

# Intervenciones sanitarias en poblaciones mapuche de San Martín de los Andes, provincia de Neuquén, Patagonia Argentina

*Health interventions in the mapuche population of San Martín de los Andes, Neuquén Province, Patagonia Region, Argentina*

PAULA V. ESTRELLA\*

Universidad Nacional de José C. Paz

**RESUMEN.** En el año 1963, con la asunción al gobierno local del Movimiento Popular Neuquino (MPN) liderado por Felipe Sapag, se inicia un proceso de desarrollo de políticas públicas tendientes a reforzar y consolidar el Estado provincial. La Salud Pública constituye, por el alcance de sus logros a corto y mediano plazo, una de las políticas más valoradas y reconocidas nacional e internacionalmente. El presente trabajo tiene como objetivo describir y analizar las prácticas sanitarias locales destinadas a poblaciones mapuche, destacando a la comunidad mapuche Payla Menuko de San Martín de los Andes. El rápido descenso de la mortalidad infantil y de enfermedades endémicas legitimó intervenciones sanitarias que colaboraron con el control de las poblaciones originarias y acompañaron políticas de sometimiento. A partir de la observación del hacer de los agentes sanitarios y sus vínculos con las poblaciones mapuche, describo y analizo los acuerdos, negociaciones, desacuerdos y tensiones que se producen en sus relaciones para finalmente realizar una serie de consideraciones sobre el hacer de la Salud Pública frente a la diversidad sociocultural.

**PALABRAS CLAVE:** salud pública; pueblo mapuche; intervenciones sanitarias; políticas de sometimiento

**ABSTRACT.** In 1963, Felipe Sapag, leader of the Movimiento Popular Neuquino (MPN), took office and initiate, along with his party, a process of public policies improvement in order to reinforce and consolidate the provincial State. Public health policies constitute one of the most valuable and recognised policies, due to its short-term and medium-term achievements. The objective of the present work is to describe and analyse the local sanitary practices destined to mapuche settlements, especially the mapuche community of Payla Menuko in San Martín de los Andes. The quick drop in infant mortality and endemic diseases legitimized sanitary interventions that collaborated with control of the native populations and accompanied politics of subjugation. From the observation of the health workers' performance and their bonds with mapuche populations, I describe and analyse the memories, negotiations, disagreements and tensions of their relationships in order to make certain considerations about Public Health field of action facing socio-cultural diversity.

**KEY WORDS:** public health; mapuche people; sanitary interventions; politics of subjugation

---

\* Lic. en Antropología (FCNyM - UNLPBA), Mag. en Antropología Social (IDES/IDAES- UNSAM) y Dra. en Antropología (UBA). Coordinadora de la Carrera de Lic. en Enfermería (UNPAZ). Docente- investigadora del IESCODE- UNPAZ/ IDES/ ISALUDA). E-mail: pvestrella@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-9137-9332>

## Introducción

San Martín de los Andes (SMA) es la ciudad cabecera del departamento Lácar, ubicado al suroeste de la provincia de Neuquén, Argentina (Imagen 1). Está emplazada en un valle sobre la costa del lago Lácar, a una altura de 640 m.s.n.m. Constituye la ciudad turística más importante de la provincia. Se encuentra a 1575 km aproximadamente de la capital del país, Buenos Aires, a 432 km de la capital neuquina y a 261 km de la ciudad de Bariloche (ciudad más poblada de los Andes Patagónicos) con la que compone el corredor de los lagos (que abarca parte de las provincias de Neuquén, Río Negro y Chubut, en el noroeste de la Patagonia Argentina, y las Regiones IX y X de Chile). Esta localidad comparte con otras cercanas (Villa La Angostura y Bariloche) un perfil “alpino” que fue construido desde diversas instituciones estatales.<sup>1</sup> La imagen más difundida de la ciudad es la de “una aldea ecológica de montaña con un centro de esquí internacional” (Balazote y Radovich, 2009: 34). En ella, por un lado, se invisibiliza la presencia de pueblos originarios en el espacio urbano y por otro, los mismos aparecen como parte de la naturaleza circundante (Balazote y Radovich, 2009) formando parte del marketing turístico rural. Los paquetes turísticos incluyen excursiones a las comunidades mapuche rurales, como una oferta de actividad más a la venta, enfatizando las cualidades de los *nativos* relacionadas con la cercanía y el contacto con la naturaleza, los animales y el paisaje. Resultan llamativas las fotos en las que aparecen retratadas algunas comunidades originarias locales como objetos de “exploración, descubrimiento y conquista” (Balazote y Radovich, 2009: 36).



Imagen 1. Ubicación de San Martín de los Andes en la provincia de Neuquén.

En este trabajo considero las intervenciones sanitarias en San Martín de los Andes como parte del desarrollo de políticas públicas que favorecieron el establecimiento de una imagen de ciudad “alpina” o aldea de montaña, en la que la existencia de la población indígena sobreviviente a la denominada Campaña del Desierto fue solapada. A su vez, considero la Salud Pública como política que posibilitó y posibilita controlar la población indígena mediante diversos dispositivos, mecanismos y estrategias. Relaciono, asimismo, el desarrollo inicial de dicha política con el proceso de construcción de la ciudadanía provincial local a través de sus protocolos

<sup>1</sup> Este proceso fue analizado y descrito por diversos autores para diversas localidades de la Patagonia (Bariloche, Villa La Angostura y SMA): Balazote y Radovich (2009), Valverde y García (2007), Valverde (2010), entre otros.

aplicados indiferenciadamente a todos los habitantes por igual, solapando las desigualdades sociales y las diferencias socio-culturales. En primer lugar, describo el proceso de conformación de la ciudad de SMA en relación al espacio que han ocupado y ocupan las comunidades mapuche cercanas a ella. Dicho proceso local es parte de un desarrollo provincial que a mediados de los años 1960 se acelera y vehiculiza a través de políticas de bienestar. Por ello, en segundo lugar, destaco la Salud Pública como una de las políticas que tuvo mayores avances y visibilización, modificando con sus modos de hacer provincial y local, las prácticas de las poblaciones mapuche a lo largo del tiempo. En tercer lugar, observo las intervenciones sanitarias a través de las prácticas de los agentes sanitarios en la comunidad mapuche “Payla Menuko”, mediante el acompañamiento a las visitas domiciliares locales y conversaciones con pobladores mapuche del paraje. Por último, describo y analizo los acuerdos, negociaciones, desacuerdos, resistencias y tensiones que se producen como consecuencia de las acciones de los agentes sanitarios en la comunidad Payla Menuko.

Para llevar a cabo este trabajo utilicé diversas fuentes secundarias articulándolas con el método etnográfico, basado en la observación participante y entrevistas abiertas.<sup>2</sup> En total realicé 27 entrevistas abiertas en las que pude indagar la dimensión subjetiva relacionada con los saberes y las prácticas de salud de agentes sanitarios y de las familias de la comunidad. El enfoque etnográfico, en tanto acercamiento y proximidad únicos a los sujetos, me permitió dar cuenta de que el mundo social se reproduce a partir de situaciones de interacción donde los actores, lejos de ser meros reproductores de leyes preestablecidas que operan en todo tiempo y lugar, son activos ejecutores y productores de la sociedad a la que pertenecen. El compartir cotidianidad posibilitó que las acciones, los gestos y las palabras, adquiriesen significados situados, siendo el/la antropólogo/a el instrumento de investigación. Como señala Peirano (Guber, 2011), el conocimiento se revela no “al” investigador, sino “en” el investigador, quien debe comparecer en el campo, para reaprenderse y reaprender el mundo desde otra perspectiva. En este sentido, a partir de la observación participante en la vida cotidiana y los imponderables de la vida real (Malinowski, 1973) pude realizar un abordaje cualitativo que me permitió recuperar la perspectiva de los sujetos involucrados.

