

Políticas públicas para un abordaje intercultural de la salud de las *Pu Mapuce Zomo*

Public policies for an intercultural approach to the health of *Pu Mapuce Zomo*

Cintia Daniela Rodríguez Garat

Resumen

En este artículo se abordarán las consideraciones que deben ser examinadas en el diseño de políticas públicas y programas gubernamentales para lograr un abordaje intercultural de la salud de las *Pu Mapuce Zomo* (mujeres Mapuce). En este sentido, el objetivo que se propone es formular tres aspectos imprescindibles que sirvan de base para propiciar marcos adecuados para políticas públicas en salud orientadas a un abordaje intercultural. Para ello, metodológicamente, desde un enfoque cualitativo se indagará sobre los aspectos éticos, de género(s) y epistémicos que deben contemplarse en la configuración de programas sanitarios favorecedores de la atención de la salud de las mujeres indígenas. Con este propósito se comienza delimitando el enfoque ético-normativo y de género ineludible para poner de relieve las necesidades básicas de las mujeres Mapuce. Este planteo busca establecer un parámetro acerca de las obligaciones que tienen los Estados en relación con el desarrollo de las capacidades humanas. Finalmente, se presentarán tres aspectos que el Estado debe replicar en sus propuestas sanitarias para garantizar la construcción de un abordaje intercultural de la salud, apropiado a las necesidades básicas de las mujeres Mapuce en Argentina.

Palabras clave: Políticas públicas; Salud intercultural; Mujeres Mapuce; Educación intercultural; interseccionalidad.

Cintia Daniela Rodríguez Garat 

Universidad Nacional de La Plata – Argentina. cintiadanielarodriguez@gmail.com

Abstract

This article will address the considerations that must be examined in the design of public policies and government programs to achieve an intercultural approach to the health of the Pu Mapuce Zomo (Mapuce women). In this sense, the proposed objective is to formulate three essential aspects that serve as a basis to promote adequate frameworks for public health policies oriented towards an intercultural approach. For this, methodologically, from a qualitative approach, the ethical, gender(s) and epistemic aspects that must be considered in the configuration of health programs that favor the health care of indigenous women will be investigated. With this purpose, it begins by delimiting the unavoidable ethical-normative and gender approach to highlight the basic needs of Mapuce women. This approach seeks to establish a parameter about the obligations that States have in relation to the development of human capabilities. Finally, three aspects will be presented that the State must replicate in its health proposals to guarantee the construction of an intercultural approach to health, appropriate to the basic needs of Mapuce women in Argentina.

Keywords: Public politics; intercultural health; Mapuce women; intercultural education; intersectionality.

1. Introducción

En este artículo se propone el análisis acerca de cuáles son las medidas que se consideran necesarias para diseñar y construir políticas públicas y programas gubernamentales interculturales en el ámbito sanitario para las mujeres indígenas del Pueblo Mapuce. Es claro que esta problemática resulta de suma importancia si se piensa en la compleja interrelación que se produce entre culturas, cuando las mujeres indígenas intentan acceder a ser atendidas y recibir algún tratamiento clínico en el sistema biomédico. Esto se debe a que, generalmente, estos intercambios se suscitan en un contexto de franca asimetría epistémica (y política), que conducen inexorablemente a una atención sanitaria subalternizante, caracterizada por la violencia e imposición epistémico-cultural sobre las formas válidas de cuidado, o bien, en el mejor de los casos, se encuentran con una atención médica basada en un paternalismo biomédico homogeneizante (Rodríguez Garat, 2022e).

En este sentido, es interesante notar que, en Argentina, los primeros programas gubernamentales y políticas públicas dirigidas a mujeres indígenas se dieron de forma aislada en algunas provincias, pero no fue una política sanitaria nacional (Rodríguez Garat, 2022c). En parte, tal como apunta Tobar (2012), esto se debe a las características organizativas del sistema de salud argentino (es decir, a la fragmentación, la descentralización y la superposición). Evidentemente, estas particularidades han conducido a una ineludible prolongación de las situaciones de inequidad y a la afirmación de barreras en la accesibilidad a bienes y servicios, vulnerando, de este modo, el derecho a la salud de los pueblos indígenas de nuestro país (fundamentalmente en el acceso a prestaciones de mayor nivel de complejidad) (Remorini y Palermo, 2015; Rodríguez Garat, 2022e).

Sin embargo, estas dificultades de segmentación del sistema sanitario argentino que contribuyeron en gran medida a la falta de articulación de políticas regionales y nacionales con tinte intercultural, comenzaron a ser reformuladas con el Plan Federal de Salud 2004-2007. Este plan implicó una reforma progresiva y sustentable, que persiguió el objetivo de establecer un modelo basado en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), como “la respuesta sanitaria más

contundente para garantizar el acceso universal, la distribución equitativa de recursos, la calidad de la atención y la participación de la comunidad en el cuidado de su salud” (Ministerio de Salud de la Nación, 2012, p. 307).

