la comunidad, es en donde comienzan a dar cuenta de diversos aspectos cotidianos por los cuales es necesario intervenir en el marco de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades, tal es así que frente a situaciones en donde los niños y niñas de la comunidad no contaban con las vacunas necesarias, y tampoco con un control del niño sano se comienza desde la institución a intervenir en el marco de programas institucionales provenientes del ministerio de salud provincial, y a tener un seguimiento periódico sobre ellos, según el planteo de la médica. Pero, fue (en los inicios de la referente en la institución) y es necesario aun, explicarles a las mamás (ya que en un nivel general son solo estas las que llevan a los hijos a los controles) porque las vacunas son importantes, y también los controles y seguimientos ya que a algunas de ellas no toman de buena manera que “pinchen a sus hijos”; en este contexto se intenta explicar la importancia de los controles y las vacunas para el bienestar de sus hijos.

Por parte de algunos miembros del equipo, incluida la médica, hay un interés sobre conocer cómo los mocovíes conciben al CAPS, cómo se sienten al atenderse, qué piensan sobre el personal de la institución, y si podrían qué cambiarían de la misma (este tipo de cuestiones se tuvieron en cuenta al momento de realizar la encuesta para actualizar las historias clínicas familiares), con la finalidad de poder conocer lo que los miembros de la comunidad piensan y desde la institución repensar cuestiones de equipo y repensarse como cada uno está llevando adelante su rol. Considero que estas iniciativas además de invitar a que los miembros de la comunidad participen, realza su voz y sus intereses, ya que son ellos a los que se encuentra dirigida la política de salud intercultural, y entiendo que su opinión es tan importante como la de los miembros del equipo de salud; al mismo tiempo es posible dar cuenta que desde la institución hay un interés en poder seguir repensando el desempeño del equipo de salud en pos del bienestar de la comunidad.

Sin embargo, dentro del equipo de salud suelen existir discrepancias sobre como se ve y se entiende a la cotidianeidad de los mocovíes, y considero que esto se relaciona al posicionamiento que toma cada uno dentro de la institución con respecto de los usuarios del CAPS.

Queda claro que en diversas ocasiones en la construcción de estrategias desde el CAPS se considera los modos en que los mocovíes desarrollan su cotidianeidad, sobre todo respetándola para poder obtener una buena respuesta por parte de los mismos. Ya que algunos miembros de la comunidad responden positivamente a situaciones en las cuales se los integra, se les pregunta, y se respeta sus modos de entender determinadas cuestiones para llevar a cabo determinadas estrategias. Frente a esto, y respetando dicho modo de entender de los mocovíes al momento de la construcción del censo/encuesta se repensaron (ya que se tomó de modelo un censo enviado por provincia años anteriores que no consideraba cuestiones relativas a los indígenas, sino que era un censo pensado para la población en general) cuestiones referidas a las edades y fechas de nacimiento (ya que son datos que en el CAPS existen y los que faltaban podían retomarse luego) considerando solo la pregunta sobre la escolaridad.

También, desde el equipo de salud hay una preocupación y ocupación sobre las condiciones habitacionales de los mocovíes, lo cual se relaciona a lo planteado

anteriormente en lo referido a como se entiende la salud ya que la misma alude a un todo en la cotidianeidad de las personas. Pero para ocuparse de las demandas sobre las condiciones habitacionales es necesaria una coordinación con la gestión de turno de la municipalidad de la localidad. Aunque suelen generarse tensiones entre los miembros del equipo de salud contratados por la gestión provincial y quienes dirigen la gestión local de Tostado, lo cual se debe a la historia del mismo ya que en sus inicios el CAPS tenía una dependencia municipal y actualmente depende del Ministerio de Salud Provincial. De igual forma, entre las tensiones existentes, también se puede ver un trabajo en conjunto entre el equipo de salud, o parte de él, con la gestión de turno con respecto a ciertas cuestiones que atañen a la comunidad, como es por ejemplo el agua potable, las condiciones de la infraestructura barrial de la zona donde residen los mocovíes, y una coordinación para alojar a las personas de la comunidad en una institución destinada como amparo ante situaciones de inundaciones en la zona.

Hay diversos discursos sobre las gestiones de turno y en cómo estas afectan o no, ayudan o no, al desarrollo del enfoque intercultural en APS, sobre todo en lo que respecta a la institución elegida para el desarrollo de la presente tesina debido a su actual dependencia provincial. Esto genera ciertas tensiones entre la gestión de turno de la localidad y el equipo de salud, sobre todo en cuestiones que refieren a trabajo en conjunto; y entiendo que es porque hay quienes lo hacen con un interés en el bienestar de la comunidad, y hay quienes lo hacen para sumar protagonismo en términos políticos, es decir, los intereses son diversos en ese intento de trabajo en conjunto, y esto resuena luego dentro del equipo de salud ya que dentro de él también se encuentran diversas posiciones políticas. Sin ir más lejos, en lo que refiere a la historia del CAPS no he podido encontrar discursos que sean parecidos o que le den el protagonismo a los mismos actores o gestión del momento, se nombró a varios médicos, intendentes, entre otros actores importantes; pero en donde si han coincidido varios relatos fue en la presencia de la médica de la se habló anteriormente en el capítulo 3.1.

El trabajo en conjunto con la gestión de turno es sumamente necesario ya que entiendo que se han agenciado, desde el CAPS, demandas relacionadas a las condiciones habitacionales y frente a las cuales se obtuvo una respuesta activa, pero en ese trabajo en conjunto hay un constante interés por parte del equipo de salud para obtener respuestas. En este marco, según la referente de la institución, la actual ministra de salud conocía la historia del CAPS, y la infraestructura precaria con la que contaban, ella fue una actora importante también en conjunto con el área de salud intercultural de la provincia, en el reacondicionamiento y ampliación del CAPS, ya que, si bien considero que es necesario pensar al enfoque intercultural trascendiendo la idea de atención médica, es importante que esta se desarrolle en un ámbito sanitario adecuado.

A partir de lo expuesto, es que reitero que los intereses de los actores involucrados en el desarrollo y la construcción constante del enfoque intercultural en APS es de gran importancia, ya que los mismos guían el accionar de las personas con respecto al trabajar con otros, en este caso, los miembros de la comunidad mocoví. En cuanto a la coordinación con la gestión provincial en salud, en relación al proyecto que el área de interculturalidad llevo a cabo en el CAPS, en conjunto con el equipo de salud y los miembros de la comunidad que decidían ser parte, la referente de la institución expresa lo siguiente: "*Gracias, sobre todo, porque nos vieron*" (E. C., discurso en acto inaugural, 07 de agosto de 2019). Ellos siempre han estado ahí, y, entiendo, más allá de que el CAPS se inauguró como tal en agosto de 2019, desde sus inicios se intentó

construir un diálogo de culturas y priorizar la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades de la comunidad.