## **San Martín de los Andes y el lugar de las comunidades mapuche**

La ciudad de San Martín de los Andes (SMA) es la más importante de la provincia a nivel turístico. Esto se debe a su paisaje asociado a la aldea de montaña, con arquitectura alpina y una pista de esquí internacional emplazada en el cerro Chapelco, próximo a la ciudad. Si bien la ciudad presenta dichas características, las mismas fueron resaltadas como parte de un proceso histórico de negación e invisibilización de la presencia originaria de poblaciones mapuche en la región. Este proceso se inicia en 1883 cuando llegan por primera vez tropas del Ejército Argentino a lo que hoy se conoce con el nombre de Vega Maipú (a 7/10 km del casco histórico de SMA). Veinte años

<sup>2</sup> El trabajo de campo se realizó en el marco de mi tesis de maestría “Visitas, mates y reconocimiento: cuando la promoción de la salud no tiene precio. El caso de los agentes sanitarios de San Martín de los Andes” (Maestría en Antropología Social, IDES-IDAES, defendida en diciembre de 2012) y en el marco del trabajo de campo para mi tesis doctoral “La Salud Pública en Territorio Mapuche. Relaciones interculturales, estrategias etnopolíticas, y disputas en torno a las políticas de reconocimiento en la Comunidad Payla Menuko, San Martín de los Andes, Pcia. de Neuquén” (Doctorado en Antropología, FFyL-UBA; defendido en agosto de 2017). Las estancias de trabajo de campo comenzaron en el año 2009 y continuaron en 2010. Durante ese período acompañé a los agentes sanitarios en sus prácticas cotidianas laborales y no laborales. Participé de las visitas domiciliares en el área rural y periurbana. Durante 2012 y 2013 trabajé con los agentes sanitarios y con las familias y referentes mapuche. La estancia de campo más prolongada fue de seis meses co-residiendo en la Comunidad Payla Menuko. Posteriormente continué la comunicación con algunos agentes sanitarios, familias y referentes de la comunidad a través de llamadas telefónicas (hasta la actualidad) y viajes de estadía breve en 2015 y 2018. Cabe aclarar que para este trabajo utilicé como insumo parte del material elaborado en ambas tesis, proceso analizado y descrito por diversos autores para diversas localidades de la Patagonia (Bariloche, Villa La Angostura y SMA): Balazote y Radovich (2009), Valverde y García (2007), Valverde (2010), entre otros.

después de la denominada Conquista del Desierto y en cumplimiento de instrucciones militares emanadas de la División los Andes, comandada entonces por el Gral. Rudecindo Roca (hermano de Julio Argentino Roca), se funda SMA el 4 de febrero de 1898 a 40 km al SO del Fuerte Junín, en la cabecera oriental del lago Lácar. La ciudad se establece como destacamento militar. Las poblaciones originarias fueron confinadas y reducidas a sectores rurales determinados. Los primeros documentos que reconocen sus terrenos a la comunidad Curruwinca, datan del año 1882, oportunidad en que el Estado argentino otorgó titulación al lonko Bartolomé Curruwinca. Originalmente la comunidad mantenía una superficie de unas 30.000 a 35.000 hectáreas, incluidos los terrenos donde actualmente está la ciudad de SMA.<sup>3</sup> El espacio territorial que ocuparon incluyó los parajes rurales de Pil Pil, Trompul Bandurrias, Quila Quina y Payla Menuko. La historia de desplazamientos forzados era mencionada por diversas autoridades de las comunidades mapuche. En sus testimonios frecuentemente hacían referencia al corrimiento impuesto a zonas periurbanas y rurales. El kona<sup>4</sup> Raul<sup>5</sup> expresó que antes de la campaña militar de Roca: *“las familias de la comunidad vivían a orillas del Lácar y las corrieron a la vega, después más para adentro a parajes rurales, Pil Pil, Quila Quina... por eso estamos lejos del centro...”*.

La distribución espacial y el paisaje urbano local fueron condicionados a fines del siglo XIX por la llegada a la ciudad de inmigrantes sirio-libaneses que establecieron los primeros comercios locales. También arribaron holandeses que realizaron explotación maderera, y la agricultura y ganadería fueron desarrolladas por suizos, franceses, italianos, alemanes y otros europeos. Estos grupos serán conocidos como los “pioneros”,<sup>6</sup> “los primeros pobladores (blancos europeos y sus descendientes), quienes supieron imponerse a las adversidades que planteaba la ocupación de un medio tan alejado de los “centros civilizados” (Balazote y Radovich, 2009: 34). La sobredimensionalización de la presencia de migrantes europeos simbolizados como los pioneros (Trentini et al., 2010) se contrapone a la pre-existencia en el territorio del pueblo mapuche, que ha sido minimizada y solapada.<sup>7</sup> En la comunidad, las personas de mayor edad expresaban que si bien no existía una ordenanza o estatuto que les prohibiera concurrir a la ciudad, no solían ir frecuentemente, sólo concurrían cuando era imprescindible. Verónica, referente mapuche de 40 años que participa en Parques en el área de co-manejo, refirió a esta cuestión: *“los abuelitos no nos enseñaron mapuzungun porque estaba prohibido hablar nuestra lengua y no querían que nos discriminaran. Tampoco nos dejaban ir al pueblo solos, preferían que nos quedáramos acá... nos llevó mucho tiempo reconocernos, reivindicar nuestra cultura, nuestra lengua, nuestro territorio, luchar por el reconocimiento de nuestros derechos como pueblo mapuche... que nos vean, que estemos, que existimos... se inventó lo de los pioneros como que fueron los primeros acá pero no fue así...”*.

El aumento demográfico<sup>8</sup> producto de las migraciones denominadas “pioneras” estuvo acompañado de una mayor presencia del Estado que se efectivizó a través de diversas instituciones, como el Parque Nacional Lanín creado en 1937. Si bien su doctrina oficial se sustenta en la protección, cuidado y preservación de la naturaleza “por detrás de esa racionalidad proteccionista

<sup>3</sup> Extraído de: <http://www.mapuexpress.net/?act=publications&id=135> [consulta: 20/5/2013].

<sup>4</sup> Autoridad mapuche de Payla Menuko.

<sup>5</sup> Todos los nombres utilizados a lo largo del trabajo son ficticios para mantener el anonimato de los informantes y entrevistados.

<sup>6</sup> Tal como refiere Berón y Radovich (2007) “el ‘pioneerism’ es una constante en las representaciones históricas de la Patagonia. Una historia escencialista y cristalizada, que excluye frecuentemente en su discurso la presencia del pueblo mapuche en el territorio, especialmente bajo el supuesto argumento de su ‘aloctonía’ dado que, según diversos argumentos pseudocientíficos, su ‘origen chileno’ lo excluiría de una ‘auténtica autoctonía’ en territorio argentino” (Berón y Radovich 2007 en: Balazote y Radovich, 2009: 34).

<sup>7</sup> El proceso de legitimación de los “pioneros” como los “primeros pobladores” y extranjerización del pueblo mapuche como “chilenos” es abordado por Trentini et al. (2010).

