



Andes
ISSN: 0327-1676
ISSN: 1668-8090
andesrevistaha@gmail.com
Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y
Humanidades
Argentina

PRÁCTICAS Y SABERES MÉDICOS TRADICIONALES DEL PUEBLO DIAGUITA CATAMARQUEÑO Y SU RELACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

García Guerreiro, Luciana

PRÁCTICAS Y SABERES MÉDICOS TRADICIONALES DEL PUEBLO DIAGUITA CATAMARQUEÑO Y SU
RELACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

Andes, vol. 32, núm. 2, 2021

Instituto de Investigaciones en Ciencias Sociales y Humanidades, Argentina

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12769391010>

PRÁCTICAS Y SABERES MÉDICOS TRADICIONALES DEL PUEBLO DIAGUITA CATAMARQUEÑO Y SU RELACIÓN CON EL SISTEMA DE SALUD PÚBLICA

PRACTICES AND TRADITIONAL MEDICAL
KNOWLEDGE OF THE DIAGUITA PEOPLE
OF CATAMARCA (ARGENTINA) AND ITS
RELATIONSHIP WITH THE PUBLIC HEALTH
SYSTEM

Luciana García Guerreiro lgarcia@sociales.uba.ar
Universidad de Buenos Aires, Argentina

Andes, vol. 32, núm. 2, 2021

Instituto de Investigaciones en Ciencias
Sociales y Humanidades, Argentina

Recepción: 18/11/2020
Aprobación: 01/08/2021

Redalyc: [https://www.redalyc.org/
articulo.oa?id=12769391010](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12769391010)

Resumen: En el presente artículo se aborda la problemática de la salud y la interculturalidad en territorios indígenas. El mismo surge como resultado de un trabajo de investigación que se propuso caracterizar el acceso a la salud de comunidades diaguitas de la provincia de Catamarca (Argentina). A partir de un diseño metodológico cualitativo se buscó conocer los significados que los propios sujetos les asignan a sus experiencias. Se identifican las políticas públicas de salud presentes en el territorio y la percepción que las comunidades tienen sobre su desempeño, rastreando en este punto el encuentro/desencuentro entre la población, sus prácticas y saberes tradicionales y los servicios de salud pública en el territorio. Como resultado encontramos que las comunidades enfrentan profundas dificultades para el acceso a la salud pública, siendo el desconocimiento y la desvalorización cultural hacia sus prácticas de curación y cuidado tradicionales uno de los problemas identificados. Se propone reflexionar sobre diferentes nociones de interculturalidad, en el marco de procesos de re-existencia indígena y de lucha por el reconocimiento del pueblo diaguita frente a las persistentes relaciones de colonialidad y subalternización de la cual son objeto como pueblo originario.

Palabras clave: Medicina Tradicional, Salud de los pueblos indígenas, Interculturalidad, Salud Pública.

Abstract: This article addresses the problems of health and interculturality in indigenous territories. It arises as a result of a research work that aimed to characterize the access to health of the Diaguita communities in the province of Catamarca (Argentina). Based on a qualitative methodological design, we seek to know the meanings that the subjects themselves assign to their experiences. We identify the public health policies present in the territory and the perception that the communities have of their performance, tracing at this point the agreements/conflicts among the population, their practices and traditional knowledge, and the public health services in the territory. As a result, we found that the communities face hard difficulties in accessing public health care, being the ignorance and cultural devaluation of their traditional healing and care practices one of the problems identified. In that sense, it is proposed to reflect on different notions of interculturality, within the framework of processes of indigenous re-existence and of struggle for the recognition of the Diaguita people in the face of the persistent relations of coloniality and subalternization of which they are object as indigenous people.

Keywords: Traditional Medicine, Health of indigenous peoples, Interculturality, Public Health.

Introducción

En el presente artículo se aborda la problemática de la salud y la interculturalidad en territorios indígenas, en particular en comunidades diaguitas de la provincia de Catamarca, a partir de la sistematización de trabajos de investigación y de acompañamiento que se vienen realizando desde 2014 hasta la actualidad. En tal sentido, se propone aportar a la reflexión en torno a la interculturalidad en el ámbito de la salud, situando el problema en el marco de procesos más amplios de resistencia y de lucha por el reconocimiento étnico y territorial que lleva adelante el pueblo diaguita en las últimas décadas.

Debemos destacar que la preocupación académica por la interculturalidad aplicada a la salud, si bien no es nueva, se ha profundizado recientemente ^[1]. Desde mediados de los noventa hasta la actualidad se han desarrollado varios usos del concepto de interculturalidad para comprender la relación entre medicina tradicional y biomedicina. La perspectiva más difundida considera que las relaciones interculturales se dan en malas condiciones de comunicación cultural, las cuales deben modificarse para posibilitar una mejor interrelación ^[2]. De allí la propuesta de incorporación de agentes pertenecientes a pueblos indígenas y prácticas tradicionales a los servicios de salud, especialmente en atención primaria y en las salas de parto de algunos hospitales. Sin embargo, algunos autores describen este tipo de situaciones como “adecuaciones culturales”, para distinguirlas de interculturalidad, dado que sin cambiar el modelo modifican sólo algunas partes del protocolo ^[3].

Otras perspectivas reconocen la importancia de las dimensiones simbólicas, pero necesariamente articuladas con la dimensión económico/política, entendiendo que las relaciones de poder y de desigualdad social constituyen parte fundamental de las relaciones interculturales ^[4]. Algunos señalan que la definición oficial de salud intercultural que pone el acento en la relación entre la biomedicina y las medicinas indígenas “*alude a un ideal que no da cuenta de la hegemonía biomédica y de las relaciones coloniales que marcan la salud intercultural en la práctica*” ^[5]. Del mismo modo, varios autores desde un enfoque crítico de la interculturalidad en salud sostienen que el discurso intercultural suele anular el contexto sociocultural en que se desarrolla la medicina indígena, tales como el proceso de empobrecimiento, el despojo del territorio, la discriminación con base en imaginarios racistas, así como el poco o nulo acceso a bienes y servicios ^[6].

La accesibilidad en salud es definida como la forma en que los servicios de salud se brindan a la población, tratando de eliminar los obstáculos que impiden su acceso. Algunos autores caracterizan las barreras en el acceso como: geográficas, si se entiende que la imposibilidad de acercar los servicios a la población es por un problema geográfico, ya sea a un accidente geográfico, o una barrera construida por el hombre; económicas, si aluden a la imposibilidad de acceso por motivos de falta de recursos económicos; administrativas, que expresan la dificultad que

imponer la organización misma de los servicios; y culturales, centradas en las posibles barreras culturales o simbólicas entre los agentes de salud y la población, entendiendo que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en limitantes ^[7] . De este modo, definir la accesibilidad como el encuentro/desencuentro entre la población y los servicios de salud, hace ineludible la inclusión de las prácticas de vida y salud de la población en cada estrategia para mejorar el acceso.

A lo largo del presente trabajo se comparten algunos resultados de investigación que tuvieron como objetivo, por un lado, caracterizar el acceso a la salud por parte de las comunidades diaguitas de la provincia de Catamarca y, por otro, identificar la existencia de prácticas y saberes tradicionales para la atención/prevenición de dolencias y enfermedades. En lo que respecta al sistema de salud pública se propone explorar la percepción que las comunidades tienen sobre su presencia y desempeño en el territorio. Desde allí se busca indagar y abrir la reflexión en torno a la relación intercultural que se establece entre las prácticas, imaginarios y saberes de las comunidades y el sistema de salud.

Partiendo de una perspectiva crítica de la interculturalidad en salud se analiza el caso del pueblo diaguita catamarqueño y su vínculo con el sistema de salud oficial, lo cual cobra especial sentido en el marco de procesos de re-existencia ^[8] indígena y de lucha por el reconocimiento que llevan adelante las comunidades frente a las persistentes relaciones de colonialidad y subalternización de la cual son objeto como pueblo indígena.

Por lo antedicho, consideramos necesario en este trabajo hacer un esfuerzo por “descentrar” el papel totalizador que suele asignarse al sistema de salud oficial ^[9] y llevar a cabo una “sociología de las ausencias” para intentar mostrar la activa producción de lo “no existente”, como no creíble, descartable, invisible a la realidad hegemónica del mundo ^[10] .