VI.II Perspectivas sobre interculturalidad, desde el equipo de salud.

La noción de interculturalidad por si sola podría resultar bastante amplia, pero si consideramos a la interculturalidad en salud, sobre la cual se sustenta la presente tesina, dentro del equipo de salud es posible encontrar diversos posicionamientos con respecto a su desarrollo en el marco de la APS en el contexto del CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”.

Es posible ver como algunos de los miembros del equipo de salud comenzaban a considerar a la interculturalidad en la institución desde el momento en que comenzó el proyecto de “incorporación de la perspectiva intercultural” pero, considero que la interculturalidad se encontraba en el CAPS desde sus inicios porque desde su génesis la institución estuvo orientada principalmente a la atención de la salud de la población que conforma la comunidad mocoví “Pedro José”. Si bien actualmente el área de influencia geográfica del CAPS excede a la zona en donde habita la población mocoví, la presente investigación se centra en el diálogo intercultural que se da entre los mocovíes y el equipo de salud. Frente a dicha área, también es posible ver como desde el CAPS se generaron estrategias para brindar una atención a la salud de todos.

Desde el equipo de salud se comprende que el enfoque intercultural es sumamente necesario en la institución ya que se entiende que los mocovíes poseen estilos de vida y culturas diferentes a la de los primeros. Frente a esto, se entiende a la interculturalidad en un contexto de compartir, de conocer, indagar, dialogar en términos de culturas, pero también en dar, abrirse, dar a conocer la cultura que uno mismo trae consigo, tal y como considero que me lo han planteado en una de las entrevistas que he realizado: “...yo creo que es eso... (silencio)... eso es la interculturalidad, fundiirse... o sea, traer del otro, y darle al otro.” (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019).

Se concibe a la interculturalidad como el intento de compartir culturas y conocimientos sobre ellas, entre los mocovíes y el equipo de salud, pero también se tiene en cuenta que dentro del equipo hay dos miembros de la comunidad, de los cuales también se ha aprendido mucho sobre la cultura mocoví. En este marco se realizan diversas reuniones entre el equipo en donde se invita a miembros de la comunidad a participar, a veces lo hacen, y a veces no; pero es en esas reuniones donde se presenta el interrogante a los mocovíes sobre qué es lo que ellos esperan del centro de salud; y es este un aspecto que se entiende como parte de la construcción de la interculturalidad por algunos miembros del equipo.

Se entiende a su vez que la noción de interculturalidad en salud alude a un proceso, tal y como lo plantea su referente: “*La interculturalidad es una cuestión... y es un tema... es un proceso...*” (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019). Un proceso de conocimiento y de un ceder desde las dos partes, a eso alude la interculturalidad cuando se intenta construir ese diálogo de culturas; desde el intentar y desde tener un posicionamiento activo para conocer e intercambiar saberes ya es posible hablar de interculturalidad, en este marco la referente realiza el siguiente planteo: “...obviamente quizá la primera vez que uno va a trabajar no entiendes porque hacen determinadas cosas o porque... y ellos tampoco deben pensar lo mismo que

uno... y bueno después te vas conociendo y vas entendiendo..." (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019).

La interculturalidad también es entendida en un sentido amplio, es decir no como aquel enfoque que solo poseen las instituciones que tienen como usuarios a miembros de pueblos indígenas, sino que se comprende que en los distintos barrios de la localidad se maneja una cultura diferente, si consideramos barrio centro, barrio suroeste, y la zona donde residen los mocovíes; cada uno tiene sus particularidades y es desde estas que es necesario actuar institucionalmente. En palabras de la médica:

"(...) hay culturas en los barrios acá en Tostado... hay culturas en todos lados. Hay culturas entre nosotros los médicos, hay distintas... porque la cultura es el modo de vida, el... el tema de la interculturalidad es respetar al otro en cómo piensa... como vive... como siente... sin querer imponerse. Eso para mí es la interculturalidad" (E. C., comunicación personal, 19 de julio de 2019)

Ahora bien, desde los agentes sanitarios mocovíes que forman parte del equipo de salud no hay un reconocimiento sobre la interculturalidad en la institución, pero no sobre cómo se lleva a cabo la misma, sino sobre la concepción de interculturalidad, es decir, pude percibir que ellos no relacionan el concepto de interculturalidad al CAPS. Esto se suma a las diversas maneras en que el equipo de salud concibe al diálogo de culturas entre los miembros del equipo de salud (criollos) y los miembros de la comunidad, y como las diversas formas de nombrar dicho diálogo contribuyen (o no) a que este se considere como tal. Pude dar cuenta que, si bien en general la interculturalidad se concibe de la misma manera por parte de los miembros del equipo de salud, solo algunos dan cuenta de ella en la institución, y es aquí donde las perspectivas comienzan a diferir.

En una de mis primeras idas al campo he dado cuenta que la referente consideraba que la institución contenía una perspectiva intercultural ya que para ella era posible hablar de un encuentro de culturas en el CAPS, pero luego, aproximadamente ocho meses después, en el marco de una entrevista, como entrevistadora, realizo la misma pregunta sobre si consideraba que la institución tenía un enfoque intercultural a lo que me responde que no, pero en ese "no" jugaban diversos factores. Es decir, durante esos meses se llevaron a cabo diversas reuniones con el equipo del área de interculturalidad de la provincia en el marco de la inauguración del CAPS como intercultural; y frente a esto considero que se tiene un ideal de la interculturalidad en salud con lo que respecta a la complementariedad de las medicinas oficiales e indígenas ya que si bien es un factor importante no es el único, y desde mi opinión considero que debe romperse con ese ideal, y dar cuenta que desde el intentar dialogar, conocer las culturas de las poblaciones indígenas, establecer una confianza, o intentar establecerla, ya es posible hablar de la construcción del diálogo de culturas, el cual nunca es estático, sino que contiene avances y retrocesos continuos, y eso es la construcción del enfoque intercultural en las instituciones de salud pública que tienen como usuarios a miembros de poblaciones indígenas. Con ideal se hace referencia a lo establecido en lo normativo, lo cual no siempre puede darse tal y como lo expresan las leyes ya que, como se viene explicando y en base a uno de los supuestos que guían la presente tesina, el desarrollo del enfoque intercultural no solo alude a la complementariedad de las medicinas oficiales y lo saberes indígenas, sino que pone en juego diversas cuestiones tales como posicionamientos, intereses, modos de vida, formas de entender a la salud y a las culturas (Aizemberg, 2013).

Aquí es posible ver como la interculturalidad en el día a día de la institución es conflictiva debido a que se construye como un proceso que no es lineal, en el marco de tensiones que suelen darse entre los miembros del equipo de salud, como así también entre el equipo y los mocovíes. Entonces, la oficialización del CAPS como intercultural en su reinauguración, en la cual se cambia el nombre de la institución, no cambia el enfoque que el mismo contuvo desde sus inicios, sino que, justamente, lo oficializa como tal, pero en el marco de un enfoque intercultural que forma parte de un proceso que comenzó al momento del nacimiento del CAPS, y que a su vez se relaciona con la gestión política del momento.