<sup>8</sup> A principios de siglo XX la población era de 763 personas (1920), llegando a 2366 personas en 1947. Hubo entre 1920 y 1947 una variación intercensal de la población total de SMA del 210,1%. Dato extraído de Otero et al. (2009).

se ocultaron propósitos económicos, políticos y militares para la ocupación y control efectivo de territorios considerados estratégicos desde el punto de vista geopolítico" (Díaz, 2002: 2). El rol represor ejercido por "Parques" permanece en la memoria de las comunidades como un recuerdo indeleble.<sup>9</sup> Joaquín, autoridad mapuche local, relató acerca del hacer que los guardaparques "*en los años setenta te agarraban y te pegaban por indio... muchos nos fuimos a trabajar a la hidroeléctrica porque acá no había trabajo y nos trataban mal ... después volvimos y ya no te pegaban pero nunca tuvimos buena relación con parques, son la policía de la montaña les decimos...*". A diferencia de la estrategia coercitiva y represiva aplicada por Parques, las estrategias de la Salud Pública neuquina tendieron a normalizar y controlar a las comunidades mapuche de una manera más subrepticia. Las prácticas sanitarias fueron de acercamiento y los dispositivos de control y disciplinamiento fueron introducidos e inducidos lentamente mediante las visitas domiciliarias de agentes sanitarios, la visita médica mensual a las comunidades, la entrega de recursos e insumos como leche y semillas que, a su vez, favorecieron otro tipo de relación con las poblaciones mapuche. Estos mecanismos que el Estado desarrolló para controlar a la población, a cada persona, a cada cuerpo mediante dispositivos que regulan la natalidad, fecundidad, morbilidad y mortalidad, como la demografía, la epidemiología, la estadística, la planificación familiar y la Salud Pública, fueron estudiados por diversos autores, entre los que se destaca Foucault (1991). Los dispositivos descritos por Foucault permiten dimensionar los objetivos y finalidades de las políticas estatales de salud, así como también en el caso neuquino, el ocultamiento de las diferencias socio-culturales existentes en el territorio de SMA a través de ellos. A su vez, es posible establecer una relación entre el avance local de la Salud Pública con las políticas desarrollistas.<sup>10</sup> Algunos autores como Taranda et al. (2008) enfatizan que el sistema de salud tiene su origen en 1970, en el contexto de dictadura militar. Estos autores mencionan la *Doctrina de la Seguridad Nacional*<sup>11</sup> como elemento fundamental en la elaboración de proyectos desarrollistas en la Patagonia, que tenían como fin garantizar la soberanía nacional a través de fomentar el poblamiento de la región, para lo que era necesario dotarla de servicios, sobre todo a partir de los años 1970 a raíz de la circulación de hipótesis de conflicto con Chile.

## Las políticas de Salud Pública provincial y local

El sistema de salud de Neuquén adquirió renombre y prestigio en el ámbito de la Salud Pública nacional e internacional desde hace más de 40 años. El reconocimiento de los logros del Plan de Salud neuquino otorgado por los organismos internacionales de salud (OPS/OMS)<sup>12</sup> en la década de 1970, se fundamentó en la transformación positiva de los indicadores sanitarios en un corto

<sup>9</sup> En varias oportunidades pobladores mapuche hicieron referencia a los maltratos y discriminaciones ejercidos por el personal de Parques: "nos trataban mal", "nos querían echar", "no podíamos tocar una hoja, ni sacar madera", "nos prohibieron recolectar los piñones".

<sup>10</sup> Luego de la Segunda Guerra Mundial, y siguiendo la Teoría del desarrollo clásica que sostenía que los países iban avanzando a través de fases cada vez más evolucionadas de desarrollo económico, las Naciones Unidas impulsaron el desarrollo de los países no desarrollados mediante investigaciones de expertos y creación de la CEPAL (Comisión Económica para América Latina de las Naciones Unidas). En Latinoamérica existían circunstancias sociopolíticas que obstaculizaban el desarrollo y condicionaban la aplicación de los supuestos puramente económicos de las teorías clásicas. La CEPAL analizó las razones del sub-desarrollo en los países de América Latina que la llevaron a conclusiones autónomas sobre las causas del desarrollo y las medidas necesarias para impulsarlo. Estas teorías se llamaron desarrollismo. El desarrollismo fue puesto en marcha durante la gestión de Gobierno de Arturo Frondizi en Argentina (1958 - 1962). El programa nacional de desarrollo incluyó el autoabastecimiento de petróleo, carbón y acero y creó las industrias petroquímica y automotriz.

<sup>11</sup> La doctrina de Seguridad Nacional es un concepto utilizado para definir ciertas acciones de política exterior de Estados Unidos tendientes a que las fuerzas armadas de los países latinoamericanos modificaran su misión para dedicarse con exclusividad a garantizar el orden interno, con el fin de combatir aquellas ideologías, organizaciones o movimientos que, dentro de cada país, pudieran favorecer o apoyar al comunismo en el contexto de la Guerra Fría. Estas doctrinas se dieron en Uruguay, Argentina y Chile.

<sup>12</sup> Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.

plazo (Imagen 2), gracias a la organización del sistema de salud en zonas sanitarias y la jerarquización de los establecimientos según niveles de complejidad, acompañado del desarrollo de políticas de promoción de la salud. Este Plan de Salud, al igual que otras políticas estatales, no incorporó en sus preceptos a la población de los pueblos originarios, más bien colaboró en el proceso de su invisibilización. Un ejemplo ilustrativo es el hecho de que todos los datos estadísticos a los cuales se remiten para remarcar el éxito logrado en materia de salud no muestran ni nombran la existencia de poblaciones originarias. Los datos expresan una población homogénea que pudo mejorar su situación de salud deficitaria en un lapso de tiempo breve producto de la implementación de medidas enunciadas en el Plan, lo que se evidencia en la disminución de la tasa de mortalidad infantil y materna entre otros indicadores (Imagen 2). La Salud Pública junto a otras políticas desarrolladas en instituciones estatales (escuela, cárcel y Parques Nacionales, entre otras) aplicaron una serie de tecnologías (Foucault, 1976) para la homogenización poblacional so pretexto de garantizar los mismos derechos a todos los pobladores. En Neuquén se precisaba abordar sanitariamente un amplio territorio que había sido a fines de siglo XIX un campo de exterminio de poblaciones originarias, cuyos sobrevivientes quedaron marginados principalmente en sectores rurales. Desde el Estado provincial se impulsó el poblamiento de un territorio considerado “desierto”, mediante la oferta de beneficios y posibilidades de progreso brindadas por distintos niveles del Estado. Este proceso se aceleró a partir de la provincialización del territorio a mediados del siglo XX, particularmente con las políticas de bienestar llevadas a cabo por el MPN liderado por Felipe Sapag.<sup>13</sup> La presentación de Neuquén como un territorio deshabitado, inédito y fértil, apto para la elaboración del recetario desarrollista (Taranda et al., 2008), donde todo estaba por hacerse, constituyeron las bases que favorecieron el desarrollo del Plan de Salud.

Indicadores	1970	1980	1988
Población	154.570	243.850	359.221
Nacidos vivos	5.360	8.521	10.647
Tasa natalidad	34,7	34,9	29,6
Tasa mortalidad general	10,4	5,9	4,6
Tasa mortalidad infantil	108,4	32,6	21,9
Tasa mortalidad neonatal	43,3	18,5	14,2
Tasa mortalidad postneonatal	65,1	14,9	7,7
Tasa mortalidad materna	0,9	0,8	0,2
Tasa mortalidad 1 a 4 años	5,2	1,8	1,1

Fuente: O. Pellín, *ob cit.*; Gustavo Tosello, *Información Estadística Año 1988 y Primer semestre 1988/1989*, Dirección General de Información y Control, Ministerio de Salud Pública.

Imagen 2. Algunos logros del Plan de Salud neuquino (Fuente: Taranda et al., 2008).