Aspectos metodológicos

El presente artículo se inserta en trabajos de investigación y acompañamiento con las comunidades diaguitas catamarqueñas que se vienen realizando desde 2014 hasta la actualidad y, en particular, recoge registros de campo y entrevistas que fueron efectuadas durante los años 2017 y 2018. Dichos registros se desarrollaron en el marco de un proyecto de investigación ^[11] de carácter exploratorio que comprendió comunidades diaguitas situadas en el noroeste de la provincia de Catamarca, en los departamentos de Andalgalá, Belén y Santa María (ver Mapa 1).

Algunos interrogantes que guiaron este trabajo han sido: ¿Qué políticas de salud están presentes en dichos territorios? ¿Cómo atiende el pueblo diaguita catamarqueño sus dolencias y enfermedades? ¿Cuáles son las principales necesidades y demandas en términos de salud pública de las comunidades diaguitas de Catamarca? ¿Qué lugar ocupan las prácticas y saberes tradicionales? ¿Qué relación intercultural se establece con

el sistema de salud pública? Para ello se llevó a cabo un abordaje cualitativo, mediante observaciones, análisis de documentos, entrevistas en profundidad y conversaciones informales buscando interpretar y comprender los significados que los propios sujetos les asignan a sus experiencias. De ese modo, se propuso comprender las tramas de sentido que se tejen en la acción social y que emergen mediante la interacción y el diálogo con y entre los actores involucrados ^[12] .

En ese marco, durante 2017 y 2018 se realizaron entrevistas en las comunidades indígenas de La Hoyada, Alto Valle del Cajón, Carachi, Aguas Calientes, La Angostura, Anconquija, Laguna Blanca, Famabalasto, Cerro Pintao y Los Nacimientos. Se entrevistó y conversó, en términos de Geertz ^[13] , con miembros y referentes de diferentes comunidades del pueblo diaguita, entre quienes se encuentran “médicos/as campesinos/as”, autoridades comunitarias, comuneros/as, agentes sanitarios y enfermeros del sistema público que se desempeñan en la zona del alto valle y puna catamarqueña (quienes, a su vez, son comuneros); así como con técnicos que trabajan integralmente con las comunidades y que cumplieron la función de informantes clave a los fines de la investigación. La selección de las comunidades visitadas y de los/as entrevistados/as se llevó a cabo por criterios de factibilidad de acceso al campo y de relevancia para la investigación, principalmente en los casos de “médicos/as campesinos/as”, autoridades comunitarias, agentes sanitarios y enfermeros. Para el caso de los/as comuneros/as, la selección fue aleatoria en el marco de encuentros espontáneos en los espacios comunitarios visitados.

Cabe mencionar que este trabajo se ha desarrollado en base a vínculos contruidos previamente con las comunidades, ya sea en trabajos de investigación anteriores como en acciones que exceden los objetivos de la investigación, lo cual ha sido fundamental para lograr la entrada a las comunidades y el permiso de las diferentes autoridades (caciques) y referentes comunitarios para su desarrollo. Esto ha permitido alimentar, desde una perspectiva etnográfica, el juego intersubjetivo establecido en la interacción entre quien investiga y los actores involucrados.

Las consideraciones éticas en el proceso de investigación han sido tomadas en cuenta desde el inicio del mismo, contando con el aval del Comité de Ética del Instituto de Investigaciones Gino Germani (UBA). Al momento del trabajo de campo se ha mantenido siempre la flexibilidad a fin de facilitar el intercambio discursivo, llevando a cabo consentimientos informados sobre el qué y el para qué se investiga, asegurando la confidencialidad, la libertad, el respeto y el cumplimiento de los compromisos asumidos con los sujetos y comunidades involucradas en la investigación.

Las comunidades diaguitas catamarqueñas

Durante las últimas décadas, en el marco de procesos de reemergencia indígena ^[14] , las comunidades diaguitas han profundizado su

lucha por la recuperación territorial, la reorganización política de sus comunidades y el reconocimiento de sus derechos ancestrales. En dichos procesos de reafirmación comunitaria y territorial asume importancia la revalorización de ciertas prácticas y saberes tradicionales (incluidas las vinculadas al cuidado de la vida y la salud comunitaria), que implican, en la mayoría de los casos, revertir imaginarios estigmatizantes y coloniales, y defender un modo de vida arraigado en la comunidad y la pertenencia al territorio. Recordemos que, en Argentina, al igual que en gran parte de los países latinoamericanos, dicha revitalización política y organizativa se vio favorecida por la creación a partir de la década del noventa de una serie de normativas y tratados internacionales vinculados al reconocimiento cultural y territorial de los pueblos indígenas, las cuales fueron, a su vez, resultado de la histórica lucha de los pueblos y comunidades indígenas por sus derechos.

Cabe mencionar que los pueblos de la nación diaguita históricamente han ocupado un territorio que trasciende los límites provinciales, y actualmente tienen base en diferentes provincias: Salta, Tucumán, Catamarca, La Rioja y Santiago del Estero. En la provincia de Catamarca son dieciocho las comunidades diaguitas que se han reorganizado políticamente desde el año 2000 hasta la actualidad, la mayoría de las cuales, a su vez, se encuentran nucleadas en la Unión de Pueblos de la Unión Diaguita (UPND) como instancia organizativa intercomunitaria provincial.

Por lo general, las comunidades diaguitas de Catamarca se encuentran asentadas en pequeños parajes en los cerros, en una región andina de zonas de puna (3.400 y 4.500 m.s.n.m), prepuna y valles de altura (1.600 y 3.400 m.s.n.m.), manteniendo relación con los poblados o zonas urbanas de los valles, ya sea para trabajar, ir al centro de salud, estudiar, realizar trámites, hacer intercambios, abastecimientos, entre otras actividades. Si bien no hay datos estadísticos precisos, en base a los registros censales de las comunidades se estima que el pueblo diaguita en la provincia de Catamarca se compone por aproximadamente 4500 comuneros y comuneras, es decir, personas que se han censado como integrantes de alguna comunidad^[15].

Cada comunidad se organiza en torno a la asamblea, como espacio fundamental para la deliberación, socialización y toma de decisiones comunitarias, las cuales son definidas por consenso. En la misma participan los/as comuneros/as que están censados dentro de la comunidad, y son ellos/as en forma colectiva quienes definen las autoridades y los referentes (cacique, secretario, delegados de base) que ejecutarán y llevarán a cabo las decisiones que son tomadas en la asamblea comunitaria. Es decir, que el accionar de las autoridades y de los delegados de la comunidad está supeditada a las decisiones y voluntades de la asamblea de comuneros/as. Cabe destacar que las comunidades, por lo general, definen a su vez delegados de educación y de salud, que son quienes dan seguimiento a las cuestiones específicas y al vínculo que establece la comunidad con otras instituciones, principalmente del Estado, en referencia a dichas áreas.

A su vez, las comunidades que forman parte de la UPND se reúnen en asamblea periódicamente (cada 45 días) para tratar los temas y problemas que atraviesan, ya sean vinculados a cuestiones territoriales, de educación, de salud, productivas, entre otras problemáticas que afectan a las comunidades. En dicha asamblea participan dos o tres representantes de cada comunidad (por lo general, el cacique, secretarios y/o delegados de base) y los/as comuneros/as que tengan la posibilidad de acercarse. La misma se hace en forma itinerante, una vez en cada comunidad, teniendo en cuenta las necesidades y problemas que aquejan en cada momento los diferentes territorios.

Las políticas públicas de salud en el territorio

Las comunidades diaguitas catamarqueñas tradicionalmente han sabido curar, atender, prevenir y sanar sus dolencias, padecimientos y enfermedades a partir de acciones terapéuticas que conforman un amplio repertorio tradicional, ancestral y popular de saberes y prácticas que son transmitidas de generación en generación y que son parte de su cultura como pueblo. En una de las visitas a las comunidades un comunero comentaba que “antes era medicina tradicional, en cada casa tenían plantas y con eso se curaban”.