En este marco la oficialización de la institución como CAPS “intercultural”, no lo transforma en otra institución, sino que el enfoque ya estaba inmerso en el cotidiano de la APS que la institución brindaba y brinda, y que la reinauguración del mismo como un CAPS “intercultural” es el resultado de un proceso y una construcción de un diálogo de culturas constante. Esto se debe a que desde los inicios se comenzaban a tener en cuenta que hay otras culturas y formas de vida que necesitan una atención para su salud problematizando cuestiones que muchas veces se naturalizan, como lo es el etnocentrismo. De esta manera, entiendo que fueron varios los protagonistas que impulsaron la creación de la institución, nombrada desde sus inicios como el “CAPS Mocoví”.

Por último, más allá de que el enfoque intercultural en APS contiene como protagonistas a las poblaciones indígenas, el equipo del Área de Salud intercultural, y también la referente de la institución, coinciden en que la discusión de fondo (de procesos y modelos de atención de la salud) trasciende a las poblaciones indígenas (Gomitolo *et al*, 2019). En tal sentido, es necesario detenernos y pensar que la interculturalidad está inmersa en el cotidiano de la vida misma, y en lo que respecta a salud, en diversas ocasiones el diálogo de culturas se encuentra tanto en las estrategias de APS que se llevan a cabo con los pueblos indígenas, pero también en aquellas estrategias que se llevan a cabo con la población de una comunidad de cualquier barrio de la localidad, ya que en la sociedad en general es posible encontrar diferentes maneras de concebir a la salud, y a sus cuidados, considerando en ella a las diversas formas en que se expresa la diversidad cultural.

REFLEXIONES FINALES

Quiero exponer algunas cuestiones que considero importantes y fundamentales para luego detenerme en las reflexiones finales. En primer lugar, considero a este trabajo de investigación como un aporte frente a la escasa producción académica sobre el tema en cuestión, sobre todo en lo que concierne a la provincia de Santa Fe. En segundo lugar quiero resaltar la importancia de la utilización de una metodología cualitativa flexible, pero sobretodo etnográfica para llevar a cabo este tipo de investigaciones debido a que es en el trabajo de campo en la cotidianeidad del equipo de salud y de la comunidad mocoví, que el marco de la observación participante que he recabado información considerable y diversa, y no me he basado solo en las entrevistas realizadas, lo cual me permitió problematizar diversas cuestiones relativas al campo de la salud intercultural, como así también abrir puntas para futuras investigaciones. Y en tercer lugar no quiero dejar de expresar que el trabajo de campo que he llevado a cabo ha sido muy fructífero e incluso en él han surgido varios temas de investigación, frente a esto a lo largo de la presente tesina he intentado no desviarme del tema que aquí concierne, por lo que considero dejar aquí algunas puntas que han ido surgiendo durante el trabajo de campo y que pueden considerarse para futuras investigaciones: cómo perciben los miembros de la comunidad mocoví a la APS brindada por el CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”, realzando y priorizando la voz de los usuarios del enfoque intercultural; una reconstrucción histórica de los inicios del CAPS, actores principales, luchas, reconocimientos; sobre una reconstrucción histórica sobre la comunidad mocoví en la localidad de Tostado, Prov. Santa Fe; sobre cómo afectan las cuestiones y gestiones políticas a las organizaciones internas de las comunidades indígenas; sobre los tiempos mocovíes y sus saberes ancestrales de cuidados en salud; sobre cómo se problematiza la cuestión del género en relación a diversas reuniones que las mujeres de la comunidad llevan a cabo guiadas por una mujer criolla militante; sobre lo relacionado al derecho a una EIB, considerando la importante deserción escolar de los miembros de la comunidad mocoví “Pedro José” en el séptimo año de la primaria y comienzo del primer año de la secundaria; entre otros. Resalto también aquí la importancia que, a nivel nacional, pero sobre todo a nivel provincial, se incorpore un enfoque intercultural en el campo de la salud pública considerando así la diversidad cultural de las sociedades y la necesidad e importancia de revalorizar a las culturas de las poblaciones indígenas, como así también la idiosincrasia de cada comunidad, y sus saberes ancestrales.

Ahora bien, expresadas las ideas fundamentales de mi trabajo de tesina, sostengo que la interculturalidad, en este caso, enmarcada en la APS, nunca está definida, sino que se construye y forma parte de un proceso constante que requiere de aprendizaje y escucha por parte de los agentes de salud y de los usuarios del enfoque intercultural. Esto a su vez refleja los intereses del equipo de salud, y sobre todo de quienes están a cargo de la institución, ya que considero que las voluntades y fines que cada uno tiene desde su rol contribuyen y forman parte del proceso de construcción y desarrollo de la interculturalidad en las instituciones de salud. Recapitulando, y en base a los objetivos que me propuse para la presente investigación, en términos generales me parece pertinente plantear las siguientes reflexiones.

Desde la institución se reconoce una diferencia en los estilos de vida que los mocovíes llevan a cabo, aunque se comprende que devienen de sus culturas, tradiciones, y cotidianeidades que, aunque con el tiempo pueden sufrir cambios suelen seguir siendo las mismas. De igual forma se reconoce a los referentes de la comunidad, y se intenta, aunque no se logra siempre, un diálogo y contacto constante con las comisiones que

posee la comunidad para, como plantea la médica, cuidar la salud de los mocovíes entre todos. En este marco, se comprenden las enfermedades recurrentes, las demandas, y un acceso a la APS de los mocovíes en el CAPS.

En lo que refiere al intercambio de saberes, en tanto diálogo de culturas, se puede decir que el intercambio se da, pero no de manera plena. Es decir, se tienen en cuenta muchas de las cuestiones que hacen a la cotidianeidad de los mocovíes, como así también sus tiempos, para generar acciones destinadas a promover la salud de los miembros de la comunidad y prevenir enfermedades. Pero, no todos los miembros del equipo de salud tienen en cuenta a dicha cotidianeidad en su totalidad, su forma de vida, cultura, identidad, a su idiosincrasia, y en diversas ocasiones el intercambio de saberes no se da ya que no hay un diálogo fluido ni una confianza entre los agentes de salud y los mocovíes. En tal sentido podría pensarse que el equipo de salud se conforma por personal que es flexible y abierto a conocer e incorporar nuevos saberes; y por personal que, si bien desarrollan su rol en la institución, cuestiones como construcción de la confianza, conocer a la cultura y a los saberes ancestrales de los mocovíes, son relegadas. En este marco, se reconoce a la “medicina natural” de los mocovíes, concepto que como tantos otros se les ha impuesto a las poblaciones indígenas, pero desde el equipo de salud se ha decidido denominar “saberes ancestrales de cuidados en salud”. Refiriendo así a los modos en que los mocovíes cuidan a su salud, y todo lo que a ella concierne. Así mismo, desde el equipo se comprende que los miembros de la comunidad conciben a la salud desde una dualidad cuerpo-alma en donde diversos factores se encuentran inmersos en su concepción tales como naturaleza, espiritualidad, cuerpo; y los denominados *Piogonak*, médicos de los indígenas. De esta manera se tiene en cuenta también la noción de tiempo de los mocovíes y se la respeta. De igual forma he visibilizado que la noción biologicista de modelo médico hegemónico no se encuentra arraigada en la institución, sino que se problematiza sobre la ella ya que se comenzó a dejarla de lado cuando la actual referente se incorpora al CAPS.