Incluso, se puede señalar que, tal como expresa el Ministerio de Salud de la Nación (2012), recién a partir del año 2004, con la implementación del Programa Médicos Comunitarios (PMC), se han incorporado a los efectores del primer nivel de atención: agentes sanitarios, auxiliares de enfermería y miembros de pueblos originarios que, elegidos por sus comunidades, y desde un abordaje intercultural, asumen el rol de promotores de salud indígenas (p. 313). Este programa, que fue realizado a partir del acuerdo entre el Ministerio de Salud de la Nación, los gobiernos provinciales, los municipios y las universidades públicas y privadas de la Argentina, supo leer la necesidad histórica de construir políticas públicas y programas gubernamentales en salud con representación amplia, democrática y plural, además de jerarquizar el primer nivel de atención y permitir que el Ministerio Nacional regresara como actor central en el entramado de servicios de salud (Chiara, en Ballesteros, 2017, p. 164).

Sin embargo, este significativo impulso hacia la construcción de un horizonte federal en salud se esfumó rápidamente. Puesto que, pese a los significativos logros mencionados en materia de programas sanitarios nacionales, estas políticas se vieron obstaculizadas cuando en el 2016 el Ministerio de Salud fue degradado al rango de Secretaría. Esta acción, según Gollan (2018), significó “una retirada del Estado del ámbito público con un consiguiente avance de las lógicas privatistas” (p. 4) (Rodríguez Garat, 2022c, p. 108).

En efecto, atendiendo a la acotada evolución política que han tenido los programas sanitarios que incorporaron una perspectiva intercultural, y fundamentalmente, asumiendo que el objetivo de la actual re-jerarquización del Ministerio de Salud, desde 2019, debe responder a estas necesidades históricas concretas, se entiende que es imprescindible construir un sistema sanitario plural, democrático e intercultural. Por ello, se considera que pensar en el diseño y ejecución de políticas públicas interculturales e interepistémicas en salud, en la actualidad, es un acto ineludible de justicia, de respeto y de mutuo enriquecimiento epistémico entre las diversas culturas que interactúan en el Sistema de Salud argentino. En este aspecto, se invita a pensar que:

...este interjuego que se produce entre culturas diversas propicia espacios desafiantes de co-construcción (inter)epistémica, atendiendo no solo a los saberes propios de cada cultura, sino también a la resignificación social y cultural de los determinantes socioambientales de la salud que afectan el acceso al derecho a la salud. (Rodríguez Garat, 2022e, p. 11)

Así, el objetivo que se persigue en este artículo es formular aquellos aspectos que resultan imprescindibles y sirven de base para propiciar marcos adecuados para políticas públicas en salud orientadas a un abordaje intercultural, interepistémico y con perspectiva de género(s). Para ello, se comenzará delimitando el enfoque ético-normativo y de género(s) ineludible para poner de relieve las necesidades básicas en salud que presentan las mujeres en general, y las Mapuce, en par-

ticular. Con este planteo, se buscará establecer un parámetro mínimo acerca de las obligaciones que tienen los Estados para con el desarrollo de las capacidades humanas. Luego, se reflexionará acerca de las consideraciones a tener en cuenta para adoptar un abordaje intercultural en salud orientado a la cosmovisión cultural de estas mujeres. Finalmente, el énfasis estará puesto en determinar las tres condiciones integrales que el Estado debe replicar, en tanto *mínimum*, en sus propuestas sanitarias para garantizar la construcción de un abordaje intercultural de la salud de las mujeres Mapuce en Argentina.

2. Metodología

En este artículo se desarrolla una investigación de diseño exploratorio, que sienta sus bases en un enfoque fundamentalmente cualitativo. En particular, interesa indagar sobre los aspectos ético-normativos, epistémicos y de género(s) que deben contemplarse en la atención de la salud de las mujeres indígenas. Para ello, el trabajo se centra en recabar información y datos a partir del uso de la técnica del análisis documental, teniendo como eje prioritario la promoción de la atención sanitaria intercultural, en tanto necesidad histórica concreta, desde los aspectos centrales a ser examinados en el diseño y ejecución de políticas públicas sanitarias. En consecuencia, preocupa establecer cuáles son los compromisos indefectibles que el Estado debe asumir para propiciar un abordaje intercultural y respetuoso de la salud, con enfoque de género e interepistémico. En efecto, se busca distinguir tres aspectos nodales que se entiende que deben ser incluidos en el diseño y ejecución de todas las políticas públicas y programas gubernamentales sanitarios interculturales.

3. Fundamentación normativa para la creación de las políticas públicas

En este apartado interesa señalar la importancia no solo de situar geopolítica y epistémicamente el diseño, la construcción y la ejecución de políticas públicas, y en particular aquellas vinculadas con el acceso sanitario, sino también, atender a dos aspectos fundamentales. En primer orden, el aspecto ético-normativo que debe dar sustento a los programas gubernamentales, es decir, el marco teórico que permite responder a necesidades socio-históricas concretas, en este caso de las mujeres indígenas; y en segundo orden, y no menos importante, el aspecto vinculado con la constitución ontológica de un enfoque conceptual feminista que reivindique la restitución de derechos humanos colectivos y de género(s) de comunidades que han sido manifiestamente vejadas e histórica y epistémicamente subalternizadas en sus posibilidades de acceso a los derechos básicos.