El Plan propuso reorganizar la asistencia médica. El sistema se estructuró en tres niveles: central, zonal y local, basándose en el principio de regionalización de las prestaciones. Esto implicó la delimitación de cuatro zonas sanitarias<sup>14</sup> para cubrir el territorio provincial. Se ordenaron las instituciones sanitarias (efectores) por niveles de complejidad crecientes, con la asignación de “áreas programáticas” (dependientes de una Zona Sanitaria) a cada una de ellas. Además se am-

<sup>13</sup> El liderazgo de Sapag comienza con la fundación del MPN debido a la proscripción del peronismo en 1961. Éste asumió su primer mandato como gobernador en 1963 y fue quien acompañó, avaló y financió las políticas públicas de desarrollo social de la provincia.

<sup>14</sup> Posteriormente, debido al crecimiento en centros urbanos, la zona I se dividió en I “a”, I “b” y actualmente, la zona I “b” es la zona V.

pliaron y crearon hospitales y se establecieron “Consultorios Periféricos” periurbanos y “Puestos Sanitarios” en zonas rurales.<sup>15</sup>

En el transcurso de los años 1980, el sistema público de salud se afianzó gracias a los resultados obtenidos a través del conjunto de medidas definidas en el Plan de Salud.

Como puede observarse en la Imagen 2, la tasa de mortalidad general, que en 1970 era 10,4‰ habitantes, en 1980 se redujo a 5,4‰ habitantes. La tasa de mortalidad infantil (un importante valor como indicador sanitario multicausal) constituía en ese entonces uno de los peores indicadores del país: tenía un valor de 108,4‰ habitantes en el inicio del Plan de Salud (108 muertes en menores de un año, por cada 1000 nacidos vivos). Sin embargo, tuvo un marcado descenso en los primeros años del Plan, a 32,6‰ habitantes y continuó descendiendo en las dos décadas siguientes.

Luego de tres décadas de intervención estatal en el sector salud, el Estado retrocede y comienzan las medidas neoliberales. Esta situación fue propiciada por el gobierno de Jorge Sobisch (entre 1991 y 1995), en el que se realizaron inversiones en el sector de salud privado en detrimento del sector público. Desde 1995 hasta 1999, Felipe Sapag volvió a gobernar la provincia, produciéndose en 1997 una profundización de la crisis socio-económica provincial debido a las consecuencias de la privatización de YPF.<sup>16</sup> En 1999 y hasta 2007 vuelve Sobisch a la gobernanza. En salud, promueve que el Estado financie al sector privado no sólo a través de préstamos, créditos y subsidios, sino que además terciariza servicios (limpieza, alimentación, clínicas, laboratorios, diagnóstico por imágenes, etc.). Todo aquello que era redituable pasó al sector privado y lo no redituable, como los servicios de promoción y prevención de la salud, quedaron en el sector público (Taranda et al., 2008).

En paralelo al avance neoliberal, se da también un proceso de crecimiento de organizaciones y agrupaciones que nuclean las demandas por el reconocimiento de derechos del pueblo mapuche. Como parte de ello, comienza una búsqueda y revalorización de la medicina mapuche.<sup>17</sup> Es decir que, en el momento en el que la Salud Pública provincial sufre ajustes, en determinados sectores comienza a tomar relevancia la medicina mapuche.

## Las prácticas de los agentes sanitarios en Payla Menuko

Los agentes sanitarios dependen del Hospital Ramón Carrillo, cabecera de la Zona Sanitaria IV. Inaugurado en 1973 en SMA, se ocupa de la atención de la población local y derivada de otros departamentos de la zona IV<sup>18</sup> y mediante el Área Programa cubre todo el departamento Lácar. El Área Programa posee siete centros de salud (de atención primaria) ubicados en barrios periurbanos, dos puestos sanitarios y postas en parajes rurales donde se realiza la atención médica rural mensual. Cada efector de salud (postas y puestos sanitarios, centros de salud y hospital) tiene un espacio territorial de cobertura y responsabilidad y un nivel de complejidad.<sup>19</sup> El equipo de agentes sanitarios estaba constituido hasta el año 2013 por siete personas que presentaban distinta antigüedad laboral. Los dos de mayor edad, Ricardo y Federico, comenzaron desde su constitución

<sup>15</sup> Extraído de: “Sistema de salud de la provincia de Neuquén”. Disponible en: [www.salud.neuquen.gov.ar](http://www.salud.neuquen.gov.ar) [consulta: 6-1-2010].

<sup>16</sup> Yacimientos Petrolíferos Fiscales.

<sup>17</sup> En 2006, las comunidades mapuche de toda la provincia se movilizaron para demandar que el reconocimiento de la pre-existencia de los pueblos originarios y sus derechos, enunciados como tales en la Constitución Nacional de 1994, se incluyeran en la Constitución Provincial. Luego de varios enfrentamientos entre las fuerzas de seguridad provincial y nacional y organizaciones mapuche, se logró que en el artículo N° 53 de la Constitución Provincial se incorporaron algunas de sus demandas.

<sup>18</sup> Zona Sanitaria IV, asentada en San Martín de los Andes, atiende el sector sur, con cuatro establecimientos: San Martín de los Andes, Junín de los Andes, Villa la Angostura y Las Coloradas ([http://www.saludneuquen.gob.ar/index.php?option=com\\_content&view=article&id=81&Itemid=198](http://www.saludneuquen.gob.ar/index.php?option=com_content&view=article&id=81&Itemid=198)).

<sup>19</sup> El nivel primario corresponde servicios de prevención y promoción, con prácticas asistenciales básicas (enfermería, clínica, ginecología, etc); el nivel secundario corresponde a los servicios de tratamiento e internación hospitalaria y el terciario a servicios de mayor complejidad en hospitales monovalentes (especializados).

a fines de los años setenta. Tres de los agentes, Rodolfo, Ana y María, tenían más de diez años de ejercicio y las dos agentes restantes, Soledad y Valeria, poseían menos de cinco años en el cargo.

La atención de salud de las comunidades mapuche está cubierta por el Área Programa a través del Programa de Salud Rural. Los encargados del mismo son un médico, un odontólogo y un agente sanitario que realizan en equipo la visita médica mensual. Sin embargo, la salud de las poblaciones mapuche es responsabilidad en mayor grado de dos de los siete agentes sanitarios (los más antiguos), que se dividen la cantidad de familias según el paraje. Su tarea según la normativa que los rige es visitar cada familia al menos dos veces por año. Hasta el año 2013, dos agentes sanitarios se repartieron el área rural (ocupada por las comunidades mapuche y pobladores criollos y chilenos), cada uno con 200 familias a cargo, lo cual dificultaba cumplir con ese requisito reglamentado. El equipo de agentes sanitarios de SMA es uno de los más antiguos de la provincia (1979). Ellos/as constituyen parte de la historia sanitaria viviente de la provincia. Algunos de los agentes sanitarios con los cuales realicé el trabajo de campo se jubilaron después del año 2013. Sus conocimientos en relación al territorio y las problemáticas de las familias fueron traspasados a sus compañeros y compañeras más jóvenes a partir de un proceso de acompañamiento periódico. La metodología de las visitas domiciliarias continuas a lo largo de los años, les ha permitido conocer a la población con gran detalle y realizar -cuando el médico no asiste a la visita rural mensual- prácticas como diagnosticar, atender, recetar y entregar medicamentos, realizan controles de embarazo y medición de glucemia y presión arterial como parte del seguimiento de tratamientos crónicos. Asimismo, articulan esta atención con charlas y mates.

En las recorridas rurales que realizamos visitamos casa por casa a las familias de los distintos parajes. Salíamos temprano, a las siete de la mañana y volvíamos a las ocho de la noche al hospital. Los agentes sanitarios establecían conversaciones sobre diversos temas, algunos más superficiales y otros muy profundos, que evidenciaban el grado de vínculo y confianza. El agente sanitario Ricardo expresó que su tarea es importante e implica mucha responsabilidad porque “*la gente nos espera, es una visita social, nos cuentan sus problemas, a veces nos cuentan cosas que no le dicen a nadie más, ni a su familia ni a los médicos, preocupaciones o enfermedades, problemas de plata, somos importantes para ellos...*”.