Es posible ver como hay un vínculo de confianza establecido entre los miembros de la comunidad (no todos) y parte del equipo de salud, sobre todo con la médica y una de las enfermeras; lo cual conlleva a que cuando ellas no están presentes en la institución y los mocovíes necesitan atención médica o alguna demanda puntual, esperan a que dichas profesionales se reintegren a su trabajo, lo que a su vez demuestra como la falta de confianza con el demás personal de la institución repercute en la atención de la salud de los miembros de la comunidad.

En esta línea, hay un interés remarcado por una de las referentes de la institución a escuchar la voz de los miembros de la comunidad antes de tomar cualquier decisión que los afecte, tanto en la construcción de la decisión como en su aplicación. Pero también hay quienes no consideran la importancia de dicha voz y, aquí vuelve a aparecer un etnocentrismo en donde no se problematiza sobre el modo de vida del otro, sino que se entiende al propio como el más adecuado para vivir. Esto podría entenderse en el marco del surgimiento de cuestiones relacionadas a la culpabilización de los miembros de la comunidad ante determinadas situaciones en donde no se problematiza la primera impresión de lo que está sucediendo; y es a su vez en ese momento cuando comienzan a reaparecer algunas de las tensiones existentes entre los miembros del equipo de salud. No puedo dejar de nombrar aquí a las tensiones existentes hacia el interior del equipo de salud, pero también hacia el interior de la comunidad, y a su vez, entre ambos. He visibilizado que las tensiones suelen tener sus bases en cuestiones relativas a lo político y a las gestiones de turno de la

localidad, por lo que los conflictos y posiciones políticas también forman parte del desarrollo de la interculturalidad en el CAPS. En este caso, sobre todo por la particularidad de que el CAPS en sus inicios tenía una dependencia municipal desde la cual se organizaba la institución, pero luego la gestión de turno local deja de tener protagonismo ya que el CAPS actualmente pasa depender del Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe. Considero que las tensiones al interior de los equipos de salud siempre se encuentran presentes, y reflejan en cierto modo la forma que toman los intereses de cada miembro del mismo, en donde es posible dar cuenta si se prioriza o no el bienestar de la población usuaria de la institución.

Entonces, entiendo que también es posible pensar a la interculturalidad en APS en términos de disputas, ya que también se generan tensiones tanto entre los miembros del equipo de salud como entre estos y los mocovíes. En varias ocasiones las disputas se dan hacia el interior del equipo ya que hay diversos posicionamientos con respecto a la cotidianeidad de los mocovíes. Hay quienes la comprenden, y hay quienes no, es decir, hay quienes todavía piensan que ellos necesitan vivir como uno vive, y de esta manera vuelve a estar presente el etnocentrismo. Por esto puedo decir que la interculturalidad en salud puede ser un ámbito de disputas dentro del cual se intenta construir al diálogo entre culturas; el cual muchas veces no es armónico, pero lo cual depende de cada contexto, de los actores y de cada territorio; y es aquí donde se pone en juego la idiosincrasia de cada una de las personas involucradas.

En el marco del desarrollo del enfoque intercultural, en tanto proceso, podrían pensarse como alcances diversas cuestiones. El establecimiento de un diálogo fluido y la tan necesaria confianza entre algunos miembros del equipo de salud y parte de la comunidad mocoví; el conocimiento que se tiene, hasta el momento, sobre las culturas de la comunidad, así mismo también es necesario nombrar el comienzo del proceso de conocimiento sobre los saberes ancestrales de cuidados en salud de los mocovíes, y el intento de incorporar los saberes al cotidiano del trabajo de la institución. También, como un alcance, la ampliación material y reacondicionamiento material de la institución, en cuanto a comodidad para la atención de las consultas médicas. También, más que un alcance, considero la importancia del trabajo de campo que realizan algunos miembros del equipo de salud, sobre todo en el hecho de no ser pasivos en la espera de demandas, sino en la búsqueda y construcción de problemas que la comunidad puede atravesar.

En cuanto a las limitaciones, pero con la idea de que son cuestiones sobre las cuales el equipo sigue trabajando, podrían pensarse las siguientes. Los conflictos políticos que repercuten al interior tanto del equipo de salud como de la comunidad mocoví, generando así conflictos internos, que, si bien forman parte del desarrollo del enfoque intercultural en la APS, son cuestiones necesarias para repensar el rol de la gestión de turno al coordinar con la institución. También la falta de un ímpetu para construir una confianza de algunos miembros del equipo de salud con los mocovíes, lo cual repercute a su vez en la limitación del conocimiento sobre ellos y su cultura. Y también los conflictos internos de la comunidad que en ocasiones afectan a la relación entre algunos de sus miembros y el personal del CAPS.

Ahora bien, el hecho de que el CAPS "*Moqoit Nqadenqa*" tenga como referente a una profesional que priorice los intereses, las voces y las formas de vida de sus usuarios contribuye a la construcción conjunta de la interculturalidad entre la institución y los mocovíes. Y cómo se apunta a seguir mejorando, conociendo y profundizando sobre la importancia y el desarrollo del enfoque intercultural en APS en centro de salud, depende en gran escala del compromiso del equipo de salud. En tal sentido, el

desarrollo del enfoque intercultural en el CAPS “*Moqoit Nqadenqa*” no comienza con la mejora edilicia (aunque necesaria) ni con la “oficialización” de la institución como intercultural en agosto de 2019. El enfoque intercultural comenzó a construirse, y aun hoy se sigue construyendo como parte de un proceso, desde la conformación del CAPS en sus inicios. Desde ese momento se comienza a tener en cuenta que hay otras culturas y formas de vida que necesitan una atención para su salud problematizando cuestiones que muchas veces se naturalizan. De esta manera, entiendo que fueron varios los protagonistas que impulsaron la creación de la institución, nombrada desde sus inicios como el “CAPS Mocoví”.

