

IX Jornadas de Jóvenes Investigadores
Instituto de Investigaciones Gino Germani
1, 2 y 3 de Noviembre de 2017

Brenda Moglia

Laboratorio de Investigación en Antropología Social (LIAS), Facultad de Ciencias Naturales y Museo (UNLP)/ Licenciada en Antropología
brendamoglia@yahoo.com.ar

Eje 11: Estado, instituciones y políticas públicas

Políticas públicas en salud e interculturalidad en Argentina: sobre la necesidad de discutir sus alcances y limitaciones.

Palabras clave: salud intercultural - políticas públicas - Estado.

Introducción

El presente trabajo es producto de la participación del *Programa de Entrenamiento y Apoyo a la Investigación para Estudiantes* de la Facultad de Ciencias Naturales y Museo (UNLP), cuyo objetivo general planteaba el análisis de políticas públicas en contextos de diversidad social y cultural. En este caso, se hizo hincapié en aquellas políticas públicas que abordasen las cuestiones de salud indígena, ya que consideramos que, actualmente, bajo un proceso de transnacionalización (Segato, 1998), la dimensión étnica debe ser tomada en cuenta en dicho contexto de refuerzo de las heterogeneidades en los órdenes nacionales.

Por lo tanto, el presente trabajo tiene por objetivo reflexionar sobre el concepto de interculturalidad y sobre su introducción e implementación en las políticas públicas, para comprender tanto las limitaciones como las posibilidades inauguradas con este proceso. Así mismo, se busca indagar sobre el rol del Estado en el abordaje de la diversidad socio-cultural, para ello el trabajo recupera los debates académicos en torno a la temática y describe someramente las políticas que, implementadas durante las últimas décadas evidencian la necesidad de una discusión profunda sobre la medicina social/salud colectiva que permita romper/desnaturalizar el uso restringido y superficial del concepto de interculturalidad en el campo de la salud.

Desarrollo

Re-pensando la interculturalidad en relación a la salud pública en Argentina

El concepto de interculturalidad ha sido entendido desde dos posturas antagónicas: por un lado, haciendo referencia al diálogo, respetuoso y equilibrado entre culturas, que apuesta a reforzar la autonomía cultural (Moya, 1995) y por otro lado, haciendo referencia a una forma modernizada de continuar asimilando culturalmente a los pueblos originarios dentro de la llamada cultura nacional (Díaz, 1998).

A partir de la reunión gubernamental de los países de América Latina y el Caribe de 1981, donde se aprueba el Proyecto Principal de Educación, comienza el proceso de incorporación del concepto interculturalidad en el campo educativo como una proposición ético política de algunos países. En el caso de la Argentina dicha incorporación se vio reflejada tanto en la constitución nacional (artículo 75, inciso 17), con la reforma de 1994, como en otras leyes nacionales y provinciales que reconocieron la educación bilingüe e intercultural como un derecho de los pueblos indígenas. Ibáñez Caselli señala que este ingreso se dio “como una moda y sólo en papeles” (2003/2005) y bajo la presión de algunas instituciones, ONGs y organizaciones indígenas que reclamaban por sus derechos. Es decir, sin una discusión profunda y sin un “proyecto más amplio que la sustente y que la lleve a la práctica” (Ibáñez Caselli, op.cit: pp.158).

A partir de la década de 1990, se empieza a utilizar el concepto de interculturalidad en el área de salud tanto por investigadores académicos como por agencias internacionales y las propias organizaciones indígenas (Colangelo, 2009). Ramírez Hita (2009) señala que dicha incorporación a los distintos tipos de discursos (académicos, políticos, etc.) se da en la práctica sin haber atravesado un análisis crítico y teórico correspondiente, como sucedió en el ámbito educativo. Así mismo, plantea que la extensión del concepto de “salud intercultural” reconoció las diferencias entre los grupos a nivel cultural, pero dejando de lado aquellas que se relacionan a nivel de la clase social.

Es así que Ramírez Hita (2014) plantea que la difusión del significado de salud intercultural tuvo relación con aquella “armonía y complementariedad entre dos sistemas médicos: el biomédico y el tradicional” (Ramírez Hita, 2014, pp.4062), que a través de la incorporación de las medicinas tradicionales y sus líderes en este campo se orientó a controlarlos bajo el resguardo de la salud pública. Por eso, la autora observa que, a través de la implementación de proyectos y políticas de salud intercultural, el estado participó y participa en la disolución gradual de “otras” identidades. Así considerada la interculturalidad formaría parte del

colonialismo interno que asimila a las poblaciones indígenas mediante proyectos de desarrollo que consiguen su transformación sin resistencia.