Por este motivo, preocupa desarrollar una propuesta normativa que se centre en aspectos cruciales a considerar en la configuración de políticas públicas y programas gubernamentales sanitarios, con el objeto de reparar no solo la vulneración en el acceso a ciertos derechos humanos inalienables, como lo es el de la salud, sino también y del mismo modo, que las mujeres, en concreto, las pertenecientes a comunidades indígenas, puedan participar en su atención sanitaria de forma plena y respetada. Para ello, como ya se ha dicho en trabajos anteriores, se piensa que es

fundamental reivindicar la necesidad de construir modelos de atención médica dialógicos e interculturales. Del mismo modo, es igualmente prioritario establecer de forma clara la función del Estado a la hora de acompañar e institucionalizar estos intercambios para que tengan una base constructiva interepistémica y horizontalizada que permita una atención sanitaria intercultural en los centros de salud estatales (Rodríguez, 2021b).

Con este propósito, se adoptarán dos enfoques teóricos distintos, empero compatibles, que resultan ser sumamente relevantes a la hora de asistir a la construcción de toda política pública. En este aspecto, como se anticipó, se considera que cuando se intentan generar propuestas teóricas para la creación de políticas públicas, no es posible hacerlo sin pensar el marco ético-normativo sobre el que estas se constituyen (Rodríguez Garat, 2022a). Esto se debe a que la preeminencia del fundamento ético-normativo en las políticas públicas y/o los programas gubernamentales es basal para que sean sostenibles, con proyección y que respondan a necesidades básicas existentes.

En este caso, para ofrecer una propuesta centrada en estos puntos, se seleccionarán algunos conceptos clave de los encuadres éticos de Len Doyal y Ian Gough (1991), por un lado, y los de Martha Nussbaum y Amartya Sen (1995), por el otro, puesto que se concibe de vital importancia otorgar centralidad a las nociones de necesidades básicas y capacidades humanas para sentar las bases imprescindibles respecto a las obligaciones que los Estados tienen con respecto al desarrollo de estas capacidades humanas (y necesidades básicas).

Desde estos marcos teóricos, es interesante plantear algunos principios constitutivos fundamentales que deberían ser respetados e implementados por los gobiernos de todas las naciones, como mínimos indispensables para cumplir con la exigencia de respeto hacia la dignidad humana (Nussbaum, 1998). De allí que, a partir de tomar posición, en primer lugar, por el enfoque de justicia social que ofrecen Doyal y Gough (1991), se promueve manifiestamente el reconocimiento universal de los derechos humanos, y, a su vez, se enfatiza en la relevancia de generar corresponsabilidad ética entre todos los agentes para su cumplimiento efectivo.

Notoriamente, este marco conceptual es de sumo interés si anhelamos construir un enfoque intercultural en la atención médica, debido a que este plantea como requisito inexcusable el compromiso ético y formativo de todos los agentes involucrados. Es claro que la importancia de este enfoque radica en que, si se piensa en un abordaje de la salud desde una perspectiva intercultural, no se puede hacerlo sin un profundo compromiso de los agentes sanitarios intervinientes (aunque también, como veremos más adelante, debe incluirse a los agentes políticos y educativos), en pos de lograr una construcción epistémica, dialógica y horizontal entre los saberes y conocimientos occidentales y los tradicionales (Rodríguez Garat, 2022e).

Sumado a lo dicho, otro aspecto ineludible de la teoría de Doyal y Gough (1991) que resulta notable de considerar para el diseño de políticas públicas en salud se refiere a la promoción de políticas preventivas e integrales que protejan intereses objetivos y propicien la amplitud de elecciones de planes de vida. Se entiende que este punto es crucial, al menos en dos sentidos. El primero, relativo a potenciar la agencialidad sobre las propias decisiones, lo cual irremediabilmente se vincula con la consecuente ampliación de los márgenes de respeto y convivialidad fundantes en todo

intercambio horizontal (simétrico) entre personas o grupos de distintas culturas. El segundo, por su parte, plantea la posibilidad de anticiparse a los problemas concretos promoviendo políticas de prevención. En este caso, es interesante pensar que, por ejemplo, para prevenir la injusticia epistémica (Fricker, 2017) que produce la atención médica ofrecida por el sistema biomédico de salud a las personas pertenecientes a comunidades indígenas (o bien, a migrantes), podría planificarse de forma sólida, sistemática y generalizada la formación académica de los profesionales de salud (estudiantes y en ejercicio) en términos de interculturalidad.