La interculturalidad comienza con el diálogo, la escucha, el respeto, la toma de decisiones colectivas en conjunto entre los miembros del equipo de salud y la comunidad. La misma no podría pensarse en un sentido ideal, ya que esta se da en base a las posibilidades que tiene el diálogo de culturas en el territorio, el cual se da entre el equipo de salud y los mocovíes. El mismo se da con disputas de poder, con respeto, escucha, y una construcción de las estrategias de promoción y prevención de la salud en la APS en conjunto; así mismo, las tensiones y conflictos que se dan entre los miembros del equipo de salud, y entre estos y los mocovíes forman parte del desarrollo del enfoque intercultural, como así también la noción de etnocentrismo siempre se encuentra presente en su desarrollo.

Por último, cito a Lorenzetti (2017), ya que la autora plantea la importancia que posee el enfoque intercultural como una política de reconocimiento de la diversidad de culturas indígenas en el ámbito de la salud pública. Y en este marco, la necesidad de garantizar el derecho al acceso a la salud de las poblaciones indígenas, y la construcción conjunta de la interculturalidad en la APS, entre los agentes de la salud y los miembros de las poblaciones indígenas.

Considero que el respeto por la cultura del pueblo mocoví, y el entender que ellos tienen sus culturas, tradiciones y modos de vida llevó a la conformación del CAPS según los discursos sobre la preocupación de la médica que da inicio a la institución. Entonces, si hablamos de interculturalidad, de reconocimiento, de revalorización, se puede ver que esto estuvo inmerso en el proceso de construcción de la institución desde sus inicios, en momentos con más ímpetu y en otros con menos, pero siempre presente. Y esto conlleva a poder ver como la interculturalidad es un proceso de construcción con el otro, y no un ideal que viene “dado” y con instrucciones, ya que en la actualidad dicho enfoque sigue siendo parte de un proceso que avanza y retrocede, pero que nunca deja de repensarse.

Bibliografía

- Aizemberg, Lila (2011). “*Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural*”. Rev. Latinoamericana de población. Vol. 9. Pp. 49-69.
- Aizemberg, Lila (2013). “*Salud indígena: una reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural*”. Rev. Astrolavio. Vol. 11. Pp. 364-385.
- Alarcón, Ana; Vidal, Aldo; Rosas, Jaime (2003). “*Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales*”. Revista Médica Chile. Vol. 131; 1061-1065.
- Almeida G, Artaza O, Donoso N, Fábrega R. (2018) “*La atención primaria de salud en la Región de las Américas a 40 años de Alma-Ata*”. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 42. Recuperado de <https://doi.org/10.26633/RPSP> el 26 de Julio de 2019.
- Altman, Agustina. (2011) “*“Los hermanos sean unidos...”: unidad y diversidad en el campo evangelio mocoví del Chaco Austral*”. Religiones e identidades en la transnacionalización. X Congreso Argentino de Antropología Social. Facultad de Filosofía y Letras – UBA – Buenos Aires, Argentina
- Álvarez, Luz (2011). “*Los estilos de vida en salud: del individuo al contexto*”. Rev. Fac. Nac. Salud Pública Vol. 30. Pp 95-101.
- Bermeo, Diego (s/f). “*Perspectivas teóricas para la construcción de Políticas públicas para indígenas. Una mirada no indígena e intercultural*”. Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de La Plata, Argentina. Recuperado de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/gt15_perspectivas_teoricas_para_la_construccion_de_politicas_publicas_para_indigenas.pdf el 12 de diciembre de 2019.
- Campos Navarro, Roberto. (1997). “*Curanderismo, medicina indígena, y proceso de legalización*”. Nueva Antropología. Vol. XVI, núm. 53. pp. 67-87
- Campos Navarro, Roberto. (1997). “*Curanderismo, medicina indígena, y proceso de legalización*”. Rev. Nueva Antropología. Vol. XVI, núm. 53. Pp. 67-87
- Carballada, Alfredo (2015). “*El territorio como relato. Una aproximación conceptual*”. Margen. Vol. 76.
- Casimiro Córdoba, Ana Victoria (2019). “*Patrimonio lingüístico y cultural de los Pueblos Originarios de Salta*”. Manual digital.
- Citro, Silvia y Gualdieri, Beatriz. (2006) “*Lengua, cultura e historia mocoví en Santa Fe*”. Buenos Aires. Ed. Nuestra América.
- Cuadrado, Cristóbal (2016). “*Políticas públicas de salud en Chile: buscando la confianza perdida*”. Rev. Madewave. Vol. 16. Pp. 1-13.
- Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (2013). “Manual para las instituciones nacionales de derechos humanos”.
- Duque Páramo, Ma. Claudia. (2007). “*Cultura y salud: elementos para el estudio de la diversidad y las inequidades*”. Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo - Vol. 9 N° 2. Pp. 127-142.

- Espinosa Cortés, Luz M.; YsunzaOgazón, Alberto. (2009) "*Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud*". Rev. Ciencias de la Salud Humanas. Vol. 16. Pp. 293-301
- Filippi, Francisco. (2019). "*Historias, relatos y memorias Moqoit en el norte santafesino*". *Papeles de trabajo*. Vol. 38. Pp. 68-91
- Garay, Oscar Ernesto (2016). "El derecho a la salud de los pueblos originarios o indígenas". DELS. Recuperado de <http://www.salud.gob.ar/dels/printpdf/49> el 13 de julio de 2019.
- Gianna, Sergio. (2011) "*Vida cotidiana y Trabajo Social: límites y posibilidades en la construcción de estrategias de intervención profesional*". *Catedra Paralela*, Vol. 8
- Gomitolo, Mercedes; Cardozo, Lucas; Panigo, Ma. Florencia (2019). "*Incorporación de un enfoque intercultural en los servicios locales de salud*". Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe.
- Guber, Rosana (2001). "*La etnografía. Método, campo y reflexividad*". Bogotá, Colombia. Ed. Norma
- Guber, Rosana (2004). "*El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo*". Bs As, Argentina, Ed. Paidós.
- Guber, Rosana (2018). "*“Volando rasantes” ... etnográficamente hablando. Cuando la reflexividad de los sujetos sociales irrumpe en la reflexividad metodológica y narrativa del investigador*". En *¿Condenados a la reflexividad? apuntes para repensar el proceso de investigación social*. Compilado por Juan Ignacio Piovani ; Leticia Muñoz Terra. - 1a edición. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, CLACSO; Buenos Aires. Ed. Biblos, 2018. Pp. 52-73
- Guerrero, Luis; y, LeónAnibal (2008). "*Aproximaciones al concepto de salud. Revisión histórica*". Fermentum. Rev. Venezolana de sociología y antropología. Pp. 610-633
- HasenNarvaes, Felipe (2012). "Interculturalidad en Salud: competencias en prácticas de salud con la población indígena". Rev. Ciencia y enfermería XVIII. Vol. 18. N° 3. Pp. 17-24.
- Heiva, Felipe (2006). "*Confianza y desconfianza en el sistema público de salud en México*". Rev. Chilena de Salud Pública, vol. 10. Pp. 107-111.
- Herskovitz, Melville (1952). "*El hombre y sus obras*". Cap. V "*El problema del relativismo cultural*". México.
- Kawulich, Bárbara B. (2006). "*La observación participante como método de recolección de datos*". *ForumQualitativeSozialforschung / Forum: Qualitative*
- Kliksberg, Bernardo (1999). "*Capital social y cultura, claves esenciales del desarrollo*". Rev. Cepal. Vol 69. Pp. 85-102.
- Kottow, Miguel (2007) "*Bioética en salud pública: protección y confianza en VIH/SIDA*". Rev. Chilena de Salud Pública. Vol. 11. pp 83-88
- Levaggi, Abelardo (2007) "*Qué concepto del blanco tenían los indígenas del territorio argentino en el siglo XIX*". *Épocas*. Vol. 4. pp. 51-60.
- López, Alejandro; Giménez, Sixto; y Granada, Anahí. "*El tiempo entre los mocovíes del chaco argentino*". Facultad de Ciencias Astronómicas y Geofísicas, Universidad Nacional de La Plata, Argentina.