Si bien las políticas públicas han jugado un rol asimilacionista e integracionista (Tamagno, 2006), las demandas de los pueblos indígenas hacia el Estado y sus resistencias han sido una constante a lo largo de la historia. De allí la necesidad de reflexionar sobre la interculturalidad en sentido crítico, es decir, situando las prácticas de cuidado de la salud (en este caso) en la complejidad de las dinámicas sociopolíticas en las sociedades contemporáneas. Dichas prácticas son múltiples y las diferentes concepciones sobre la salud se articulan de manera conflictiva y contradictoria en las sociedades de clase, ya que como señala Colangelo(2009) las estrategias empleadas en el cuidado de la salud se vinculan con universos de significado particulares, gestado desde la pertenencia étnica, pero también son atravesadas por condicionamiento determinados por la posición de los actores en la estructura de la sociedad total, “condiciones materiales concretas que ponen límites a las posibilidades de elección” (Colangelo, op.cit: pp126). Entonces se reconoce el cuidado de la salud como un proceso socialmente situado, donde la diversidad cultural tiene existencia en una sociedad profundamente desigual (Colangelo, 2009), y donde la formulación de las políticas públicas en el campo salud requiere pensarlas en términos de etnicidad y clase.

Recorrido por las políticas públicas de salud indígena

El trayecto que nos interesa profundizar en el presente trabajo se relaciona, en la Argentina, con el comienzo del siglo XXI, momento en el cual se empiezan a diseñar programas de salud dirigidos específicamente a la población indígena con una abordaje “intercultural” (Hirsch y Lorenzetti, 2016). A nivel nacional, se destacaron los siguientes programas enmarcados desde el Ministerio de Salud de la Nación: en el año 2000 se presenta el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI), el cual tuvo como objetivos *mejorar las condiciones de salud y bienestar de las diferentes comunidades indígenas que habitan en nuestro país y que en su casi totalidad se encuentran en un marcado estado de vulnerabilidad, como consecuencia de inadmisibles condiciones de extrema pobreza en que viven*. Asimismo, plantea que *la acción central del programa se orienta hacia la concreción de acciones de salud centradas en la universalidad de las prestaciones y en su accesibilidad, respetando sus sistemas de creencias y valores, que implica nuestro reconocimiento de los sistemas de salud indígenas basados en enfoques holísticos según el cual el bienestar es la consecuencia de un equilibrio entre los aspectos físicos, espiritual y mental tanto del individuo como de toda la comunidad*. El programa ANAHI buscó “mejorar

las condiciones de acceso a los servicios de salud mediante la capacitación de agentes sanitarios indígenas en la Atención Primaria de la Salud (APS)” (Hirsch y Lorenzetti, 2016, pp. 37)

En el año 2004, y también en el ámbito Nacional se puso en marcha el Plan Nacer, el cual se halla centrado en brindar cobertura y atención a la población materno-infantil. Sus metas sanitarias fueron:

1. Captación temprana de la embarazada (Antes de la semana 20 de gestación);
2. Efectividad de atención del parto y atención neonatal;
3. Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad;
4. Efectividad de atención prenatal y del parto;
5. Auditoria de Muertes infantiles y maternas;
6. Cobertura de inmunizaciones;
7. Cuidado sexual y reproductivo;
8. Seguimiento de niño sano hasta 1 año;
9. Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años;
10. Inclusión de Comunidades Indígenas.

Esta última meta no señala cómo se abordará la inclusión de comunidades indígenas, no establece qué tipo de acciones se llevaran a cabo ni cuál será la metodología de trabajo.

En el año 2006 se aprueba el Proyecto de Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública (FESP), de alcance nacional. Su objetivo es apoyar al sistema de salud de Argentina, en la reducción de la morbilidad y mortalidad producida por enfermedades colectivas en su población, mediante el incremento de cobertura de diez programas priorizados de Salud Pública, la reducción a la exposición de la población a los principales factores de riesgo asociados con enfermedades colectivas y la mejora del rol rector del sistema de Salud Pública de la Nación.