Las familias comuneras acostumbran a realizar curaciones y tratamientos para prevenir y atender enfermedades, ya sea con preparaciones caseras o mediante la intervención de algún curador o “médico campesino” valorado por la comunidad. Recién hace tres o cuatro décadas atrás, en muchos casos a partir de la creación de rutas y la mejora de los caminos, comenzó a tener presencia en los territorios el sistema de salud estatal, y en particular, las políticas vinculadas a la Atención Primaria de la Salud (APS) mediante un agente sanitario y/o un enfermero. Algunas comunidades cuentan con posta sanitaria o centros de salud (CAPS), en los cuales trabajan agentes sanitarios y enfermeros que, en algunos casos, son comuneros/as indígenas.

En Argentina el área de APS fue creada a fines de la década de los setenta, promoviendo una mayor articulación entre promoción, prevención y curación mediante una mayor participación comunitaria e intersectorial, desde una mirada más integral y descentralizada de la salud. Esta política produjo cambios importantes en la incidencia del sistema de salud pública en comunidades rurales, mediante la implementación de las “visitas domiciliarias”, la construcción de postas sanitarias y la formación de promotores de salud y enfermeros en los diferentes territorios ^[16]. Con la Ley N° 23.302 de 1985 se dio origen a la creación de programas específicos de Salud Indígena como el ANAHI y el Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, los cuales constituyeron las primeras propuestas de “salud intercultural” en Argentina y entre las cuales uno de los ejes principales ha sido la incorporación de comuneros/as como agentes sanitarios para la APS. Al respecto cabe señalar, siguiendo a Magnífico et al, que la creación de un Área de Salud Indígena en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación ha representado no sólo

el reconocimiento de la responsabilidad que le cabe al Estado sobre las condiciones actuales de vida de las comunidades indígenas, sino también, una declaración pública de la dificultad del sistema de salud para vincularse adecuadamente con estas comunidades y garantizar su derecho a la salud, al igual que la del resto de la población argentina^[17].

Los agentes sanitarios y enfermeros de APS canalizan recursos e información de algunos programas nacionales (como ser Remediar, Nacer, ProHuerta, SUMAR, etc.), se encargan del cumplimiento de los planes de vacunación de la población que tienen asignada, realizan acciones de prevención para la salud, atención y control de las embarazadas, desparasitación de animales, entre otras acciones sanitarias. Para ello realizan visitas domiciliarias a las familias que forman parte de la comunidad, casa por casa, recorriendo grandes distancias, atravesando ríos, subiendo y bajando cerros, para lo cual en muchos casos no cuentan con los recursos adecuados y/o suficientes (medio de transporte, combustible, por ejemplo). En la mayoría de los casos un mismo agente sanitario tiene a su cargo una zona sanitaria que puede incluir varios parajes y comunidades.

Cabe destacar que el accionar de cada agente sanitario depende en gran medida de las características del territorio, los recursos disponibles, la comunidad y su vínculo con la misma. Existen casos en que los agentes sanitarios, a su vez, se desempeñan como parteros/as e, incluso, son curadores o “médicos campesinos” que cuentan con la confianza de las comunidades, por su amplia sabiduría y experiencia, ocupando un rol destacado dentro de la organización comunitaria; situación que no se da con agentes de salud que no pertenecen a la comunidad. Por esta razón, ha tenido una gran importancia para las comunidades el hecho de que comuneros/as puedan integrarse al equipo de los agentes sanitarios y enfermeros que trabajan en el territorio, por ser éstos quienes mejor conocen la realidad de las comunidades. Los agentes sanitarios que son designados por las comunidades (avalados por las autoridades comunitarias) mediante el Programa de Salud para Pueblos Originarios del Ministerio de Salud de la Nación reciben un estipendio en forma de beca. En la provincia de Catamarca dicho estipendio es complementado con un aporte del gobierno provincial, dado que se trata de un monto muy bajo.

Por otro lado, periódicamente, en algunas comunidades se instalan unidades sanitarias móviles con el fin de acercar a los y las habitantes de los cerros servicios de salud y atenciones médicas profesionales a las cuales no tienen frecuente acceso. Si bien no llegan a todas las comunidades ni se instalan con frecuencia en la zona (por lo general, una vez al año), para gran parte de las familias se trata de una de las pocas oportunidades de consultar a un médico o profesional de la salud, dadas las grandes distancias existentes y la intransitabilidad de los caminos hasta los hospitales de la región.

Asimismo, cabe mencionar la existencia del Programa de Salud para Pueblos Originarios del Ministerio de Salud de Catamarca, mediante el cual se han designado los agentes sanitarios pertenecientes a las

comunidades y se han llevado a cabo algunas acciones en los territorios comunitarios, destacándose el trabajo para la prevención de enfermedades zoonóticas, a partir de la desparasitación de animales y el diagnóstico de la presencia de parasitosis en la población; la realización de talleres y capacitaciones para agentes sanitarios y comunidad en general en torno al cuidado de la salud; la asistencia médica a niños y adultos; y prácticas odontológicas en territorio de las comunidades. Los esfuerzos de este programa provincial están vinculados a las acciones del Programa de Equipos Comunitarios y del Programa Nacional de Salud para los Pueblos Originarios (Resolución 1036-E/2016) en el ámbito de la Dirección Nacional de Atención Comunitaria del Ministerio de Salud de la Nación.

Al analizar la planificación del dicho programa para el período 2017-2019 encontramos que parte de sus objetivos están vinculados a lograr la “sensibilización en lo que respecta a la interculturalidad” entre las autoridades y los profesionales de la salud y, principalmente, la implementación de programas de salud y de asistencia sanitaria en las comunidades a través del Programa “Lleguemos al Barrio” y áreas asistenciales del gobierno provincial. Un agente sanitario que trabaja en la comunidad de Carachi comentaba que “ahora hay una responsable de Pueblos Originarios en el Ministerio de Salud de la Provincia, y eso está hace un año [2016] y ellos vienen cada tanto, pero en la zona hay muy poca atención”. Desde las comunidades sostienen que dicho Programa les brinda ayuda, por ejemplo, en aquellas ocasiones en que algún poblador deba ir a atenderse a la ciudad de Catamarca, colaborando en cuestiones de logística y alojamiento, lo cual para las comunidades resulta significativo.

Padecimientos, atenciones y percepciones en torno a la salud en las comunidades

Como ya se ha señalado, algunas comunidades cuentan con una pequeña posta o salita sanitaria. Los hospitales o centros de salud más cercanos están ubicados en los centros urbanos, a varios kilómetros de distancia por caminos de montaña de difícil tránsito.

Lo más cerca es Villa Vil, un pequeño hospital a 150 kilómetros por montaña, tenemos muy poca comunicación con ellos, sólo en una urgencia por la ambulancia; sino no hablamos y desde el hospital tampoco vienen ^[18].

Según los casos, cuando en la comunidad hay alguna persona enferma ésta es atendida o asistida en la posta sanitaria o en su casa por el agente sanitario o el enfermero de la comunidad, para que luego, si fuera necesario, pueda ser derivada y asistida en el hospital más cercano. Trasladarse hasta los hospitales constituye una gran dificultad para las familias comuneras, no sólo por las distancias que deben recorrer, sino también por el hecho de dejar su lugar de vida y tener que adaptarse a los tiempos y posibilidades de los centros asistenciales. Incluso el hecho de consultar a un médico o especialista en el hospital más cercano resulta complicado para las familias comuneras, dado que deben ir desde el cerro hasta el hospital a sacar turno en horarios y días específicos, sin la

seguridad de lograr conseguirlo. Por otro lado, los/as comuneros/as hacen uso del sistema de salud oficial dependiendo de la patología, rehusándose en la mayoría de los casos a recurrir al hospital no sólo por las dificultades de acceso antes mencionadas, sino también por desconfianzas que les genera el saber biomédico (referen, entre otras cosas, que el sistema de salud oficial no encuentra respuestas para algunos problemas de salud que padecen) y/o el trato por parte del personal en los centros asistenciales, que consideran inadecuado ^[19] . Algunas entrevistadas señalaron con desconfianza que el hospital es “*un lugar donde no sabés lo que te puede pasar*”. Del mismo modo, una comunera de La Hoyada comentaba que

en el hospital no se cura, ahí me echaron a perder (...) Culpa de que a nosotros nos prohibieron todo, yo me descalcifiqué. Yo siempre fui cuidada con la medicina tradicional, y en el hospital me intoxicaron con tanto antibiótico ^[20] .