La tarea principal de los agentes sanitarios son las visitas domiciliarias que constituyen uno de sus dispositivos de promoción de la salud. La estrategia de promoción de la salud se ha centrado en lograr que las personas asuman comportamientos denominados “saludables” para evitar enfermedades o exposiciones a riesgos para la salud, desaprobando actitudes “no saludables”. En sus prácticas, los agentes sanitarios se constituyen en emisarios de las normas “saludables”, produciendo a la vez, una calificación moral de las conductas que están por fuera de lo “normativo” y “saludable”. Una de las formas de lograr estos cometidos consiste en llevar adelante acciones de prevención y promoción que se planifican a partir de estudios epidemiológicos locales y de los “cierres de ronda”.<sup>20</sup> Estas acciones a su vez están condicionadas por la aplicación de lo que ellos han denominado “enfoque de riesgo”, adoptado en la década de 1990 sobre todo en el Área Peri-urbana, aunque también en el área rural.

El “enfoque de riesgo” implica la presencia en las familias de algún miembro con una enfermedad crónica o infecciosa, o la presencia de niños sin vacunar, o condiciones socioeconómicas deficitarias, o “violencia doméstica”, entre otras situaciones. Cabe señalar que, desde los inicios del Plan de Salud (1970), se ha utilizado el “riesgo” como fundamento de intervención de Salud Pública en los territorios mapuche. Las comunidades eran vistas como representantes de una cultura atrasada, con hábitos nocivos para la salud, que comprendían un riesgo para el resto de la sociedad. Por este motivo, los agentes sanitarios recorrieron toda el área rural llevando la presencia del Estado hasta los rincones más lejanos en donde hubiera un asentamiento humano.

<sup>20</sup> Censos realizados por los agentes sanitarios durante el año que son analizados y la información que brindan es procesada para la planificación sanitaria local.

Su objetivo era lograr que la población asentada en estos territorios cambiara sus comportamientos “riesgosos” y realizara prácticas definidas como “saludables” desde el ámbito de la Salud Pública. La peligrosidad de esta población originaria residía en el mantenimiento de “costumbres peligrosas” como los partos domiciliarios, la curación de diversas dolencias a través de plantas (yuyos), ceremonias colectivas de curación, entre otras. La lectura de Salud Pública sobre los pueblos mapuche expresaba que éstos no sólo estaban expuestos a riesgos autoimpuestos (producto de sus conductas) sino que eran peligrosos para el resto de la población. Esto justificaba las intervenciones con las que debían lograr “educarlos” para que asimilaran los patrones socio-sanitarios y culturales de la sociedad “civilizada”. Cabe aclarar que los agentes sanitarios, a partir de los vínculos de confianza que construyeron con gran parte de la población mapuche fueron transformando también sus miradas más normativas propias del ámbito de la Salud Pública, aceptando y adoptando prácticas de salud nativas. El agente sanitario Federico mencionó que “... *al principio, cuando empezamos a trabajar en el área rural, por los años ochenta, íbamos a bajar línea, a decirles lo que tenían que hacer, que se tenían que vacunar, tener sus hijos en el hospital, hacerse los controles durante el embarazo ... aprendimos que no sirve querer imponer ... porque la gente se aleja más, te rechaza, no te abren la puerta, entonces hay que respetar los tiempos, sus costumbres, yo probé yuyos que me dieron y también la tolerancia ... si no quieren hacer un tratamiento, nosotros los seguimos visitando...*”.

Los agentes sanitarios visitan periódicamente a cada familia, casa por casa, realizan las consultas pre y postparto, la “detección” de embarazadas, el control y seguimiento de los “casos crónicos”, la detección de casos de hidatidosis y tuberculosis, entre otros. En trabajo conjunto con el área de Educación controlan el calendario de vacunación obligatorio de niños/as para el inicio de clases y el “control de niño sano”<sup>21</sup> (condición obligatoria junto a la asistencia escolar para recibir la Asignación Universal por Hijo). Las prácticas de vacunación, la consulta a diversos especialistas médicos y conocimientos de medicina occidental, no sólo se introdujeron en las comunidades (por parte de profesionales y agentes sanitarios), sino que fueron apropiadas y re-significadas por ellas.

Las familias consideradas más “vulnerables”<sup>22</sup> eran priorizadas porque presentaban un miembro con discapacidad, o niños que padecían una enfermedad crónica, familias con miembros que poseían diabetes o hipertensión, familias que presentaban situaciones de violencia doméstica, o tenían procesos judiciales abiertos relacionados con situaciones de violencia y familias que no asistían a la consulta médica. Estas familias son las que los agentes sanitarios visitaban más frecuentemente. Las intervenciones y el abordaje sanitario de esta población no fueron planificados teniendo en cuenta su particularidad étnica en esta jurisdicción.<sup>23</sup>

La utilización del “enfoque de riesgo” para la definición de “prioridades” es acompañada

<sup>21</sup> Control obligatorio para la regularidad escolar, parte de un programa nacional de salud denominado “materno-infantil”, que contempla la atención de mujeres madres y el control de salud de los niños a través de la consulta médica periódica.

<sup>22</sup> La vulnerabilidad de las familias es definida según los factores de riesgo expresados en el Programa de salud rural y periurbana de los agentes sanitarios: parto domiciliario, embarazo sin control, bajos pesos y desnutridos, violencia familiar, abusos, violaciones, alcoholismo, otras adicciones, embarazo en menor de 17 años, mas de tres hijos menores de 5 años, ausencia de planificación familiar, familia monoparental, vacunas incompletas, accidentes en el hogar, muerte en menores de 5 años, discapacitados, enfermedades crónicas sin tratamiento o control, analfabetismo, menores en edad escolar que no asisten a la escuela primaria, hacinamiento y promiscuidad, vivienda precaria sin servicios, falta de hábitos de higiene, deficiente eliminación de excretas, ausencia de tratamiento en el agua para consumo, inadecuado almacenaje de agua, vivienda con vinchucas sin fumigar, perros sin desparasitación, deficiente eliminación de basura, menores en situación de abandono, ausencia de ingresos económicos, ausencia de trabajo, entre otros.

<sup>23</sup> A 40 kilómetros, en la ciudad de Junín de los Andes, se han incorporado dentro del sistema público agentes sanitarios pertenecientes a las comunidades mapuche locales, que son 23 en total. En San Martín de los Andes, posteriormente a la realización del trabajo de campo se incorporó una agente sanitaria de la comunidad Curruwinca que comenzó a trabajar en el área rural, pero desde la perspectiva de Salud Pública. No realizaron a nivel institucional una articulación con la perspectiva de la medicina mapuche ni capacitaciones en salud intercultural en ese momento. A 150 km al norte de San Martín de los Andes, en Ruca Choroi, Aluminé, recientemente, el 10 de