Otro programa dependiente del gobierno nacional fue el Subprograma de equipos comunitarios para pueblos originarios, que se ejecutó entre los meses de septiembre del 2005 a agosto del 2007. Las actividades de dichos equipos comunitarios giraban en torno a brindar información y atención materno-infantil y funcionaban como articuladores en la relación familias indígenas- hospitales/CAPS. Sin embargo, la falta de recursos, principalmente económicos, dificultó su continuidad. (Lorenzetti, 2007)

En 2009, se consolida el Área de Salud Indígena, la cual incorpora la experiencia y los recursos humanos del ex Programa ANAHI, con el objetivo de fortalecer, a nivel nacional, un espacio de trabajo específico para la salud de los pueblos indígenas. El objetivo estratégico

del Área es mejorar la cobertura de salud y las condiciones de accesibilidad al Sistema Público de Salud de las Comunidades Indígenas de todo el país, desde una perspectiva intercultural. Para ello, desarrolla las siguientes tareas:

- Promueve la incorporación, en los equipos de salud del Primer Nivel de Atención, de agentes sanitarios pertenecientes a las comunidades indígenas en todas las provincias.
- Diseña materiales pedagógicos con enfoque de interculturalidad en salud.
- Fortalece el rol del Referente Provincial Indígena.

Por último, el Programa Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas se crea en el año 2016 en el ámbito de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación a través de la resolución 1036-E/2016, tiene como objetivo mejorar la cobertura de salud y las condiciones de accesibilidad al Sistema Público de Salud de las Comunidades Indígenas de todo el país, desde una perspectiva intercultural. Dicho programa se fundamenta e incorpora al mismo la experiencia y los recursos humanos del Área de Salud Indígena del Programa Médicos Comunitarios – Equipos de salud del primer nivel de atención, incluyendo además a los Agentes Sanitarios Indígenas financiados por dicho Programa. Cuatro son los ejes estratégicos de trabajo:

1. Participación de las Comunidades Indígenas a través de la consulta previa, libre e informada.
2. Formación y capacitación en Interculturalidad y Salud Indígena.
3. Complementariedad entre las medicinas oficial e indígena.
4. Implementación a nivel nacional de políticas interculturales de Salud

Según se informa en el sitio web oficial, el programa se propone establecer un diálogo fluido, participativo e intercultural entre el Ministerio de Salud de la Nación y las Autoridades de las Comunidades Indígenas en el marco de la legislación nacional e internacional vigente en el país (Constitución Nacional, Artículo 75, Inciso 17; Ley 23.302; Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, Artículo 25, ratificado por Ley 24.071). Asimismo, el programa financia Agentes Sanitarios Indígenas en el Primer Nivel de Atención, a quienes brinda capacitación y ofrece asistencia técnica en la formación intercultural de personal profesional y no profesional que se desempeña en efectores con población Indígena a cargo. Los objetivos del programa son:

-Generar la formulación de planes para lograr la reducción de las inequidades en las condiciones de salud de las poblaciones objetivo.

-Propender a la disminución de la morbi-mortalidad de la población indígena mediante el desarrollo de programas preventivos y promoción de la salud.

-Desarrollar actividades de capacitación de personas de las diferentes comunidades indígenas para favorecer el acceso a los servicios públicos de salud aceptando la interculturalidad

-Constituir articulaciones con otras dependencias y programas del Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios de Salud Provinciales, Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, Programas con Financiamiento Internacional, y otros Ministerios Nacionales, para coordinar acciones y políticas dirigidas hacia la población indígena.

Los programas de salud indígena mencionados nos indican una relación entre Estado y poblaciones indígenas en construcción continua y, aunque de forma tardía, dan cuenta de las demandas y luchas de los pueblos indígenas.

El campo de la gestión pública y el rol del estado

Este apartado busca dar cuenta, por un lado, de la importancia de los científicos sociales en el armado, planificación y ejecución de políticas públicas en salud y por otro lado, se propone un enfoque alternativo para el campo de la gestión pública: investigación-acción.