Por otra parte, este asunto que se acaba de señalar consigue una gran profundización si además se analiza desde la propuesta de Nussbaum y Sen (1995), puesto que este enfoque atiende de modo particular las capacidades y opciones de las mujeres, abordando, asimismo, los obstáculos concretos a los que se enfrentan la mayoría de las mujeres en su vida (Rodríguez Garat, 2022e).

Por este motivo, pensar en términos de Nussbaum (2000) las capacidades -universales y mutuamente dependientes-, implica deliberar sobre los funcionamientos mínimos requeridos para las personas sobre la base de una teoría mínima de justicia social. De modo que, siguiendo este argumento, una vida que sea desprovista del desarrollo de estas capacidades humanas, no se despliega conforme a los requerimientos de libertades sustanciales esperables en términos de dignidad humana (Rodríguez Garat, 2021a). Precisamente, en este punto, la autora confiere al Estado la intrínseca responsabilidad de garantizar el desarrollo de estas capacidades. De allí que, ciertamente, es el Estado quien debe asistir y propiciar “la evaluación y la valoración de la calidad de vida de forma individual, con la participación e implicación del sujeto mismo” (Colmenarejo, 2016; Rodríguez Garat, 2021, p. 10).

En consecuencia, cuando se piensa en el diseño y ejecución de programas gubernamentales y/o políticas públicas sanitarias, se acuerda que es prioritario que los gobiernos atiendan a una base mínima legal para garantizar un piso de justicia social, que les permita a las personas desarrollarse de forma digna, debido a que, si no lo hacen, “las confina a vivir por debajo del umbral, en una situación injusta y trágica” (Nussbaum, 2000, p. 71). Particularmente, esto se evidencia más enfáticamente en el caso de las mujeres (Rodríguez Garat, 2021a).

En este aspecto, si bien cada grupo (comunidad o sector social) tiene necesidades básicas comunes respecto al cuidado de la salud, no es menos cierto que lo que difiere son los satisfactores que estos requieren para el acceso a dicho cuidado (Doyal y Gough, 1991, pp. 69-75). De esta manera, cuando se habla de las necesidades concretas de acceso a la salud de las mujeres indígenas Mapuce no es posible no mencionar, por ejemplo, las opresiones interseccionales (raza, género, clase social, geografía, edad, etc.) que habitan sus cuerpos-territorios, devenidas en amenazas adicionales que vulneran cotidianamente su autonomía y su bienestar.

Por ello, se piensa que es sumamente importante entender que las políticas públicas destinadas a las mujeres indígenas deben partir de un enfoque de género(s) que permita situar sus marcos aplicativos de forma precisa hacia las necesidades reales de las mujeres y diversidades sexo-genéricas, y no solo en base a las dádivas patriarcales del sistema político neoliberal y capitalista. De modo que, al abordar este aspecto orientado específicamente a las mujeres de los pueblos

indígenas de Argentina, se requiere de un análisis que amplíe sus horizontes no solo a la opresión patriarcal, sino a todos los tipos de opresión que han ultrajado históricamente a las mujeres: las raciales, las coloniales, las de las metrópolis con sus periferias, entre tantas otras. En efecto, esta perspectiva permite un acercamiento más situado respecto a las experiencias vivenciales que las *Pu Mapuce Zomo* relatan sobre sus formas de vida y sobre la atención sanitaria que reciben (Rodríguez Garat, 2022a).

En este aspecto, parece ser clave a la hora de promover políticas públicas sanitarias con carácter intercultural y feminista, pensar desde un marco teórico que permita, precisamente, dar voz a las mujeres indígenas, para dejar de favorecer programas gubernamentales homogeneizadores y extrapolados que se desentienden de las necesidades básicas y reales de estas mujeres. Con este propósito, se concibe al feminismo decolonial como la propuesta teórica con mayores posibilidades de abordar situadamente la construcción y producción de programas gubernamentales y/o políticas públicas sanitarias que se originen desde la articulación dialógica entre el conocimiento médico del sistema biomédico y las formas de sanar propias de la cosmovisión cultural nacida de las voces subalternas, no hegemónicas.

En particular, se considera que la ventaja de este enfoque conceptual decolonial radica en la posibilidad de dar voz a quienes *han estado siempre ahí*, a partir de la escucha atenta de sus interpretaciones y sentires acerca de la opresión histórica vivida en clave de género. Mientras, al mismo tiempo, este planteo permite explicar la subalternización de la gran mayoría de las mujeres desde una mirada que atiende no solo al género, sino también a la raza, la clase y al heterosexismo. En particular, el foco de análisis del feminismo decolonial se centra en la opresión padecida por las mujeres y/o disidencias sexuales como producto de la experiencia colonial en el territorio de *Abya Yala* (Latinoamérica) (Espinosa Miñoso, en Barroso, 2014).

No obstante, independientemente de la riqueza conceptual y emancipadora que presenta el feminismo decolonial, para los fines de este artículo no se desarrollará de forma cabal el planteo esgrimido por esta corriente de pensamiento. Aunque sí, es de sumo interés destacar la fuerte importancia que tiene este enfoque para formular de forma crítica y situada el diseño de políticas públicas interculturales en salud.