Entre los principales padecimientos y/o problemas de salud mencionados en las comunidades de la puna destacan las fracturas y “falseaduras” por golpes o caídas; problemas de reuma o artrosis en las personas mayores; el “susto” en los niños y niñas. El susto es un padecimiento común en la región, principalmente en niños y niñas, que no tiene manifestaciones externas visibles y que está basado en la creencia de que una impresión fuerte o un despertar violento ha provocado que el espíritu del sujeto se aleje temporalmente de su cuerpo, lo cual, según señalan, genera decaimiento, dificultad para conciliar el sueño y despertares repentinos ^[21] . En las comunidades situadas en valles de menor altura y mas humedos, como Anconquija, son frecuentes además casos de problemas bronquiales, alergias, neumonías. Cabe destacar que varios comuneros y comuneras sostienen que la prohibición y persecución a la medicina tradicional por parte de agentes y profesionales de la salud de los hospitales y centros asistenciales les ha generado algunos problemas para su salud (por ejemplo, mencionaron debilidad en los huesos y en la vista), al tiempo que recibían el desprecio hacia el uso de “yuyos” identificados como tóxicos o peligrosos desde el sistema de salud oficial. Lo mismo respecto al desarrollo de prácticas terapéuticas preventivas tradicionales como es la preparación de la “vitamina” o el “jarabe”, elaboraciones caseras para la prevención de enfermedades, el fortalecimiento de los huesos y el buen funcionamiento cerebral. Según la descripción de las entrevistadas, la “vitamina” es un alimento que se preparaba a partir del jugo de la carne; mientras que el “jarabe” se elaboraba poniendo a hervir vino “Abuelo” con una herradura de mula, nuez, cáscara de huevo, cebada y un pedazo de carne de vaca o *charqui*.

Respecto a la atención de los partos, a pesar de que en algunas comunidades ya han dejado de realizarse partos domiciliarios por recomendación o “prohibición” por parte de los médicos y directores de los hospitales, dicha práctica persiste y en algunas comunidades las mujeres paren en sus casas, acompañadas de algún familiar, alguna comadrona y/o el mismo agente sanitario que la asiste. Encontramos en este punto situaciones disímiles, principalmente atravesadas y condicionadas tanto por las definiciones sanitarias del sistema de salud, así

como por la cercanía/lejanía de las comunidades a los centros asistenciales. Al respecto, uno de los entrevistados comentaba que durante los cuatro años en que se desempeñó como agente sanitario había atendido más de veinte partos domiciliarios, de los cuales “ninguno presentó problemas” [22]; del mismo modo, otro manifestaba que habiendo sido durante muchos años agente sanitario y luego enfermero de su comunidad había asistido treinta y ocho partos, y que desde hace varios años ya no atendían partos en la comunidad, dado que se lo han prohibido bajo amenaza de denunciarlo y quitarle el cargo desde la dirección del hospital [23].

A partir de la mayor presencia de las políticas de salud en la zona, que coincidió con una mayor persecución a la medicina tradicional, las personas, por diferentes razones, entre las cuales podemos encontrar el temor y la necesidad, comenzaron a acudir a los hospitales y buscar a un médico profesional en la ciudad. En el caso de los partos esto ha significado, no sólo el abandono de ciertas prácticas propias en la atención de los partos que solían desarrollarse en los hogares y con cuidados especiales de la parturienta y el bebé recién nacido, sino también que varios nacimientos se desencadenaran a mitad del camino, en la misma ambulancia, antes de llegar al hospital. Tradicionalmente en las comunidades los partos se hacían en el hogar. Una comunera comentaba cómo solían atender a la parturienta y al bebé:

Una vez nacido, el bebé se envolvía y se ponía al pie de la cama para curar a la madre. Se lo aseaba recién al tercer día... Y debían estar 8 días la madre y el niño a oscuras, sin ver la luz del sol. Cuando la madre tenía algo mal en la matriz, el bebé lloraba y a la mujer le dolía... Se le daba té de orégano, zarzaparrilla, escorzonera, doradilla... una vez a la mañana y otra a la noche antes de dormir; y se sahumbaba...La mujer debía estar 40 días sin bañarse, sólo se aseaba las partes, y nunca con agua cruda, sino con agua de remedio [24].

En relación a las vacunas existen también diferentes opiniones y definiciones en las comunidades. Por un lado, los agentes sanitarios consultados manifiestan que gran parte de las familias solicitan que se realicen las vacunaciones correspondientes, ya que de lo contrario no podrán contar con el calendario de vacunación completo, requisito para cobrar la Asignación Universal por Hijo/a (ANSES les pide la libreta firmada por el director del Hospital). El enfermero que trabaja en las comunidades de la puna comentaba que a las familias comuneras “no les interesa la vacuna, pero sí cobrar la Asignación, hay gente que por no hacer vacunar perdió la asignación universal” [25].

Por otro lado, hay comunidades que manifestaron no estar de acuerdo con la aplicación de ciertas vacunas, así como tampoco con ciertas prácticas ginecológicas como el Papanicolaou (PAP), que se realizaban en las unidades sanitarias móviles instaladas en la zona. A raíz de esta controversia, en una oportunidad desde las comunidades propusieron que las unidades móviles contaran con un médico campesino acompañando las prácticas de los médicos del sistema de salud oficial, para lograr un vínculo de mayor confianza y permitir un mejor entendimiento sobre los padecimientos y consultas por parte de los/as comuneros/as (muchos de los cuales son nombrados en quichua y/o refieren a fenómenos

espirituales, de difícil comprensión para la medicina oficial, como ser el susto, la aicadura, la ojeadura, el mal aire, entre otros).

Las comunidades, y en particular quienes se desempeñan como enfermeros y agentes sanitarios, coinciden al identificar diversas necesidades y deficiencias vinculadas al acceso a la salud en sus territorios. Algunas están vinculadas a insuficiencias y falencias en la implementación de programas de salud por parte del Estado, entre las cuales se destacan la falta de profesionales y trabajadores de la salud en el territorio (médicos, especialistas, enfermeros, agentes sanitarios); la falta de recursos para la prevención y atención (vacunas, jeringas, medicamentos, leche); así como de herramientas de trabajo e infraestructura adecuada (Centros de Salud, equipamiento y medios de transporte adecuados para la montaña); a lo que se suma el hecho de que en los últimos años “*algunos programas dejaron de llegar*”, según expresaba el agente sanitario de la Comunidad de Carachi^[26]. Asimismo, se señala que ciertos procedimientos burocráticos dificultan la llegada de recursos al territorio, dado que en algunos casos las planillas que completan para recibir medicamentos se pierden y los medicamentos no son entregados^[27].

Prácticas y saberes tradicionales, una presencia que resiste

A pesar de las reiteradas “prohibiciones” y persecuciones hacia la medicina tradicional, desde las comunidades persiste y resiste un amplio repertorio de saberes y prácticas terapéuticas que son utilizadas y valoradas tanto por “médicos campesinos” como por las familias comuneras en su autoatención. Por autoatención nos referimos a las representaciones y prácticas que la población utiliza para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, curar o prevenir los procesos que afectan su salud, sin la intervención directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando éstos pueden ser la referencia de la actividad de autoatención^[28].

En el caso de las comunidades se trata de saberes y prácticas tradicionales, ancestrales, populares que son “*estrategias que tiene la gente*” -como describe una comunera de La Hoyada- y que son utilizadas para sanar problemas de “falseaduras”, “zafaduras”, “recalcaduras”, “paletilla”, “susto”, “pulso”, “ojeadura”, “matriz”, y otros padecimientos que no son atendidos (y en algunos casos, tampoco comprendidos) por los médicos profesionales en los hospitales. Los “médicos campesinos” cuentan con un diverso repertorio de prácticas terapéuticas y rituales que dan cuenta de una importante espiritualización de la naturaleza y, en algunos casos, un profundo sincretismo religioso que combina el uso de agua bendita, oraciones religiosas e invocaciones a la *Pachamama* o madre tierra, que es parte fundamental de la cosmovisión de los pueblos andinos y de las simbologías que construyen en torno a su comprensión ontológica y a la especial relación que establecen con la naturaleza.