En primer lugar, Moro (2000) reconoce al campo de la gestión pública, como aquel espacio heterogéneo atravesado por diversas racionalidades, donde interactúan actores sociales con diferentes grados de poder, autonomía y “expertez” para definir los problemas sociales sobre los que se actúa. Ahora bien, para el caso del presente trabajo, las políticas públicas en salud con un enfoque intercultural no siempre son de acceso para todos ni tampoco se consideran, para su diseño las voces de aquellos actores para los cuales se destinan. Es por eso que Bloj (1998) plantea la necesidad del aporte de las ciencias sociales en la gestión dada por la complejidad de nuestra sociedad y con el objetivo de comprender, de forma más ajustada, la dinámica social conforme a los requerimientos que impone cada sector de la política social. Asimismo, dicha autora plantea que el científico social tiene un rol de interpelador, desde donde observa la lógica que subyace la formulación de la políticas sociales, la debilidad de los fundamentos teóricos y metodológicos que sustentan las intervenciones, las erróneas consideraciones que rodean el campo de lo social y las tipologías rígidas y estereotipadas a partir de las cuales se identifican a los sujetos participantes de las políticas sociales (Bloj, 1998). Sin embargo, entendemos que el campo de la gestión pública se encuentra en disputa

de poderes permanentemente, lo cual dificulta, a veces, la evaluación de programas de salud (en este caso) que permitan mejorar su aplicación.

Por otro lado, se plantea un enfoque epistemológico, metodológico y ético alternativo que puede ser algunas de las dificultades que se observan en los servicios de salud y programas estatales: la homogeneización de la población participante, la utilización de estrategias culturalmente inadecuadas, la falta de participación indígenas en el diseño de las políticas, la escasa o nula formación del personal sanitario para el abordaje de la diversidad social y cultural, las dificultades para la comunicación y las distancias geográficas respecto de los centros de salud (Sy y Remorini, 2009). El enfoque de investigación-acción se lo entiende como:

“un grupo de prácticas multidisciplinares orientadas a una estructura de compromisos intelectuales y éticos. La investigación-acción es investigación social desarrollada mediante una colaboración entre un investigador profesional y los «dueños del problema» en una organización local, una comunidad o un grupo intencional creado para un propósito específico. Juntos, estos colaboradores definen la meta del proyecto de investigación-acción, diseñan el proceso de investigación, desarrollan las preguntas y las capacidades investigadoras de todos los colaboradores, llevan a cabo la investigación, desarrollan y ponen en acción los resultados” (Greenwood, 2000:32)

La participación de investigadores sociales, como los antropólogos, en instancias de gestión pública bajo el uso del enfoque investigación-acción permitiría que los actores involucrados en la aplicación del programa o políticas de salud intercultural sean partícipes del proceso de diseño en el ámbito local de aplicación, de forma tal que sería sensible a los contextos y planteamientos políticos de un determinado momento. Asimismo, dicha transformación se basa en la premisa de que “el estado se comporta como un interlocutor con gran poder de interpelación” (Segato, 1999: 108).

Conclusiones – Primeras preguntas

Si se pretende un enfoque que vaya más allá de un uso restringido y superficial del concepto de interculturalidad, se impone explicar la diversidad de modalidades de comprensión y cuidado de la salud no solo a partir de pautas consideradas tradicionales sino también a partir de los condicionamientos derivados de la posición de los grupos en la estructura social puesto

que no todas las prácticas son resultado de “elecciones” culturales (Colangelo, 2009) Es decir, considerar a los problemas de salud no sólo a través de una mirada sociocultural sino a través de un análisis integral, que tenga en cuenta las condiciones estructurales económicas y políticas de los sujetos (Martínez, 2011)

Adoptar una perspectiva de análisis que parta de las condiciones particulares en las cuales las enfermedades o padecimientos aparecen y se construyen como un problema; analizar los sentidos y los significados asociados a las enfermedades o padecimientos en el marco de los procesos históricos y condiciones actuales de vida y salud de las poblaciones y avanzar en una descripción de la manera en que las políticas públicas en salud intercultural se insertan en modos de vida amplios (Fernandez y Stival, 2009) requieren un marco teórico conceptual de la medicina social y salud colectiva latinoamericana. Esta corriente surge del reconocimiento de las dimensiones simbólicas y materiales de los procesos salud/enfermedad e implica desentrañar procesos de determinación y distribución mas allá de su causalidad próxima y del campo de lo biológico (Arellano, 2013)

Como una respuesta inicial y un primer acercamiento a la cuestión, se evidencia la necesidad de abordar la interculturalidad en salud en ámbitos de diversidad y desigualdad a partir de un sentido crítico que sea capaz de “ampliar el quehacer socio-sanitario y dotarlo de politicidad y potencia transformadora” (Arellano, 2013, pp. 145) a través del enfoque de investigación-acción. Esto puede resultar en un nuevo parto de la antropología como describe Godelier (1978), “parto que se genera cuando las transformaciones de las condiciones estructurales hacen emerger cuestiones que habían permanecido ocultas o mas allá de lo aparente” y “poner a prueba la operatividad de los conceptos” (Tamagno, 2006), es decir, tener en cuenta que las realidades que estudiamos están en contante transformación y que por lo tanto, debemos reconocer las limitaciones de los conceptos y su cambio necesario.