En síntesis, se considera que, para construir dichas políticas, o bien, programas gubernamentales en salud orientados a una atención intercultural, interepistémica y con perspectiva de género destinados a mujeres indígenas, la selección de los marcos teóricos que sirvan de sustento deben partir no solo del intento resolutivo y reparativo de la violencia interseccional que obstaculiza el efectivo acceso al derecho a la salud de las mujeres indígenas, en tanto necesidad básica, sino también, deben poner en marcha la proyección de políticas preventivas (Doyal y Gough, 1991) tendientes al desarrollo de las capacidades conformes al respeto y protección de la dignidad humana (Nussbaum, 1998). A continuación, en el próximo apartado, el análisis girará precisamente en torno a la consideración de aquellos aspectos ineludibles a ser incluidos en el abordaje sanitario intercultural.

4. Aspectos intervinientes en el abordaje sanitario de las mujeres Mapuce

Para examinar la aplicabilidad del enfoque intercultural en la atención sanitaria, resulta significativo partir, en primer orden, de lo plasmado en el marco ético-normativo y en el enfoque de género decolonial abordado previamente, y desde allí, en segundo orden, orientar el análisis hacia las nociones que surgen cuando intentamos precisar el concepto de salud intercultural, fundamentalmente en lo que respecta a la relación entre la salud y las mujeres indígenas. De esta manera, para poder reflexionar acerca de los marcos adecuados para configurar políticas públicas interculturales, resulta importante contemplar las características que sugiere el abordaje de la salud de mujeres indígenas Mapuce, en comunión con su cosmovisión, y particularmente, atendiendo a la concepción de bienestar y a la dinámica propia de sus comunidades.

En este aspecto, preocupa abordar las barreras que soportan las mujeres indígenas en el acceso a la salud al someterse a prácticas biomédicas que no contemplan sus propios saberes y conocimientos. De ahí que el objetivo se centra en expresar las diversas situaciones de violencia estructural e interseccional que atraviesan y se instalan en el cuerpo de las mujeres Mapuce. A partir de allí, circunscribiendo el análisis, interesa subrayar la relevancia que reviste la construcción de un planteo centrado en el marco de la justicia epistémica para promover un modelo descentralizado y participativo, basado en el diálogo intercultural. Se considera que, desde el enfoque de la justicia epistémica, la salud intercultural debe centrarse en el reconocimiento, valoración y respeto por los saberes ancestrales.

Desde este planteo, resulta evidente que se les debe garantizar a las poblaciones vulnerables, en general, y a las mujeres Mapuce, en particular, no solo el reconocimiento formal de sus derechos colectivos de autodeterminación (consentimiento comunitario) en normativas y declaraciones internacionales; sino también la promoción de bases reales para que no se produzcan relaciones asimétricas y de vulnerabilidad, puesto que estas sostienen las relaciones de dominación y explotación. Por ello, se considera primordial garantizar que los beneficios de estas regulaciones, materializadas en políticas públicas concretas, sean gozados por todas las comunidades (de Ortúzar, 2019).

Por ello, se piensa que el abordaje intercultural de la atención de la salud en mujeres Mapuce debe plantearse a partir de la construcción de una ética pública, que involucre un interjuego entre las diversas culturas étnicas de nuestro país. Lícitamente, es atinado afirmar que toda formulación de políticas debe encuadrarse en la edificación de una definición amplia de bien público, que contemple la situación de asimetrías y vulnerabilidades históricas presentes en las distintas comunidades de nuestro país, especialmente en las indígenas (Rodríguez Garat, 2022e).

De esta manera, consideramos que es la revalorización de conceptos propios como el del “buen vivir”, proveniente de la tradición indígena, lo que permite replantear la finalidad social de la justicia en salud. Precisamente, porque el “buen vivir” para las comunidades Mapuce, se refiere a la vinculación equilibrada entre las personas y en armonía con la naturaleza. Dicho de otro modo, el “buen vivir” desde la identidad y cosmovisión del Pueblo Mapuce, se relaciona con el *Kvme Felen*, que es:

...el sistema de vida del Pueblo Mapuce, que significa estar en equilibrio con uno mismo y con los demás Newen, por ser parte del *Waj Mapu*. El *Kvme Felen* es vivir en armonía desde el *Ixofij Mogen*, retomando el *Az Mapu*, los principios ancestrales mapuce de ordenamiento circular, holístico y natural; retomando la consciencia de que la persona en un Newen más en el *Ixofij Mogen*, nunca superior a ninguno, solo con un rol diferente. (Confederación Mapuce de Neuquén, 2010, p. 12)

De allí que se considera que no es suficiente con el acceso igualitario a los hospitales para atender la enfermedad, ni tampoco con la implementación de mecanismos de coordinación del financiamiento y prestación de los servicios de salud, tal como postula el marco de la estrategia nacional de la Cobertura Universal de Salud (CUS). Estas propuestas resultan inviables sin examinar previamente los determinantes sociales (de Ortúzar, 2018) que experimentan las comunidades indígenas y que atentan de forma directa contra la concepción del “buen vivir”.