Según el caso, pueden recurrir a la lectura de la orina; la sanación con agua bendita con yuyos; los sahumos; el alumbre; el trabajo con piedras; la dietoterapia; las infusiones y las aguas de yuyos; e incluso, el saber de

“sortear” a partir de la lectura de la hoja de coca para encontrar algo perdido o para saber algo que se desconoce (“*la coca avisa*”, afirmaba una “médica campesina” de La Hoyada). Prácticas terapéuticas todas ellas que comportan saberes no explicitados, guardados en silencio, como tesoros, por las personas que las ponen en práctica, así como también por quienes las valoran y recurren a ellas en busca de curaciones en las comunidades. Se trata de modos de sanar que trabajan principalmente desde lo espiritual, entendiendo la salud y la enfermedad de modo integral en una compleja relación de equilibrio/desequilibrio entre cuerpo/espíritu/naturaleza/cosmos; radicando en ello la principal dificultad para describirlos y explicarlos en términos de la racionalidad occidental.

Desde las comunidades, en particular sus referentes y autoridades comunitarias, se están proponiendo de a poco “volver a lo que era antes” y, en ese marco, asume importancia la recuperación, revalorización y sistematización de los saberes en torno al uso de los “yuyos” y las especies naturales para prevenir y sanar enfermedades. A partir del trabajo en talleres participativos junto con referentes de salud, “médicos campesinos”, agentes sanitarios y enfermeros de las comunidades hemos podido identificar más de 60 especies que son frecuentemente utilizadas y a las cuales, en general, se accede a partir de la propia recolección y el intercambio entre comunidades. Dentro de las propiedades curativas y preventivas de las especies identificadas, 18 están vinculadas al tratamiento de problemas digestivos e intestinales; 12 a cuidados del sistema circulatorio y presión sanguínea; 12 a la realización de limpiezas energéticas; 8 a problemas respiratorios y bronquiales; 7 a la atención de dolores de huesos y artritis; entre otras. En cuanto al modo de uso, en su mayor parte, se trata de plantas que son consumidas en infusiones o en agua de yuyos o “de remedio”, aunque varias también son utilizadas para sahumar; hacer baños de inmersión; emplastos; entre otros usos. Esta incipiente sistematización, que hemos comenzado a elaborar en conjunto con las comunidades y que aún se encuentra en proceso de construcción, muestra la gran biodiversidad y el amplio conocimiento sobre las propiedades curativas de las especies naturales que forman parte de la cultura de vida y tradición del pueblo diaguita catamarqueño.

Se trata de prácticas y saberes que están presentes, persisten y resisten al tiempo y a los múltiples dispositivos de despojo, subalternización y vulneración de los que son objeto. En tal sentido, la puesta en práctica de estas estrategias para el cuidado de la vida y la salud comunitaria, así, como su revalorización, se expresan no sólo como una resistencia defensiva, sino también como “re-existencia”, en términos de Porto Gonçalves; es decir, como una forma de existir, una determinada matriz de racionalidad que actúa, e inclusive re-actúa, a partir de un lugar propio, tanto geográfico como epistémico ^[29]. Dicha re-existencia no puede pensarse separada del territorio donde la misma se expresa, se afirma y se recrea. Entendemos aquí al territorio como un espacio geográfico atravesado por relaciones sociales, políticas, culturales y económicas que es resignificado constantemente por los actores que lo habitan y hacen uso de él, configurando un escenario territorial en conflicto por la apropiación

y reterritorialización del espacio y los bienes naturales, propiciando la formación de identidades (territorialidades) ^[30] .

En ese sentido, dichas prácticas y estrategias que se llevan a cabo en forma de reexistencia son parte de los procesos de apropiación y territorialización del espacio de vida y, por lo tanto, asumen una importancia central en el marco de los procesos de defensa y reconocimiento étnico territorial que las comunidades actualmente atraviesan. Esto permite pensar que la relación entre territorio y salud es fundamental y que, como señala Molina Jaramillo, existen y persisten diversidad de territorios en los cuales se sitúan múltiples formas de construir y vivir la salud que, de un modo u otro, resisten a los ordenamientos dictados desde arriba para instituir nuevas configuraciones territoriales y novedosas formas de hacer salud ^[31] .

Interculturalidad y medicina tradicional en la lucha por el reconocimiento

En la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (2007) se establece que los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, así como al acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud pública. Asimismo, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre pueblos indígenas, suscrito por Argentina en 2000, en su artículo 25 sostiene que los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario, debiendo planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados, teniendo en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales. Por su parte, la ley sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes de Argentina (Ley N° 23.302) establece, entre otras cosas, que se deberá respetar la medicina tradicional indígena “*integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas*”. Sin embargo, y de acuerdo a lo observado *a priori* en las comunidades bajo estudio, en la práctica dichas leyes parecerían no aplicarse, lo cual dificulta el desarrollo de políticas de salud propiamente interculturales en territorios indígenas. De hecho, como ya se señaló, existe un importante repertorio de saberes y prácticas que se desarrollan en las comunidades vinculados a la medicina tradicional que son descalificados por los modelos dominantes de la medicina moderna ^[32] .

En los últimos años en América Latina se han suscitado importantes debates sobre la interculturalidad en salud, a partir de los cuales desde instituciones sanitarias se llegó a la conclusión de que el problema central radicaba en que la población indígena prefiere utilizar la medicina tradicional a la biomédica, por formar parte de su cultura y por la difícil relación existente entre el personal sanitario y el paciente indígena ^[33] . En nuestro caso, la incorporación de comuneros/as indígenas a las

políticas de APS como agentes sanitarios o enfermeros ha sido un paso en dirección a acercar y mejorar la relación entre los pueblos originarios y el sistema de salud oficial; lo cual en general es percibido por las autoridades comunitarias y comuneros/as diaguitas como un logro y como algo positivo. Sin embargo, dicha inclusión y política de salud hacia las comunidades no responde a una mirada propiamente intercultural; por el contrario, las exigencias, el plan de trabajo, así como las metas propuestas a los agentes sanitarios que trabajan en territorio diaguita resultan ser las mismas que para el resto de los agentes sanitarios de la provincia.

Varios autores coinciden en que la interculturalidad aplicada a la salud no consiste sólo en introducir médicos indígenas en las postas e instituciones hospitalarias, sino que precisa una reflexión global sobre los sistemas de salud y sus características en América Latina ^[34]. Los programas de salud que se focalizan en la adaptación cultural reducen el problema a los saberes y a una cuestión de brechas comunicacionales, sin problematizar el acceso a recursos materiales y/o sociales, al poder político y a los espacios de participación colectiva ^[35]. En algunos casos, incluso, por la finalidad y la denominación misma de los programas (“Lleguemos al Barrio”), se podría afirmar que no llegan tampoco a encuadrarse como propuestas de adecuación intercultural.

Se establece así un discurso de salud intercultural que es concebida de modo superficial y escindida del territorio indígena, lo cual termina redundando en relaciones neocoloniales con fines integracionistas basadas en una noción cosificante de cultura ^[36]. La región del Noroeste argentino, y en particular la Puna, tal como señala Perez de Nucci ^[37], se caracteriza por la presencia de vientos fuertes y persistentes, escasas lluvias, el frío, el enrarecimiento del aire, lo cual favorece la constitución de un universo muy particular, donde prevalece la práctica médica de contenido místico y sobrenatural. Como advertía este autor, el sistema de salud la mayor parte de las veces no ha tenido en cuenta la idiosincrasia de los pobladores de la zona, ni su relación mágica con el medio ambiente, poniendo en juego su efectividad por no comprender su cosmovisión ^[38].