por intervenciones que se caracterizan por estar enfocadas en la escucha. Estos lugares de escucha en los que se transforman las visitas domiciliares realizadas por los agentes sanitarios pueden ser interpretados siguiendo a Fassin (1999) como un método de pacificación. Este autor plantea -en el contexto de la sociedad francesa contemporánea pero posible de extender a este caso- que este método consiste en percibir a los pobres como seres sufrientes a los cuales se debe escuchar y reconocer como humanos para restaurar su dignidad, lo que lleva a que se dejen de lado las causas de problemas que parecen imposibles de abordar ya que implicarían el mejoramiento de sus condiciones objetivas de existencia (Fassin, 1999). Este mecanismo constituye para Fassin (1999) parte del proceso de patetización<sup>24</sup> de la Salud Pública, que al colocar el eje o centro del problema en el sufrimiento y la solución del mismo en la escucha, convierte a la última en un espacio de pacificación. En este sentido, sería una estrategia para controlar la población y evitar o contener el conflicto social. Desde esta perspectiva, la tarea y las prácticas de los agentes sanitarios, resultarían paliativas, ya que no están orientadas a trabajar con otros actores para resolver o abordar los determinantes de la salud (desigualdad económica, trabajo, educación, vivienda, alimentación, diversidad cultural, etc.) sino que asumen la atención de la salud de la comunidad, en este caso la de Payla Menuko, en tanto población de escasos recursos a la que se debe escuchar, facilitar recursos y el acceso a los servicios públicos de salud. Sin embargo, el trabajo a lo largo de los años, ha posibilitado a los agentes sanitarios mejorar diversos aspectos de la calidad de vida de las familias de la comunidad, desde la gestión de insulina para personas con diabetes, hasta la asistencia de un especialista médico o una ambulancia. Esto significa que, si bien el margen de posibilidades de acción de los agentes sanitarios es acotado frente a las causas estructurales de los problemas de salud, ello no quita que sus prácticas sanitarias tengan un efecto positivo en la población y sean valoradas por ella. En este sentido, un recurso muy valorado y difícil de conseguir es la ambulancia. El agente sanitario Ricardo luego de una visita domiciliaria logró que la ambulancia vaya a la comunidad, me contó que *“después de varios intentos conseguí que vaya la ambulancia a ver al viejito D..., está postrado, no puede caminar y no estuvo comiendo casi, ahora lo van a traer al hospital para atenderlo, después lo voy a ver para ver qué necesita, está muy solito, yo lo voy a ver todas las semanas, charlamos...”*.

La escucha empleada en las visitas es resignificada en las prácticas cotidianas a través de la importancia que adquiere en la generación de vínculos de confianza, lo que permite a los agentes sanitarios “tener más llegada” y a los miembros de la comunidad acceder a recursos y ser reconocidos y visibilizados (a través del contacto y relación con el/los agente/s sanitario/s) como actores políticos legítimos por representantes de la esfera estatal.

### **Las acciones de la comunidad Payla Menuko frente a las intervenciones sanitarias**

Las relaciones que mantienen los pobladores mapuche de Payla Menuko<sup>25</sup> con los agentes sanitarios, en tanto representantes de Salud Pública, viró desde una desconfianza inicial, a un diálogo incipiente y cada vez más cercano. Si bien esto no significó el completo “acatamiento” y adherencia de normas de salud difundidas por los agentes, implicó una negociación y adopción de ciertas ideas y prácticas que son resignificadas desde una matriz cultural local, es decir que, hay una apropiación crítica de sistemas externos de conocimiento, enmarcados por un pensamiento propio (Rappaport y Ramos Pacho, 2005).

Los pobladores de esta comunidad mantienen una relación de proximidad con el agente

noviembre de 2021 se ha inaugurado el primer Centro de Salud Intercultural del país (Durán, 2021), luego de más de 13 años de gestiones. Allí “atiende” el mismo machi (médico mapuche) que en Payla Menuko desde hace más de 15 años.

<sup>24</sup> El autor utiliza este término como sinónimo de sufrimiento/dolor.

<sup>25</sup> La Comunidad Payla Menuko se conforma a partir de su separación de la comunidad Curruwinca. Luego de la realización del trabajo de campo las relaciones entre ambas comunidades mejoraron y existe un proceso de acercamiento y de comunicación más fluido. La comunidad de Payla Menuko reconoce actualmente al lonko de la

sanitario quien puede eventualmente ayudarlos. Desde escucharlos hasta gestionar turnos, medicamentos e insumos como vendas, algodón, pañales, ropa, apósticos, prótesis, leche, desparasitarios, entre otros insumos y recursos. Además, realizan una utilización selectiva de los servicios de salud, asisten a la consulta médica mensual cuando precisan atención o tienen dudas con respecto a la salud de sus hijos (la mayoría de las consultas son mujeres que llevan a sus hijos/as enfermos/as). A diferencia de la proximidad con el agente sanitario, la relación con los médicos no es en general de cercanía, sino que presenta una distancia y rigidez (en mayor o menor medida dependiendo mucho del profesional), y es más formal que la relación que mantienen con los agentes sanitarios. Amplia bibliografía da cuenta de los diversos obstáculos en la relación médico-paciente, en la que una de las principales dificultades es la falta de empatía y escucha por parte de los profesionales que se muestran como autoridad absoluta en la materia sin admitir otros tipos de conocimientos o prácticas de cuidado (Menéndez, 2004 y 2009; Carvalho et al., 2007; Montoya Montoya, 2007). Las prácticas que realizan los pobladores de la comunidad por fuera de Salud Pública como automedicarse, concurrir al curandero u otra persona que cure dolencias (ojeo, culebrilla y diversos malestares) podrían interpretarse como de “resistencia” desde la mirada médica hegemónica o como producciones de *autoatención* siguiendo a Menéndez (2004) o según Muñoz Franco (2009) de *cuidado de sí* en base al conocimiento de sus propios cuerpos y a la relación que mantienen con los otros y con el entorno. A su vez, en 17 de las 20 familias de la comunidad me relataron experiencias de atención de problemas de salud mediante la consulta a un farmacéutico en la ciudad. En numerosas oportunidades prefieren recurrir a un farmacéutico de la ciudad que oficia de “médico de confianza”, él los escucha, diagnostica y medica, presentando un grado de efectividad indiscutible según los asistentes. Esto no quiere decir que no se atiendan con especialistas médicos, sino que éstos no son su única opción ni la más confiable. En este sentido, un referente mapuche, Facundo, expresó “cuando me siento mal, me duele algo, que no es muy grave, la garganta, o tengo tos o fiebre, voy al farmacéutico, le cuento lo que me pasa y me da algún remedio, a veces no me da nada porque me dice que se va sólo, no es un comerciante, si no te puede ayudar te lo dice, si es algo para ir al hospital o al médico te lo dice, pero si es algo que puede solucionar él te da el remedio y te explica cómo tomarlo, cuándo, muchos de la comunidad vamos directamente a verlo a él, le tenemos confianza y siempre la pega, sabe mucho, es más rápido y funciona lo que te da”.

A mediados de la década de 1990 comenzó en la comunidad un proceso de recuperación de la medicina tradicional mapuche que es puesta en práctica cotidianamente por sus pobladores y que se diferencia ampliamente de la medicina oficial. Este proceso no sólo está relacionado con la revalorización de las prácticas de medicina mapuche tradicional sino que tiene que ver con la imposibilidad de la medicina oficial de tratar y resolver problemas de salud que afectan a esta población. En este sentido, Lucas, referente de la comunidad Payla Menuko refiere: “Nosotros usamos nuestra medicina. Para todo tenemos plantas, lawenes (remedios naturales). El médico no cura el mal de ojo, el empacho y otras enfermedades. Yo curo el mal de ojo y el empacho. A mi compañera la curó un machi<sup>26</sup> que vino de Chile (...) el machi le sacó el espíritu, le extrajo el mal, el espíritu, como una ciruela, se la dio al chancho, le pasó el espíritu al chancho. Después anduvo bien de nuevo (...) el machi no te toca, sabe por el aliento o la orina. Si no puede curar lo envía a uno al médico winka, te dice que vayas con el médico winka”. La recuperación de la salud mapuche como discurso y práctica médica utilizada en la vida cotidiana está relacionada con un proceso de recuperación “de conocimiento mapuche” perdido en la avanzada estatal sobre el territorio de las comunidades. A su vez, a pesar de las políticas de sometimiento y control que han padecido particularmente con las intervenciones sanitarias en los últimos 40 años, las familias mapuche de esta comunidad han podido también conservar (a través del ocultamiento) y replicar silenciosamente formas ancestrales de cuidado de la salud que son protegidas y resguardadas de los “wincas”.