De modo que, para pensar en el derecho al acceso a la salud, el foco debe orientarse a entender el punto de partida desde el marco de las “desigualdades sociales que repercuten en las desigualdades de salud, y cómo estas se profundizan a partir de la recesión y políticas de ajuste impuestas por el mismo Estado y los organismos internacionales (FMI)” (de Ortúzar, 2018). En este sentido, es claro que, tal como señala la OPS (2008), la relación entre las variables de pobreza y etnicidad se plantea siempre en proporción directa.

De la misma manera, las condiciones de pobreza y la posibilidad de superarlas se agravan por los altos índices de analfabetismo (García Gualda, 2013). También, a esta problemática se le añade la inacción política en pos de abordar planificada y sostenidamente los condicionantes socio-ambientales que afectan insidiosamente a estas comunidades indígenas. Un ejemplo de ello es graficado por García Gualda (2013), quien caracteriza el caso neuquino y afirma que “la carencia de políticas públicas, las prácticas clientelares llevadas a cabo por el Movimiento Popular Neuquino y la corrupción, han conducido a que, aproximadamente, el 60% de la población Mapuce se encuentre en situación de pobreza (ODHPI, 2008, p. 12)” (p. 56).

En efecto, se concibe que esta situación descrita debe contemplarse de manera prioritaria a la hora de proyectar la promoción e implementación de políticas públicas destinadas a la población Mapuce. De la misma manera, debe considerarse, de modo específico, la situación concreta de las mujeres de este pueblo, puesto que “sus posibilidades de acceso al empleo se ven obstaculizadas debido al alto índice de analfabetismo, la discriminación y la violencia laboral contra las mujeres” (García Gualda, 2013, p. 56). En consecuencia, en el próximo apartado interesa llevar a cabo el desarrollo de una propuesta integral que atienda de modo particular y con fines resolutivos, la aplicabilidad de programas gubernamentales y/o políticas públicas interculturales, interepistémicas y con perspectiva de género en salud.

5. Estado de situación para la formulación de políticas públicas de salud intercultural

Como se ha abordado hasta el momento, es claro que se producen una multiplicidad de impedimentos en el escenario sanitario que se cristalizan en la evidente opresión a las mujeres y las políticas de ajuste. Sin embargo, en este artículo, no se pretende asentar el análisis en las violencias interseccionales que gesta el sistema capitalista-colonialista-patriarcal sobre los cuerpos-territorios de las mujeres indígenas, sino más bien en los modos de resiliencia que gestan estas mujeres mediante la generación de espacios de participación y lucha (Rodríguez Garat, 2022e).

En este sentido, siguiendo el planteo de Azpiroz Cleñan (2020a), se acuerda que “todos los procesos de opresión y vaciamiento de la palabra, de la participación política, del empobrecimiento que sufren las poblaciones por la aplicación de las políticas de ajuste, de recesión, de acumulación de riqueza en manos de unos pocos” generan una reacción que necesita ser escuchada, justamente para ser puesta en la mesa de debate de la sociedad no indígena, atendiendo a “cuáles son las propuestas superadoras ante la crisis en términos de poder, pero que se traduce en crisis económicas, climáticas, ambientales” (párr. 3).

Por ello, cuando se piensa en la configuración de políticas públicas y/o programas gubernamentales sanitarios, no quedan dudas de que estos deben tender hacia la construcción de una sociedad más democrática, justa y equitativa. En consecuencia, las propuestas estatales respecto a la atención sanitaria intercultural deben atender y escuchar las voces de las mujeres Mapuce, como representantes políticas válidas, que se han levantado frente a un largo proceso de opresión y sujeción que las mantuvo invisibilizadas sistemáticamente (desde el plano académico occidental y desde el patriarcal) como agentes subalternas (Rodríguez Garat, 2022e, pp. 180-1).

Por este motivo, se piensa que en la construcción de políticas públicas sanitarias interculturales, el eje prioritario debe situarse en la creación de espacios que busquen diálogos de saberes entre los conocimientos científicos y los saberes ancestrales. Fundamentalmente, con la intención de que, en dichos espacios, las comunidades Mapuce puedan manifestarse en una relación de simetría (Azpiroz Cleñan, 2020a), que responda a los tres enfoques que resumen sus históricas reivindicaciones: derechos colectivos, derechos de las mujeres y derechos humanos (Rodríguez Garat, 2022e).

De esta manera, resulta indiscutible que todas las propuestas de diseño de políticas públicas y/o programas gubernamentales enfocadas hacia las poblaciones históricamente vulneradas deben originarse a partir de las necesidades concretas que estas enuncian. Para ello, es claro que se requiere de un trabajo planificado, juicioso y estructural, que sienta sus bases en propuestas de carácter intercultural, interinstitucional, interepistémico e interdisciplinario, y que se constituya a nivel de todas las jurisdicciones intervinientes: los territorios comunitarios, municipios, provincias y organismos nacionales (Huipán, 2020a).