Por el contrario, para interculturalizar la relación entre la medicina oficial y otras medicinas es preciso un acercamiento integral a las cosmovisiones de los pueblos que las practican, a sus procesos políticos y culturales, a sus territorios, a sus luchas por mejorar las condiciones de vida y a las estrategias que se van dando para recomponer sus conocimientos, en particular, de los modos de sanación ^[39]. Siguiendo a Molina Jaramillo en referencia al vínculo entre territorio y salud, es preciso que la salud pública, en tanto campo de conocimiento y acción interdisciplinar, involucre la participación de actores concretos -no sólo los estatales- e integre saberes diversos, partiendo de una comprensión situada que comprenda la salud como proceso y producto de la interacción entre personas y de éstas con sus territorios de vida ^[40].

En efecto, desde la política sanitaria oficial, la salud no sólo aparece como una esfera separada de otros espacios de vida, sino que pareciera no

tener en cuenta las características propias de cada territorio, presentando la atención de la salud como ajena a los escenarios y procesos de despojo territorial o de precarización producto de las desigualdades estructurales que viven las comunidades. En el caso del pueblo diaguita catamarqueño padecen desde hace décadas los impactos socioambientales de la megaminería, que van desde la destrucción de los ecosistemas, la pérdida de biodiversidad, la contaminación de cursos de agua, entre otros efectos devastadores en términos ecológicos, hasta abusos políticos y económicos que incluyen la usurpación inconsulta de sus territorios, la afectación de las economías locales, el incremento de la corrupción institucional y la violencia política ^[41] . De ese modo, la salud de las comunidades es atravesada por constantes agresiones socioterritoriales y por la profunda colonialidad que aún persiste en las relaciones e imaginarios sociales dominantes.

En tal sentido, coincidimos con Cuyul en que la salud está integrada a todos los fenómenos de la vida y, por eso mismo, atiende a condicionamientos económicos, políticos, ambientales, espirituales, culturales e históricos. Muchas acciones de los programas de salud para pueblos indígenas se han concentrado en atender necesidades puntuales -que precisamente son producto de las brechas estructurales y sociohistóricas- desde enfoques paternalistas y/o asistencialistas que lejos están de favorecer el ejercicio de autonomía y el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas ^[42] . Esto se ve con claridad en el caso de las políticas de salud para el pueblo diaguita catamarqueño, que, si bien representan una importante “ayuda” para las comunidades, en la práctica no trascienden los límites tutelares y asistenciales que las sustentan.

Ahora bien, las comunidades diaguitas, al igual que gran parte de los pueblos indígenas de América Latina, reproducen prácticas de salud que pueden entenderse como “*una continuidad histórica de ejercicio sanitario vehiculizado mediante conocimientos y prácticas que son propias, devenidas de la interacción histórica con el territorio*” ^[43] . Las familias comuneras establecen estrategias terapéuticas recurriendo a sus conocimientos y prácticas, transmitidos y modificados de generación en generación, en forma oral, tanto en el ámbito del hogar como a través de la consulta a “médicos campesinos”, a quienes se les confía el diagnóstico y tratamiento de los diferentes padecimientos ^[44] , convirtiéndose en el verdadero primer nivel de atención de la salud ^[45] .

Algunos autores han señalado que la persistencia de la práctica médica tradicional y de “médicos campesinos” reside en la frecuente ausencia de profesionales en las postas sanitarias, la falta de insumos hospitalarios, el mal estado de los caminos, la lejanía de los centros de alta complejidad ^[46] , convirtiendo a la medicina popular en “*la única alternativa que les queda*” ^[47] . Si bien puede ser cierto en algún punto, encontramos que la persistencia de la medicina tradicional hoy se da en el marco de reemergencias indígenas ^[48] , volviéndose resistencia y re-existencia ^[49] en tanto no es “lo único”, sino lo propio, elegido y defendido en el camino

por revalorizar las prácticas y saberes que les constituyen con el deseo de “*volver a lo que éramos antes*”, a pesar de los miedos, prohibiciones y persecuciones neocoloniales y monoculturales que les asedian. Así lo expresaba una delegada de base de la Comunidad Indígena La Hoyada, cuando afirmaba que

hay muchos saberes, hay mucho saber que nosotros sí lo sabemos, pero hay cosas que por ahí uno tiene miedo, porque hubo un tiempo que nos han privatizado, hemos sido amenazados por todos...por los médicos occidentales, pero ahora con esta organización no nos para nadie, nosotros queremos seguir con la medicina tradicional que es lo mejor [50].

La búsqueda por recuperar y revalorizar sus saberes y formas ancestrales de atención de la salud se encuentra íntimamente ligada con los procesos de reafirmación identitaria y con las luchas que llevan a cabo las comunidades por el reconocimiento y el ejercicio de sus derechos colectivos como pueblo indígena. Las prácticas de la medicina ancestral/tradicional es uno de los espacios donde tienen posibilidad de poner en ejercicio parte de su cosmovisión y reafirmar su vínculo cultural con la *Pachamama*. De este modo, la revalorización de sus prácticas ancestrales forma parte de una lucha más amplia en defensa de su identidad y su territorialidad diaguita.

Son varios los estudios que destacan la desvalorización que suele existir desde los profesionales de la medicina hegemónica u oficial hacia el uso terapéutico de plantas medicinales [51], a lo que se suma la descalificación hacia las explicaciones y causalidades de origen mágico, sobrenatural y/o místico, propias de las cosmovisiones indígenas y la medicina popular. En algunos casos dicha descalificación se manifiesta en forma persecutoria e, incluso, represiva hacia quienes practican la medicina tradicional. Esto puede verse en las comunidades diaguitas donde se han designado agentes sanitarios y enfermeros comuneros, pero se les ha prohibido poner en práctica sus modos tradicionales de sanar y atender los padecimientos y la salud. De allí su necesidad por revalorizar y recuperar sus saberes y prácticas tradicionales de sanación, como parte, a su vez, de su lucha por el reconocimiento, no sólo cultural sino también político como pueblo.

En ese punto la interculturalidad aplicada a la salud no sólo implica el respeto a la identidad cultural, la cosmovisión y las formas propias de atención de la salud, sino también la comprensión de las relaciones de colonialidad y las inequidades que afectan a la atención de la salud de los pueblos indígenas. Como señala Cuyul

cualquier propuesta debe tender a la defensa de la salud y la vida atendiendo su determinación socio-histórica y cultural; centrada en promover la salud por medio de la práctica reflexiva y estratégica que genere una gestión democrática o co-gestión en salud más allá de la administración de la cura [52].

La referencia a un enfoque intercultural en salud es utilizada para justificar las acciones gubernamentales hacia los pueblos indígenas, pero su implementación suele reducirse a políticas retóricas que tienden a silenciar las relaciones históricas de subordinación económica y política [53].

A modo de reflexión final

En nuestro país existe un notorio desconocimiento sobre las concepciones y las problemáticas en torno a la salud y la enfermedad que tienen los pueblos indígenas. De ahí la necesidad de investigaciones que puedan contribuir a enriquecer nuestro conocimiento para la implementación de acciones interculturales que repercutan efectivamente en una mejora de la dignidad de los pueblos, respetando su propia visión del mundo en las mismas condiciones que el resto de la población del país.

En el caso de las comunidades diaguitas de la provincia de Catamarca encontramos que enfrentan profundas dificultades para el acceso a la salud pública. Estas dificultades radican en razones de diverso tipo: geográficas, debido a que se encuentran asentadas a varios kilómetros de distancia de los centros asistenciales por caminos de montaña de difícil acceso; económicas, por el costo que implica trasladarse hasta los centros de salud en las ciudades o centros urbanos más cercanos; administrativas, dado que los turnos en los hospitales deben gestionarse en horarios específicos y de modos que son ciertamente dificultosos para la población que vive en los cerros; culturales o simbólicas, siendo el desconocimiento y la desvalorización cultural hacia sus prácticas de curación y cuidado tradicionales uno de los principales problemas identificados. Asimismo, se identificaron insuficiencias y falencias en la implementación de programas de salud por parte del Estado, entre las cuales se destacan la falta de profesionales y trabajadores de la salud en el territorio; la falta de recursos para la prevención y atención; así como de herramientas de trabajo e infraestructura adecuada

Encontramos que a pesar de las reiteradas “prohibiciones” y persecuciones hacia la medicina tradicional, desde las comunidades persiste y resiste un amplio repertorio de saberes y prácticas terapéuticas que son utilizadas y valoradas tanto por “médicos campesinos” como por las familias comuneras en su autoatención. Identificamos que dichas prácticas y estrategias actualmente se manifiestan en forma de re-existencia, en tanto son parte de los procesos de defensa y reconocimiento étnico territorial que las comunidades actualmente atraviesan.