<sup>26</sup> Médico mapuche.

La concepción de salud y los orígenes de las enfermedades en la medicina mapuche están relacionadas según Victoria, una joven de la localidad, con que cada persona tiene diversos “*planos o dimensiones, uno espiritual, uno físico-biológico, uno afectivo y uno mental. Para que la persona esté bien tiene que tener un equilibrio, una armonía en todos los planos. Cuando hay un desequilibrio en alguno de estos planos se produce la enfermedad (...) la falta de equilibrio es la causa de las enfermedades, por eso no se puede comparar con la medicina oficial, ni por sus causas, ni por su explicación, ni por el tratamiento (...) la medicina mapuche es muy preventiva, uno sabe a qué fuerzas se expone en el día y en la noche, son fuerzas en las que nosotros creamos, que vemos y sabemos que existen, si vamos en la noche sabemos que no hay que andar porque te podés encontrar con un espíritu malo y podés enfermarte, o está nevando y salís en remera, seguro que te va a doler la garganta, cuando enfermamos sabemos que hicimos algo que no teníamos que hacer y para curarnos también tenemos que tener voluntad para curarnos, para estar bien (...)*”.

La salud según mis interlocutores de la comunidad está relacionada con el denominado “orden mapuche”. El orden mapuche y sus menciones estuvo omnipresente a lo largo de los años en los que desarrollé el trabajo de campo. Se asociaba a un equilibrio multidimensional dentro de un marco universal, a la existencia de armonía entre las diferentes fuerzas, seres, espíritus, en los diversos espacios del mundo mapuche (Wenu mapu-tierra de arriba, Nag mapu-tierra de abajo, Anka mapu- entre la tierra y el cielo y Minche mapu-debajo de la tierra). Recordaban su historia y que su pueblo ha sufrido desequilibrios provocados externamente, por la conquista, la organización de los Estados Nación y sus mecanismos de sometimiento y de asimilación. En el caso de Payla Menuko varios de sus pobladores me han dicho que el desorden que viven en el presente está condicionado por la falta de reconocimiento territorial, por el no poder disponer de la tierra, del territorio, entendido éste no como propiedad, sino como un espacio al que ellos pertenecen, del cual forman parte y comparten con otras especies, seres y fuerzas. Este territorio posee las huellas de su historia como pueblo y conforma su vida, es la base material y espiritual de su identidad. En él se sustenta la medicina mapuche, provee a los machi y otros agentes de la salud de distintos componentes medicinales como lo son las plantas medicinales, cortezas de árboles, raíces y minerales, es decir, todo el concepto de baweh (lawen) señala Lincoleo (2003 en Castro Venegas, 2003). El desorden producido por la falta de reconocimiento territorial produce un desorden y genera un daño en la salud del pueblo mapuche. Otro causante del desorden identificado por la gente de la comunidad tiene que ver con el avance histórico de la sociedad occidental “winca” en sus territorios. Dificultades de subsistencia familiar en el paraje condicionaron los desplazamientos hacia espacios urbanos, producto del avance violento del Estado que fue acorralando a las comunidades, limitando sus posibilidades de existencia e imponiéndoles una forma de vida diferente. La “pérdida” de su lengua y muchas de sus costumbres es producto de ello. Sin embargo, el pueblo mapuche, sus comunidades, han resistido y en las últimas tres décadas han conseguido avances con respecto al reconocimiento y escucha de sus reivindicaciones y reclamos históricos, aunque se encuentran todavía muy alejados del horizonte de cumplimiento de derechos. Algunos avances están relacionados con la apertura de espacios institucionalizados con participación efectiva de miembros de las comunidades mapuche.<sup>27</sup>

La lucha que llevan adelante gira en torno al reconocimiento de sus territorios, porque éste afecta seriamente el desarrollo de sus vidas y por ende su salud.<sup>28</sup> La contaminación del agua en el cerro Chapelco, provocada por los dueños de las cabañas y complejos hoteleros, causa serios problemas de salud a las familias de la comunidad y el hecho de que no puedan disponer del

<sup>27</sup> Como ha sido la creación del área de co-gestión (o también llamada co-manejo) en el Parque Nacional Lanín en el año 2000, espacio en el que participan autoridades de diferentes comunidades mapuche y referentes de la confederación mapuche neuquina (APN/PNL, 2011).

<sup>28</sup> No sólo desde lo biológico, sino en relación a la salud mental, en tanto al día de hoy sigue existiendo desconfianza con respecto a la potabilidad del agua y muchas mujeres de la comunidad expresaron que viven con miedo de que los niños y adultos mayores padecan envenenamientos por la contaminación.

territorio ni administrar sus recursos (sin contar con el permiso de Parques) denota la desigualdad no sólo económica sino política y social, que se vincula a su vez con el tipo de ciudadanía que privilegia el Estado Nacional. La inexistencia de control estatal a los “propietarios privados” que contaminan genera no sólo impotencia, frustración y bronca, sino que representa para la gente de la comunidad un problema fundamental que repercute en su salud. A esto se suma la persistencia de viejas ordenanzas de Parques en cuanto a la utilización de la madera. En Payla Menuko esto significa un problema que incide en la salud de las familias mapuche, si se tiene en cuenta que la leña es un recurso imprescindible en invierno ya que no existe otro medio para enfrentar el frío. La escasez de madera sumado al elevado precio de la misma, refleja nuevamente las desigualdades producto entre otros factores del no reconocimiento del derecho territorial, que repercute directamente en la salud.

En las charlas y entrevistas con autoridades y miembros de la comunidad Payla Menuko aparece recurrentemente el reclamo del derecho al territorio unido a la salud. Si se tiene en cuenta la percepción y demandas de los pueblos originarios mapuche acerca del territorio, es posible comprender cómo se interrelacionan y condicionan la salud y el derecho al territorio. La afirmación “*sin territorio no hay salud*” enunciada por el referente Fermín, liga el concepto de salud a la garantización y reconocimiento del derecho territorial.

Desde esta posición, han desarrollado estrategias de “resistencia” a determinadas prácticas de medicina alopática que reflejan las tensiones entre las diferentes concepciones sobre la salud, la enfermedad y los tipos de cuidados desarrollados. Esto se visibiliza o remarca en algunas situaciones como: el cuidado en el postparto, el reclamo de la placenta para enterrarla según ceremonia mapuche, los trámites burocráticos necesarios para recuperar el cuerpo de un poblador fallecido y obtener permiso para poder enterrarlo en su espacio territorial, el consumo de una amplia variedad de “yuyos” o “lawenes” no autorizados por los profesionales de salud, las consultas a médicos mapuche y/o curanderos, entre otras prácticas. En el caso de las familias de Payla Menuko, estas situaciones son parte de un proceso de conformación como agrupación mapuche, en el que han incorporado como estrategias, herramientas “legales” propias de la sociedad dominante para llevar adelante disputas que confluyen en la demanda de reconocimiento territorial.

Las referencias a la “importancia del territorio”, la “autonomía”, la “política mapuche”, los “derechos”, el “marco jurídico”, la “reforma de la constitución”, “el convenio 169 de la OIT”,<sup>29</sup> constituyeron expresiones discursivas cotidianas durante mi trabajo de campo. Referencias que conformaron un corpus de defensa y disputa en torno a los derechos y el territorio. En esa intersección encontré indicios y huellas de los significados que adquiría la salud para la comunidad mapuche de Payla Menuko.