- Lorenzetti, Mariana I. (2010). “*Salud intercultural: articulaciones entre alteridad y biopolítica en las intervenciones socio-sanitarias para indígenas*”. (Tesis doctoral). Facultad de Filosofía y Letras (UBA). Buenos Aires.
- Lorenzetti, Mariana I. (2017). “*Los enfoques de salud intercultural en los ámbitos de gestión e investigación en Argentina*”. *Estudios Marítimos y Sociales*. Vol. 11
- Lorenzetti, Mariana I. (s/f) “La construcción de la “salud intercultural” como campo de intervención”. Recuperado de webiigg sociales.uba.ar/saludypoblacion/viii Jornadas/.../ponencia-lorenzetti-viiijsyp.do. el 28 de diciembre de 2018
- Los pueblos originarios en Argentina, hoy. Recuperado de https://www.cultura.gob.ar/dia-internacional-de-los-pueblos-indigenas_6292/ el 14 de febrero de 2020.
- Magnifico, Daniel; Pappalardo, Roberto; López, María S. (2017).” *Interculturalidad y Salud*”. Área de Salud Indígena. Programa de Equipos Comunitarios. Ministerio de Salud de la Nación.
- Mena, Alfonso (2005). “*La medicina tradicional como medicina ecocultural*”. *Rev. Gazeta de antropología*. Vol. 21.
- Menéndez, Eduardo (2015). “*Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos*”. *Rev. De Ciencia y Salud Colectiva*. Vol. 21. Pp. 109-118
- Menéndez, Eduardo (2017). “*Los racismos son eternos, pero los racistas no*”. Ed. L.D.G. Gabriela I. Lavín Maciel. México.
- Molano, Olga. (2007). “Identidad cultural un concepto que evoluciona”. *Rev. Opera*. Vol. 7. Pp. 69-84
- Orzuza, Stella Maris (2013). “*Concepciones y prácticas indígenas sobre la salud y la enfermedad. Conocerlas para respetarlas*”.*Rev. Sujeto, Subjetividad y Cultura*. Vol. 5. Psicología UARCIS, Santiago de Chile, ISSN 0719-1553 pp. 67-78
- Orzuza, Stella Maris (2013). “*Concepciones y prácticas indígenas sobre la salud y la enfermedad. Conocerlas para respetarlas*”. *Rev. Sujeto, Subjetividad y Cultura*. Vol. 5. Pp. 67-78.
- Pérez Huenteo, Camila Alejandra. (2015) “*Salud intercultural desde la visión de usuarios y prestadores de salud de las comunas de Cañete y Tirúa*”. Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología.
- Pérez Ruiz, Maya Lorena y Argueta Villamar, Arturo (2011) “*Saberes indígenas y diálogo intercultural*”. *Cultura y representaciones sociales*. Vol. 10. Año 5.
- Plata, Juan José. (2009). “*Confianza: el reto para las Ciencias Sociales*”. En *Revista de Derecho*, vol. 31. Pp 259-279. Colombia
- *Producción de conocimiento en el campo de la salud: La comunidad, la salud y los procesos de atención*. (s/f) Recuperado de <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/225942/1183448/file/Area%20de%20influenza%20y%20area%20de%20responsabilidad.pdf> el 23 de marzo de 2020.
- *Qué término es el correcto ¿aborigen, originario o indígena?* (2017). Los Andes. Recuperado de <https://www.losandes.com.ar/article/cual-termino-es-el-correcto-aborigen-originario-o-indigena> el 14 de febrero de 2020.

- Ramirez, Susana (2009). "La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí*". Rev. Salud colectiva. Vol. 5. Pp. 63-85.
- Ramírez, Susana (2009). "Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad: los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano". Rev. Avá. Vol. 14. Pp- 1-28
- Rosso, Cintia (2012). "Los "hechiceros" guaycurúes en el gran chaco durante el siglo XVIII". Rev. Maguaré. Vol. 26. Pp. 161-194
- Rosso, Cintia; y Scarpa, Gustavo (2019). "Etnobotánica médica Moqoit y su comparación con grupos criollos del Chaco Argentino". *Bol. Soc. Argent. Bot.* 54: 637-662.
- Sánchez Silva, Modesto. (2005). "La metodología en la investigación cualitativa". Rev. Mundo Siglo XXI. Vol. 1
- Sapag, Jaime; y Kawachi, Ichiro (2007). "Capital social y promoción de la salud en América Latina". RevSaúde Pública. Vol. 41. Pp. 193-149.
- Social Research [On-line Journal], 6(2), Art. 43. Recuperado de www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/download/466/999 el 20 de enero de 2019.
- Sosa, Elizabeth (2009). "La otredad: una visión del pensamiento latinoamericano contemporáneo". Rev. Letras. Vol. 51. N° 80. Pp. 349-372
- Stival, Matías (2018). "Pueblos originarios, procesos de atención y salud intercultural. Un estudio antropológico de las trayectorias de atención de la salud de grupos domésticos Qom del barrio Los Pumitas de la ciudad de Rosario". (Tesis doctoral). Facultad de Filosofía y Letras. Universidad de Buenos Aires.
- Tola, Florencia (2012). "El cuerpo multipleqom en un universo superpoblado". Rev. Indiana. Vol. 29. Pp. 303-328.
- Tola, Florencia; Medrano, Celeste; Cardin, Lorena. (2013). "Gran Chaco. Ontologías, poder, afectividad". Asociación Civil Rumbo Sur, Buenos Aires.
- Vallespir, Jordi. (1999). "Interculturalismo e identidad cultural". Rev. Interuniversitaria de Formación del Profesorado. Vol. 36. Pp. 45-56.
- Vasilachis de Gialdino, Irene (coord.) (2006). "Estrategias de investigación cualitativa". Barcelona, España. Ed. Gedisa.
- Walsh, Catherine (2009). "Interculturalidad, Estado y Sociedad. Luchas (de)coloniales de nuestra época". Ed: Quince Ortiz Crespo. Quito, Ecuador.
- Weiss L., Engelman J., y Valverde S. (2013). "Pueblos indígenas urbanos en Argentina: un estado de la cuestión". Revista Pilquen. Vol. 16.
- Wilner, Alejandro; y Stolkiner, Alicia (2007). "Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud en los países del Cono Sur - Red ISSS" Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en Argentina. Extraído de http://www.trabajosocial.unlp.edu.ar/uploads/docs/wilner__alejandro_y_stolkiner_alicia__2007_.pdf el 15 de abril de 2020.
- Zarate, Sebastián; y Llinares, Andrés. (2018). "¿Cuáles son los pueblos originarios de Argentina y dónde viven?". Anticipos Diario Digital. 20/10/2018. Recuperado de <https://diarioanticipos.com/2018/10/20/cuales-son-los-pueblos-originarios-de-argentina-y-donde-viven/> 10 de febrero de 2020.