Del mismo modo, se entiende que no es menos importante que se contemplen y se diseñen los marcos reglamentarios ineludibles que propicien en materia jurídica, la aplicación fehaciente

de las políticas públicas establecidas (Rodríguez Garat, 2022e). Este aspecto es prioritario, fundamentalmente, en el desarrollo de políticas destinadas a implementar infraestructura apropiada en postas sanitarias, y en aquellas que promuevan una distribución equitativa de médicos con formación intercultural.

Ambos aspectos resultan primordiales, en el marco del diseño de políticas públicas destinadas al favorecimiento del derecho al acceso a la salud de las mujeres Mapuce. Esto es así debido a las barreras, obstáculos y dificultades concretas que afrontan cotidianamente estas mujeres para acceder al sistema sanitario público. En este caso, se hace referencia tanto a las barreras materiales como a las culturales. De ahí que, en cuanto a las dificultades materiales, como afirma Cicchitti (2020), uno de los principales problemas es la distancia geográfica, debido a que la mayoría de las comunidades originarias residen en zonas rurales, alejadas de los puestos de salud y hospitales. Claramente, esta situación exige pensar, por un lado, en la necesidad de medios de traslado, pero también, en la falta de caminos accesibles y en la carencia de transportes disponibles. Por otro lado, también impone la necesidad de contar con los recursos económicos necesarios para dichos traslados, atención médica de especialistas, trámites burocráticos, compra de medicamentos, costo de tratamientos indicados, entre otros (Rodríguez Garat, 2022e).

Es interesante subrayar, en consonancia con el planteo de Cicchitti (2020), que estos indicadores se intensifican y complejizan aún más cuando el foco de análisis se orienta hacia las mujeres indígenas, debido a las dificultades de “acceso a la cobertura de salud privada, ya sea a través de sistemas de medicina prepaga u obras sociales”. Claramente, esta desigualdad en el plano material encuentra estrecha vinculación con la imposibilidad que tienen las mujeres indígenas para insertarse en el mundo laboral (con todos los beneficios que esto trae aparejado, tratándose de un trabajo registrado).

En cuanto a las barreras culturales, por su parte, se pueden mencionar la falta de información y conocimiento necesarios, por parte de las mujeres indígenas, para defender sus derechos de acceso a la salud; como también, las sistemáticas situaciones de violencia estructural hacia estas mujeres, plasmadas en la discriminación por su identidad y pertenencia étnica; y finalmente, aunque no se espera agotar la lista, es preocupante notar la falta de consideración y ejecución de las necesarias adecuaciones culturales (barreras idiomáticas, por ejemplo) o de la inexistente incorporación de un enfoque integral de género por parte de las políticas sanitarias.

Consecuentemente, estas barreras inciden en el crecimiento de las tasas de mortalidad materno-infantil, como resultante de la sumatoria entre los embarazos no planificados a temprana edad y la falta de acceso al sistema público de salud en el momento del parto. Por este motivo, es fundamental que las políticas públicas se centren en un enfoque que garantice un sistema de salud intercultural, feminista y de derechos humanos, que responda a las necesidades históricas reafirmadas y re-enunciadas por las mujeres indígenas Mapuce (Rodríguez Garat, 2022e).

Sintetizando, se considera prioritario suscitar propuestas de diseño de políticas públicas para el sistema sanitario, que reconozcan y disminuyan las consecuencias de la opresión interseccional

que afecta a las mujeres Mapuce en el acceso al derecho a la salud. Evidentemente, estas propuestas de políticas públicas de salud intercultural deben centrarse en un enfoque integrado por las dimensiones: género, etnia, clase social, geografía, entre otras, con la finalidad de que permitan comprender y resolver las dificultades y los obstáculos que las mujeres Mapuce deben eludir para acceder a la atención médica intercultural.

No obstante, siguiendo a Cicchitti (2020), es importante resaltar que se entiende que este acceso al derecho a la salud no debe reducirse a una indefectible inserción en un mundo occidentalizado, ajeno e indiferente ante la herencia ancestral originaria. Por ello, se propone una política de salud intercultural para establecer, de este modo, métodos que, en el interior del sistema de salud público, promuevan la participación y la autonomía relacional de las mujeres Mapuce para decidir sobre su propia salud (Drake, 2014, p. 6).

Se concibe que plantear, diseñar y desarrollar políticas públicas para incrementar el acceso equitativo a los servicios integrales de salud resulta ser un verdadero desafío. Por este motivo, con el evidente objetivo de garantizar el acceso a beneficios comunes universales, estas políticas deben implicar, además, una reducción de los enormes costos asociados a la atomización financiera, bajo la figura de un Estado garante del bienestar de la población (Belló y Becerril-Montekio, 2011, p. 107), con un claro retraimiento del gasto de bolsillo del paciente (Rodríguez Garat, 2022e).