## Conclusiones

Desde sus comienzos, el Estado provincial neuquino asumió la Salud Pública como derecho.<sup>30</sup> Si bien esta política representó una ampliación del derecho a la salud en términos de ciudadanía, mediante la ampliación de la cobertura de salud de la población, también significó la imposición de patrones conductuales y normativos sanitarios ajenos a los pueblos originarios existentes en el territorio. El discurso universalista implícito en esta política estatal negó durante muchos años la diversidad étnica existente intentando borrar diferencias históricas y políticamente construidas, profundizando desigualdades y desconociendo derechos propios de las minorías culturales existentes en una sociedad dominante. La intervenciones sanitarias aportaron a la capacidad del Estado de homogenizar a una población asentada en sus límites (Valverde, 2010).

<sup>29</sup> Organización Internacional del Trabajo.

<sup>30</sup> La constitución provincial (1957) en el Cap. II, art. 287: “Es obligación ineludible de la Provincia velar por la salud y la higiene públicas, especialmente en lo que se refiere a la prevención de enfermedades, poniendo a disposición de sus habitantes servicios gratuitos y obligatorios en defensa de la salud, por lo que ésta significa como capital social”.

El discurso estatal sobre derecho a la salud fue reproducido por los agentes sanitarios en tanto para ellos “todos” merecen la misma atención de salud, no importando si son mapuche o no. Si bien a simple vista podría parecer acertado, encubre una desigualdad de hecho, ya que las comunidades no reciben la misma atención que “todos” porque viven en zonas rurales alejadas del hospital, sin medios de transporte público continuos, sin un centro de salud cercano con atención médica diaria. A su vez, su ubicación en el espacio no es aleatoria, sino que es el resultado de acciones y decisiones del Estado Nacional y provincial que a fines del siglo XIX planificó eliminarlos con la Campaña del Desierto y *a posteriori* confinó a los sobrevivientes a vivir en zonas marginales rurales que son las que actualmente ocupan. Sin embargo, el pueblo mapuche de Payla Menuko desarrolla estrategias de lucha mediante las cuales canalizan sus demandas por derechos territoriales. Entendiendo que, el cumplimiento de estos derechos, les garantizarán otros vinculados a sus concepciones de equilibrio, armonía y salud. Las relaciones que mantienen los pobladores de Payla Menuko con los agentes sanitarios les permite contar con ciertos recursos que han incorporado a sus prácticas de su salud, como medicamentos, vacunas, pastillas desparasitarias para los perros, así como leche para los/as niños/a y mujeres puérperas, sin dejar de desarrollar otras prácticas tradicionales. A pesar de las prácticas normativas, disciplinarias, normatizadoras y moralizantes de los agentes de salud, éstos se han encontrado con una comunidad que desde los años noventa se fue reorganizando y posicionando activamente en el campo político, no sólo a partir de resistir o discutir prácticas sanitarias, sino también a través de la recuperación y fortalecimiento del conocimiento mapuche (Kimún) en todas sus dimensiones.

El territorio es el principal objetivo político porque es la fuente de recursos, conocimiento, vida, indisoluble de la perspectiva de salud de esta comunidad, por ende, la demanda territorial está interrelacionada con la salud. En este sentido, identifican el ámbito político como el campo en el cual esperan obtener respuestas a sus demandas. Por ello desarrollan y reinventan diariamente estrategias con las que consiguen hacer visibles sus demandas e incluso colocarlas en la *agenda política*. El marco legal que los ampara es una herramienta con la cual continúan realizando reivindicaciones vinculadas a su identidad étnica, a pesar de los vaivenes y reveses que padecen diariamente a través de las políticas de “seguridad” nacionales, provinciales y locales.

## Referencias bibliográficas

- Balazote, A. y Radovich, J. C. (2009). Turismo y etnidad. Una interculturalidad conflictiva en territorio mapuche. En L. Tamagno (coord.), *Pueblos indígenas. Interculturalidad, colonialidad, política* (pp. 25-43). Buenos Aires: Biblos.
- Carvalho, L. et al. (2007). Disputas en torno a los planes de cuidado en la Internación Domiciliaria: una reflexión necesaria. *Salud Colectiva*, 3 (3), 259-269.
- Castro Venegas, M. (2003). *Salud colectiva y medio ambiente*. Temuco: Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, Unidad de Salud con Población Mapuche.
- Díaz, R. (2002). *Estrategias de ocupación y control de territorio del pueblo originario mapuche: el caso del Parque Nacional Lanín desde una perspectiva histórica*. Documento Base para el Proyecto Self-Sustaining Community Development in comparative perspective - CLAPSO - Universidad de Texas. Subred Indígena - Neuquén - COM- CEPINT. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read/38263180/3-parques-nacionales-como-estrategia-de-ocupacion-y-control-era>. [consulta: 1-10-2012]
- Fassin, D. (1999) La patetización del mundo. En M. Viveros Vigoya, y G. Garay Ariza (comp.), *Cuerpo, diferencias y desigualdades* (pp.31-41). Colombia: Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Santa Fe de Bogotá.
- Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad 1: la voluntad del saber*. Buenos Aires: Siglo XXI editores.

- Foucault, M. (1991). *Las redes del poder*. Buenos Aires: Almagesto.
- Guber, R. (2011). *La etnografía: Método, campo y reflexividad*. Buenos Aires, Siglo XXI editores.
- Malinowski, B. (1973). *Los argonautas del Pacífico Occidental*. Península: Barcelona.
- Menéndez, E. (2004). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. En H. Spinelli (comp.) *Salud Colectiva. Culturas, instituciones y subjetividad. Epidemiología, gestión y política* (pp. 11-47). Buenos Aires: Lugar.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar.
- Montoya Montoya, G. (2007). La ética del cuidado en el contexto de la salud sexual y reproductiva. *Acta Bioethica*, 13 (2), 169-175.
- Muñoz Franco, N. (2009). Reflexiones sobre el *cuidado de sí* como categoría de análisis en salud. *Salud Colectiva*, 5 (3), 391-401.
- Otero, A. et al. (2009). Urbanizaciones de migración de amenidad en el Corredor de Siete Lagos. Neuquén. Patagonia. Argentina - Amenazas para un futuro cercano. En: *Foro International Saberes, Sabidurías e Imaginarios*. Córdoba: Facultad de Derecho y Ciencias Sociales, Universidad Nacional de Córdoba.
- Rappaport, J. y Ramos Pacho, A. (2005). Una historia colaborativa: retos para el diálogo indígena – académico. *Historia Crítica*, (29), 39-62.
- Taranda, D. et al. (2008) *Silencio hospital*. Neuquén: Editorial de la Universidad Nacional del Comahue.
- Trentini, F. et al. (2010). Los nostálgicos del desierto: la cuestión mapuche en Argentina y el estigma en los medios". *Cultura y representaciones sociales*, 4 (8), 186-212.
- Valverde, S. y García, A. (2007). Relaciones interétnicas, processos de construção da identidade e estratégias etnopolíticas mapuches no departamento Los Lagos, Neuquén, Argentina. *Cadernos de Campo*, 16, 113-126.
- Valverde, S. (2010) Demandas territoriales del pueblo mapuche en área Parques Nacionales. *Avá Revista de Antropología*, 17, 69-83.

### Fuentes utilizadas:

- APN/PNL (2011) "La política institucional de Comanejo Intercultural entre el Parque Nacional Lanín y la Confederación Mapuche Neuquina". Documento interno.
- Constitución de la Provincia del Neuquén (1957). Capítulo II, Artículo N°287.
- Durán, Andrea (2021) "Neuquén tiene el primer hospital intercultural del país: Raguiñ Kien", Diario Río Negro, 11 de noviembre de 2021. Disponible en: <https://www.rionegro.com.ar/neuquen-tiene-el-primer-hospital-intercultural-del-pais-raguin-kien-2032136> [consulta: 25-11-2021].