Legislaciones

- Ley Nacional N° 23.302. *Ley sobre Política Indígena y apoyo a las Comunidades Aborígenes*. Sancionada 8 de noviembre de 1985.
- Ley Nacional N° 24.071. Aprobación del convenio internacional de la OIT. Sancionada 20 de abril de 1992.
- Ley Provincial N° 11.078. *Regula las relaciones colectivas e individuales de las comunidades aborígenes*. Sancionada 18 de noviembre de 1993.
- Resolución Nacional N° 1036/2016. *Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas*. Sancionada 29 de julio de 2016.
- Resolución Nacional N° 439/2011. *Programa médicos comunitarios-equipos de salud del primer nivel de atención*. Sancionada 12 de abril de 2011.
- Resolución Nacional N° 880/2019.
- Resolución Nacional N° 915/2004. *Programa médicos comunitarios*. Sancionada 13 de septiembre de 2004.
- Resolución Provincial N° 1866/2019. *Creación del área de trabajo de salud intercultural*. Sancionada 19 de agosto de 2019.

Fuentes

- Facebook: Aitona Estudio
- Facebook: Municipalidad de Tostado
- Mapa de la región de El Gran Chaco: https://www.researchgate.net/figure/Mapa-del-Gran-Chaco-y-de-la-distribucion-de-los-grupos-mencionados-en-el-texto-Celeste_fig1_280716490
- Mapa de los Pueblos Indígenas de Argentina: <https://noticias.tvmundus.com.ar/2010/10/23/los-pueblos-originarios-reclaman-propiedad-comunitaria/>

Documento institucional

- Proyecto institucional: *“Cuidados en salud desde una perspectiva intercultural: puesta en valor, intercambio y difusión de prácticas ancestrales de una comunidad mocoví de la provincia de Santa Fe.”* Equipo de trabajo del CAPS “*Moqoit Nqadenqa*”. 2019.

ANEXO



Centro de Atención Primaria de la Salud “*Moqoit Nqadenqa*” luego de su reforma material, agosto 2019, acto inaugural. (Foto extraída del Facebook: Municipalidad de Tostado)



Agosto 2019, acto inaugural. (Foto extraída del Facebook: Municipalidad de Tostado)



Discurso de la médica de la institución, agosto 2019, acto inaugural. (Foto extraída del Facebook: Municipalidad de Tostado)



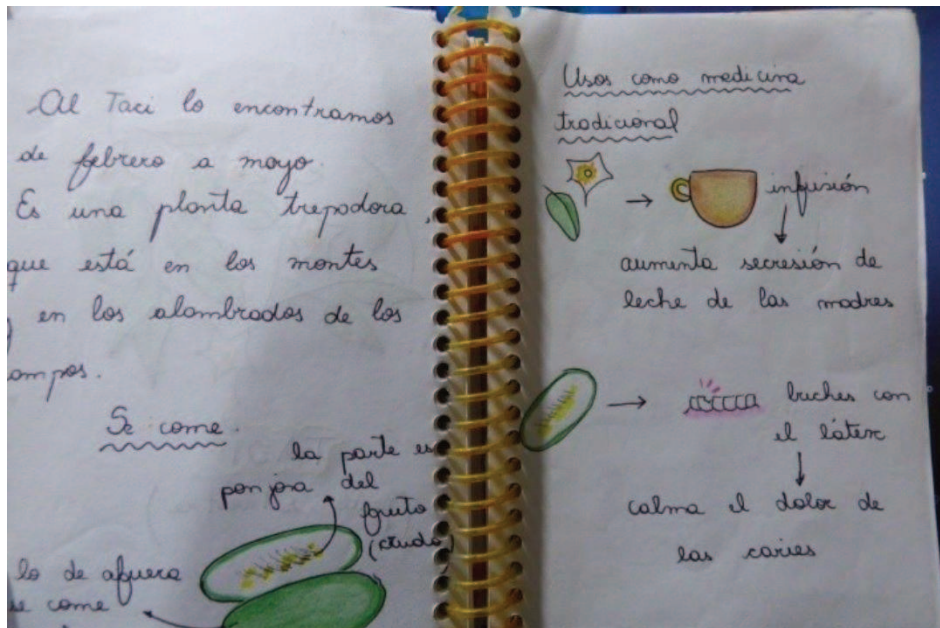
Momentos previos al comienzo del acto inaugural, agosto 2019, acto inaugural. (Foto extraída del Facebook: Municipalidad de Tostado)



Equipo de salud, parte del equipo del área de interculturalidad en salud, autoridades provinciales del IPAS, agosto 2019, acto inaugural. (Foto extraída del Facebook: Municipalidad de Tostado)



Equipo de salud del CAPS, agosto 2019, acto inaugural (Foto extraída del Facebook: Municipalidad de Tostado).



Hojas del cuaderno de la médica de la institución conociendo y registrando los usos de los saberes ancestrales de cuidados en salud de los miembros de la comunidad Moqoit "Pedro José". (Imagen extraída de la publicación: "Incorporación de un enfoque intercultural en los servicios locales de salud". Ministerio de Salud. Provincia de Santa Fe. 2019)



El CAPS antes de su reforma material, año 2017 (Foto extraída del Facebook: Municipalidad de Tostado).



Niños y niñas de la comunidad, festejos por el día del niño llevados a cabo por la Secretaria de Cultural de la Municipalidad de Tostado en calle Chaco frente al CAPS, año 2017. (Foto extraida del Facebook: Municipalidad de Tostado).



Niños y niñas de la comunidad, festejos por el día del niño llevados a cabo por la Secretaria de Cultural de la Municipalidad de Tostado en calle Chaco frente al CAPS,

año 2017. (Foto extraída del Facebook: Municipalidad de Tostado)



Niños y niñas de la comunidad, festejos por el día del niño llevados a cabo por la Secretaria de Cultural de la Municipalidad de Tostado en calle Chaco frente al CAPS, año 2017. (Foto extraída del Facebook: Municipalidad de Tostado).