Bibliografía

- Arellano López, O. (2013) Determinación social de la salud: desafíos y agendas posibles. *Divulgação em Saúde para Debate, N°49*. Rio de Janeiro.
- Bloj, C. (1998). De las necesidades y derechos a las políticas: Investigación antropológica y políticas sociales. *Nueva Sociedad, 156*, 143-155.
- Colangelo, M.A. (2009) La salud infantil en contextos de diversidad sociocultural. En: Tamagno, L. (Coord.) *Pueblos indígenas. Interculturalidad, colonialidad, política*. Buenos Aires, Argentina: Biblos.
- Díaz, R. (1998) *¿Es la educación intercultural una modificación del statu quo?* Ponencia presentada en III Congreso Chileno de Antropología. Colegio de Antropólogos, Universidad Católica de Temuco, Chile.
- Fernández, F.A. y Stival, M.A. (2011) Políticas, sentidos y vulnerabilidad sociocultural asociados al vih-Sida en las poblaciones qom de Rosario, Argentina. *Desacatos, N° 35*, enero-abril, pp. 29-40.
- Godelier, M. (1978) *Antropología económica*. Barcelona, Anagrama.
- Greenwood, D. J. (2000). De la observación a la investigación-acción participativa: una visión crítica de las prácticas antropológicas. *Revista de antropología social*, (9).
- Hirsch, S. y Lorenzetti, M. (Ed.). (2016). *Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad*. San Martín, Argentina: UNSAM EDITA de Universidad Nacional de General San Martín
- Ibañez Caselli, M.A. (2003/2005) La interculturalidad: ¿una moda? Alcances e implicancias políticas en Argentina. *Cuadernos del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano N° 20*.
- Lorenzetti, M. (2007). *Políticas de reconocimiento, políticas sociales y ciudadanía. El programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios*. Jornadas Internacionales “Del tercero ausente al tercero excluido: en torno a la invisibilidad social y política”, Instituto Gino Germani, UBA, Buenos Aires, Argentina.
- Martínez. (2011) Pluralismo médico y etnomedicina entre los Tobas (Qom) del Río Bermejito (Chaco, Argentina). Desafíos y aportes para una gestión intercultural de la salud en el impenetrable chaqueño. *Revista del Museo de Antropología N° 4*, 195-210.

- Moro, J. (2000) Problemas de agenda y problemas de investigación, pp. 113-138. En Escolar, Cora (Ed.). *Topografías de la investigación. Métodos, espacios y prácticas profesionales*. Buenos Aires, Argentina: EUDEBA.
- Moya, R. (1995) Desde el aula bilingüe. *Cuenca: Licenciatura en Lingüística Andina y educación bilingüe*, Universidad de Cuenca.
- Ramírez Hita, S. (2009) Políticas de salud basadas en el concepto de “interculturalidad”. Los centro de “salud intercultural” en Bolivia. *IX Congreso Argentino de Antropología Social*. Misiones, Argentina
- Ramírez Hita, S.
 - _ (2014) Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(10), 4061-4069.
 - _ (1998) Alteridades históricas/Identidades políticas: una crítica a las certezas del pluralismo global. *Serie Antropología 234*. Brasilia.
- Schapira, M., Abonizio, M., & Pinto, C. (2008). Antropólogos y políticas públicas. *Fortaleza—CE*, 91.
- Sy, A. y Remorini, C. (Septiembre, 2008). Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión. *VI Jornadas Nacionales de Investigación social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del Niño y las Prácticas sociales “Oportunidades”*. Universidad del Sur, Bahía Blanca.
- Tamagno, L. (2006) Interculturalidad. Una revisión desde y con los pueblos indígenas. *Diario de Campo*, 39 (suplemento), pp.21-32.