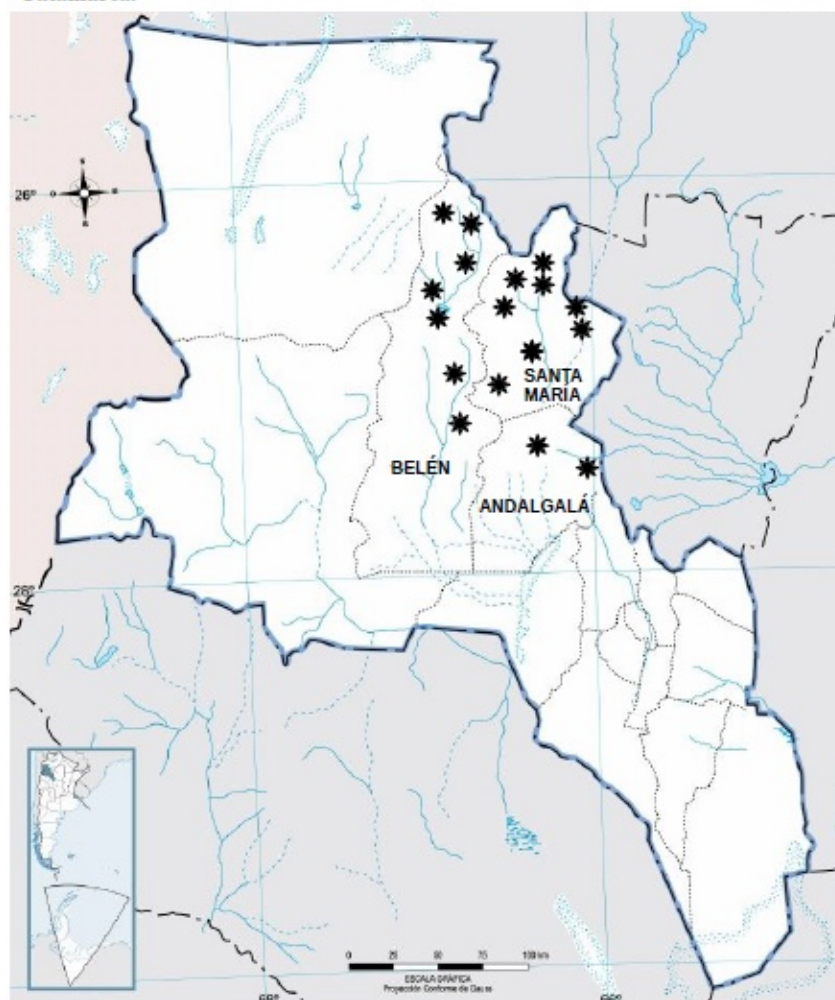
Respecto a las políticas de salud implementadas en el territorio, encontramos que la incorporación de comuneros/as indígenas como agentes sanitarios o enfermeros de APS ha sido un paso en dirección a acercar y mejorar la relación entre las comunidades diaguitas y el sistema de salud oficial; lo cual en general es percibido por las autoridades comunitarias y comuneros/as como un logro y como algo positivo. Sin embargo, dicha inclusión y política de salud hacia las comunidades no ha respondido a una mirada propiamente intercultural; por el contrario, las exigencias, el plan de trabajo, así como las metas propuestas a los agentes sanitarios que trabajan en territorio diaguita resultan ser las mismas que para el resto de los agentes sanitarios de la provincia.

Entendemos que para la puesta en práctica de una política de salud propiamente intercultural se hace preciso, por un lado, problematizar la matriz monocultural de los servicios de salud y del modelo médico

hegemónico. Por otro lado, es necesario promover la participación de los pueblos originarios, ya no de manera utilitaria ni tampoco tutelar, sino mediante políticas de salud de las que puedan ser parte desde su co-gestión; su formulación, diseño, ejecución y definición territorial de acuerdo a sus propias dinámicas y cosmovisiones, poniendo en cuestión los procesos de racialización, inferiorización y subalternización de los que son objeto. Del mismo modo, resulta fundamental comprender las prácticas y estrategias desplegadas en torno a la salud en forma situada, contemplando el vínculo con el territorio y los procesos de territorialización que las mismas involucran.

Asimismo, es preciso que desde las políticas públicas de salud se generen acciones que respeten las medicinas populares-tradicionales-ancestrales que desarrollan las comunidades, partiendo de la existencia de múltiples modos de vivir y comprender la salud en los diversos territorios, al tiempo que se conjuguen procesos de sistematización e intercambio de saberes a nivel local y nacional, abriendo espacios donde sea posible la articulación y complementación de saberes de los distintos paradigmas en tensión, el de la medicina popular-tradicional-ancestral y la biomedicina. Para esto es necesario que podamos enriquecer los debates en torno a la implementación de políticas interculturales en el ámbito de la salud para, desde y con las comunidades indígenas en Argentina. De ese modo podremos contar con aquellas voces y experiencias que por siglos han sido colonizadas, silenciadas, oprimidas, negadas; intentando evitar que la diferencia se convierta una vez más en desigualdad.

Mapa 1. Ubicación geográfica de las comunidades diaguitas de la provincia de Catamarca.



Fuente: Elaboración propia.

Mapa 1

Ubicación geográfica de las comunidades diaguitas de la provincia de Catamarca

Fuente: Elaboración propia

Agradecimientos

Brindo un especial agradecimiento a las comuneras y comuneros, autoridades comunitarias, médicos/as campesinos/as, enfermeros/as y agentes sanitarios de las comunidades diaguitas de Catamarca, que han permitido el desarrollo de la presente investigación, así como a los técnicos territoriales que han contribuido en su realización.

Notas

[1]Fernández Juárez, Gerardo (2006), Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural, Quito, Abya Yala, Bolhispania, UCLM.

[2]Menéndez, Eduardo Luis (2006), “Interculturalidad, “diferencias” y Antropología “at home”: algunas cuestiones metodológicas”, en Fernández Juárez, Gerardo (ed.),

Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural, Quito, Abya Yala, Bolhispania, UCLM, pp. 51-66.

[3]Michaux Jacqueline (2006), “Hacia un sistema intercultural de salud en Bolivia: de la tolerancia a la necesidad sentida”, Fernández Juárez, Gerardo (Ed.), Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural, Quito, Abya Yala, Bolhispania, UCLM, pp. 107-128.

[4]Menéndez, Eduardo Luis, 2006, Ob. Cit.

[5]Pérez Camila, Sepúlveda; Denisse, Cova Félix; y Nazar, Gabriela (2020), “Salud intercultural desde la visión de las comunidades mapuche de Cañete y Tirúa”, Ciencias de la salud, vol. 18, n° 1, p.154.

[6]Campos Navarro, Roberto; Peña Sánchez Edith Yesenia; y Maya, Alfredo Paulo (2017), “Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016)”, Salud Colectiva, vol. 13, n° 3, p. 452.

[7]Ver Comes Yamila et al. (2006), “El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios”, Anuario de investigaciones, vol.14, pp. 201-209.

[8]Porto Gonçalves Carlos Walter (2006), “A Reinvenção dos Territórios: a experiência latinoamericana e caribenha”, en Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO.

[9]Perdiguerro Enrique (2006), “Una reflexión sobre el pluralismo médico”, en Fernández Juárez, Gerardo (ed.), Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural, Quito, Abya Yala, Bolhispania, UCLM, pp. 33-50.

[10]Santos, Boaventura de Sousa (2006), Renovar la teoría crítica y reinventar la emancipación social: encuentros en Buenos Aires, Buenos Aires, CLACSO, p. 23.