Niños y niñas de la comunidad, festejos por el día del niño llevados a cabo por la Secretaria de Cultural de la Municipalidad de Tostado, año 2017. (Foto extraída del Facebook: Municipalidad de Tostado).

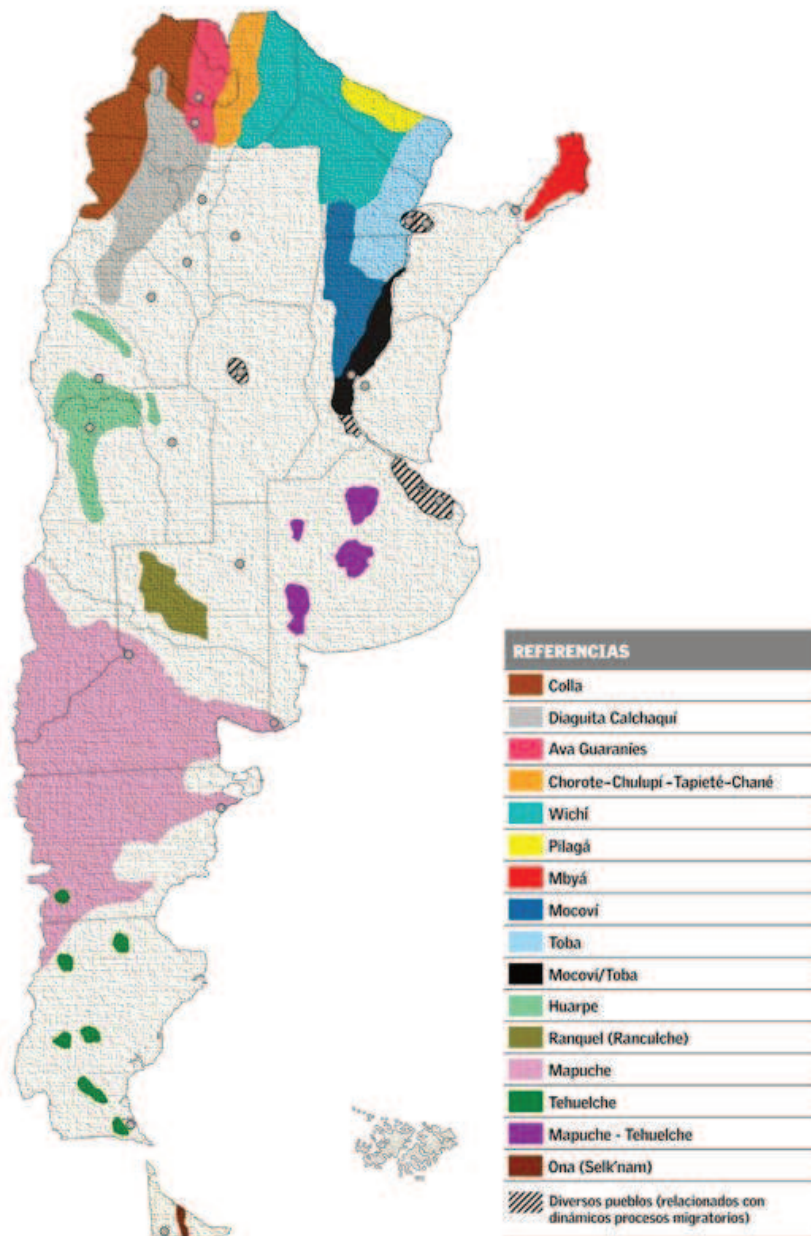


Niños de la comunidad, año 2015. (Foto extraída del Facebook: Aitona Estudio)



Niños de la comunidad, año 2015. (Foto extraída del Facebook: Aitona Estudio)

Pueblos indígenas de la Argentina actual

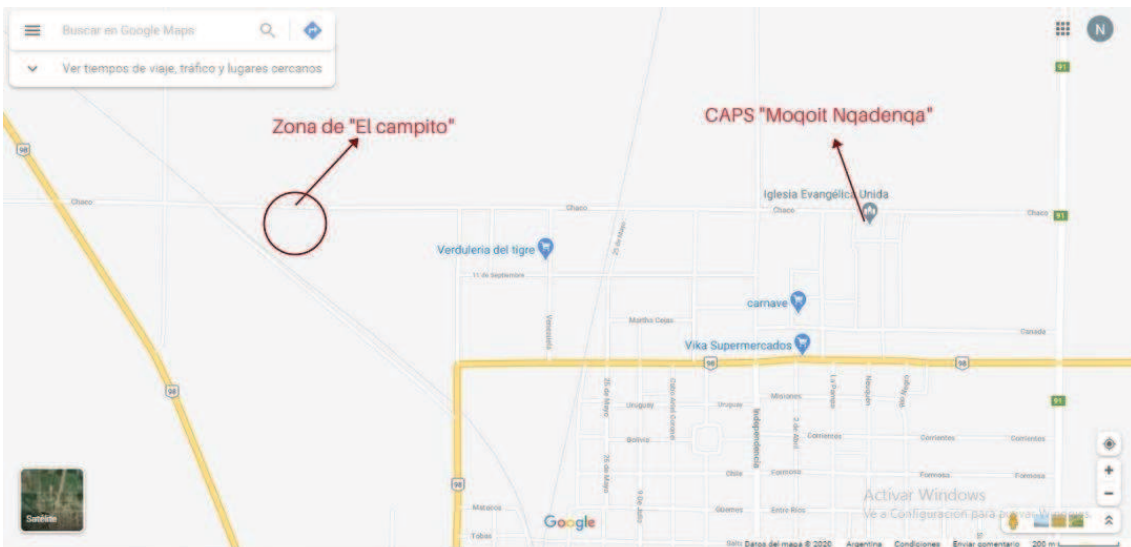


FUENTE: Elaboración provisoria propia del Programa EIB (Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación) sobre la base de Marisa Censabella (2001) "Las lenguas indígenas en la Argentina" Eudea, Buenos Aires; Carlos Martínez Sarasola (1992) "Nuestros paisanos los indios", Emeché, Buenos Aires; Elena Chiozza (coord.) (1982) Atlas total de la República Argentina, Centro Editor de América Latina, Buenos Aires.

En color azul se distingue la zona en la que reside el pueblo mocoví en la actualidad en nuestro país. (<https://noticias.tvmundus.com.ar/2010/10/23/los-pueblos-origenarios-reclaman-propiedad-comunitaria/>)



Región de “El gran chaco”. (https://www.researchgate.net/figure/Mapa-del-Gran-Chaco-y-de-la-distribucion-de-los-grupos-mencionados-en-el-texto-Celeste_fig1_280716490).



Ubicación aproximada de “El campito” donde residen 8 familias de la comunidad. Imagen extraída de Google Maps armada en base a la georreferencia brindada por miembro de la Municipalidad de la localidad de Tostado.