[11]El proyecto de investigación se denominó “Salud e interculturalidad. Prácticas y saberes médicos tradicionales del pueblo diaguita del valle de Yokavil y la puna catamarqueña y su relación con el sistema de salud pública” y contó con el apoyo de una Beca Salud Investiga “Dr. Abraam Sonis” (2017) otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Dirección de Investigación para la Salud.

[12]Guerrero Arias, Patricio (2010), Corazonar, Una antropología comprometida con la vida, Quito Abya Yala. Long, Norman y Long, Ann (1992), Battlefields of knowledge: The interlocking of theory and practice in social research and development, Londres, Routledge. Guber Rosana (1991), El salvaje metropolitano. Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo, Buenos Aires. Paidós. Kornblit, Ana Lía (2004), Metodologías cualitativas en ciencias sociales: Modelos y procedimientos de análisis, Buenos Aires, Editorial Biblos.

[13]Geertz Clifford (1993), La interpretación de las culturas, Barcelona, Gedisa.

[14]Bengoa José (2000), La emergencia indígena en América Latina, Santiago de Chile, Fondo de Cultura Económica.

[15]Entrevista a técnico territorial de la Unión de Pueblos de la Nación Diaguita de Catamarca, realizada en 2018.

[16]Para una lectura más detallada sobre las políticas de APS en territorios indígenas ver Hirsch Silvia María y Lorenzetti Mariana (2016), Salud pública y pueblos indígenas en la Argentina: encuentros, tensiones e interculturalidad, San Martín, Buenos Aires, UNSAM edita.

- [17]Magnífico Daniel; Pappalardo Roberto; López, María Soledad, “Interculturalidad y Salud, capacitación en servicio para trabajadores en la salud en el primer nivel de atención”, Ministerio de Salud, Presidencia de la nación. [en línea] https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/0000000945cnt-Interculturalidad_y_Salud_17.pdf [Consulta: 31 de agosto del 2018].
- [18]Entrevista a agente sanitario de la Comunidad Aguas Calientes realizada en 2017.
- [19]Resultados similares se encuentran en el estudio Martínez, Bárbara (2016), “Factores asociados con el proceso de salud y enfermedad en San Antonio (Catamarca, Argentina): Un enfoque antropológico”, Salud Uninorte, vol. 32, n° 3, pp. 411-418.
- [20]Entrevista a comunera de la Comunidad La Hoyada realizada en 2017.
- [21]Pérez de Nucci, Armando (1990), “Medicina tradicional del noroeste argentino: «enfermedad del susto» y «ojeadura»”, Asclepio, vol. 42, n° 1, pp. 311-333. Idoyaga Molina, Anatilde y Sarudiansky, Mercedes (2011), “Las medicinas tradicionales en el noroeste argentino: Reflexiones sobre tradiciones académicas, saberes populares, terapias rituales y fragmentos de creencias indígenas”, Revista Argumentos, vol. 24, n° 66, pp. 315-335.
- [22]Entrevista a agente sanitario de la Comunidad Carachi realizada en 2017.
- [23]Entrevista a enfermero de la Comunidad La Hoyada realizada en 2018.
- [24]Entrevista a comunera de La Hoyada realizada en 2018.
- [25]Entrevista a enfermero de la Comunidad Aguas Calientes realizada en 2017.
- [26]Entrevista a agente sanitario de la Comunidad de Carachi.
- [27]Entrevista a enfermero de la Comunidad Aguas Calientes.
- [28]Menéndez, Eduardo (2002), La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo, Barcelona, Ediciones Bellaterra, p. 14.
- [29]Porto Gonçalves, Carlos Walter (2006), “A Reinvenção dos Territórios: a experiência latinoamericana e caribenha”, en Los desafíos de las emancipaciones en un contexto militarizado, Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO, p. 165.
- [30]Porto Gonçalves Carlos Walter (2001), Geo-grafías: Movimientos sociales, nuevas territorialidades y sustentabilidad, México DF, Siglo XXI.
- [31]Molina Jaramillo, Astrid (2018), “Territorio, lugares y salud: redimensionar lo espacial en salud pública”, Cadernos de Saúde Pública, n° 34, p. 8.
- [32]Fernández Juárez, Gerardo (2006), Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural, Quito, Abya Yala, Bolhispania, UCLM. Marcus, Adriana (2007), Germinación del camino, Zapala, Ediciones de la Bruja. Riat, Patricia y Pochettino, María Lelia (2015), “Los remedios del monte: vigencia del conocimiento fitoterapéutico local en Los Jurés (Santiago del Estero, Argentina)”, Boletín Latinoamericano y del Caribe de Plantas Medicinales y Aromáticas, vol. 14, n° 2, pp. 67-82.
- [33]Michaux Jacqueline, 2006, Ob. Cit. Ramírez Hita, Susana (2006), “La interculturalidad sin todos sus agentes sociales: el problema de la salud Intercultural en Bolivia”, en Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural, Quito, Abya-Yala, Bolhispania, UCLM.
- [34]Fernández Juárez, Gerardo, 2006, Ob. Cit.

- [35] Aizenberg, Lila (2013), "Salud indígena: una reflexión crítica y miradas alternativas a la perspectiva intercultural", *Astrolabio*, n° 11, pp. 364-385.
- [36] Cuyul Soto, Andres (2013), "La política de salud chilena y el pueblo Mapuche. Entre el multiculturalismo y la autonomía mapuche en salud", *Salud Problema*, n° 14, pp. 21-33.
- [37] Pérez De Nucci, Armando (2005), *La medicina tradicional del noroeste argentino: historia y presente*, Buenos Aires, Ediciones Del Sol.
- [38] Pérez De Nucci, Armando, 2005, Ob. Cit., p.14.
- [39] Magnífico, Daniel; Pappalardo, Roberto; López, María Soledad, 2012, Ob. Cit., p. 66.
- [40] Molina Jaramillo, Astrid, 2018, Ob. Cit., p. 9.
- [41] Machado Aráoz, Horacio (2009), "Minería transnacional, conflictos socioterritoriales y nuevas dinámicas expropiatorias. El caso de Minera Alumbrera", en Svampa, Maristella y Antonelli, Mirta (eds.), *Minería transnacional, narrativas del desarrollo y resistencias sociales*, Buenos Aires, Editorial Biblos, pp. 205-228.
- [42] Cuyul Soto, Andrés, 2013, Ob. Cit.
- [43] Cuyul Soto, Andrés, 2013, Ob. Cit., p. 23.
- [44] Ver Martínez, María Rosa, y Pochettino, María Lelia, (2004), "Análisis de los recursos terapéuticos utilizados en el valle calchaquí", *Relaciones de la Sociedad Argentina de Antropología*, tomo 29, pp. 163-182.
- [45] Marcus Adriana, 2007, Ob. Cit. Cuyul Soto, Andres, 2013, Ob. Cit.
- [46] Riat, Patricia y Pochettino, María Leila, 2015, Ob. Cit.
- [47] Pérez De Nucci, Armando, 2005, Ob. Cit., p. 41.
- [48] Bengoa, José (2000), *La emergencia indígena en América Latina*, Santiago de Chile, Fondo de Cultura Económica.
- [49] Porto Gonçalves Carlos Walter (2006), "A Reinvenção dos Territórios: a experiência latino-americana e caribenha", en *Salud e interculturalidad en América Latina: antropología de la salud y crítica intercultural*, Quito, Abya-Yala, Bolhispania, UCLM.
- [50] Entrevista a delegada de base de la Comunidad La Hoyada realizada en 2018.
- [51] Idoyaga Molina, Anatilde (1999), "La selección y combinación de medicinas entre la población campesina de san Juan (Argentina)", *Scripta Ethnologica*, vol. XXI, pp. 7-33.
- [52] Cuyul Soto Andrés, 2013, Ob. Cit., p.31.
- [53] Maya, Alfredo Paulo, y Cruz Sánchez, Martha (2018), "De eso que se ha llamado interculturalidad en salud: un enfoque reflexivo", *Revista de la Universidad Industrial de Santander*, vol. 50, n° 4, pp. 366-84.