De la misma manera, como se planteó anteriormente, es sumamente importante que las políticas sanitarias se orienten a la federalización del sistema, puesto que este marco permite promover el acceso sanitario equitativo de toda la población del territorio argentino, mediante la provisión de recursos materiales y humanos a los Centros de Atención Primaria (CAP), como también mediante la disposición de las prestaciones de mayor nivel de complejidad (Rodríguez Garat, 2022e). Ciertamente, cada provincia deberá operar sobre su realidad particular, buscando de este modo identificar ejes comunes, para avanzar hacia una segunda instancia regional y nacional. En este contexto, tal como afirman Belló y Becerril-Montekio (2011), “se requiere que el Estado nacional cree las condiciones para que se debata la implantación de sistemas provinciales integrados o esquemas de aseguramiento social en salud por jurisdicción” (p. 107).

En resumen, se piensa que los principios aquí señalados son ineludibles para el diseño de programas gubernamentales y/o políticas públicas sanitarias interculturales. Sin embargo, se considera de cabal relevancia que el diseño de estas políticas retome el marco conceptual desarrollado antes, y se constituya a partir de la elaboración de políticas preventivas que se antepongan a la intolerancia cultural y epistémica producida por el propio sistema biomédico. En efecto, el próximo apartado se propone elucidar los aspectos integrales necesarios para dar respuesta a esta problemática.

6. Criterios centrales a considerar en la confección de políticas públicas en salud

A partir de lo desarrollado hasta el momento, y esencialmente, a partir del intento de examinar la construcción de un abordaje sanitario integral y federal, se considera que surge la nece-

sidad de plantear algunos aspectos esenciales a ser tomados en cuenta para efectuar un abordaje sanitario intercultural. Para ello, se brindará una propuesta centrada en tres criterios de análisis y aplicación que prioricen el derecho a la salud desde la pluralidad histórico-cultural, situado en la compleja diversidad de nuestra sociedad.

Así, el primero de ellos, se vincula con el diseño del marco conceptual para la formulación de políticas públicas. Notoriamente, este planteo debe centrarse en un enfoque interseccional, que articule la diversidad de esferas que funcionan como un eje indispensable e inexcusable para el análisis: etnia, género, clase social, geografía, edad. Por su parte, el segundo criterio de esta propuesta, busca configurar un plan que apunte a resolver las problemáticas surgidas como consecuencia de las injusticias epistémicas, tanto testimoniales como hermenéuticas (Fricker, 2017), que se originan en la atención sanitaria biomédica, cuando dichas prácticas no responden a la cosmovisión cultural de las mujeres indígenas que participan de ella. Indudablemente, este segundo criterio está orientado hacia la formación académica de los profesionales de salud (en formación y activos) en enfoques interculturales y en justicia epistémica. Y finalmente, el tercer criterio se centra en crear las condiciones adecuadas en los establecimientos sanitarios para institucionalizar el diálogo intercultural con la medicina indígena y co-construir formas comunes de cuidado de la salud.

De lo dicho surge que, para el abordaje intercultural de salud en mujeres indígenas, resulta fundamental plantear estos tres criterios, que sirvan de base en tanto marcos adecuados (Fraser y Honneth, 2006) para la formulación de políticas públicas. En particular, motiva anticipar que el primer criterio involucra un enfoque integrado que considere la relación entre género y etnia, incorporando también la dimensión de clase social, geografías (pensando en la dicotomía centro-periferia y las concomitantes posibilidades de acceso a los bienes comunes que esta distribución trae aparejada), y también la variable etaria, lo que permite poner en evidencia y denunciar situaciones de discriminación, segregación y desigualdad concretas en el acceso a las oportunidades (Rangel y Valenzuela, 2004).

Es importante analizar de modo vinculante las diversas esferas: género, etnia, clase social, geografía y edad, porque son “sistemas interconectados de relaciones y significados”, que oprimen de manera simultánea a los grupos sociales, desde distintos sistemas de dominación (Rangel y Valenzuela, 2004). De modo que resulta necesario, para abordar interculturalmente la salud en las mujeres Mapuce, plantear un enfoque interseccional en salud (género, etnia, clase social, edad, geografías) para lograr una evaluación integral de los impactos sociales esperados a nivel sanitario (Rodríguez Garat, 2022e).

Paralelamente, atendiendo al segundo criterio presentado, deben replantearse las prácticas profesionales, fundamentalmente en lo concerniente a la incorporación de asignaturas referidas a la interculturalidad y a la justicia epistémica en los planes de estudio, para que este enfoque sea construido y debatido durante la formación. Ciertamente, este aspecto incluye la necesidad de rever y reconfigurar los fundamentos epistémicos de la tradicional currícula formativa. Del mismo modo, es de vital importancia que las temáticas interculturales ocupen un lugar prioritario en

los modelos de investigación médica, en las universidades y centros de investigación financiados estatalmente.

Asimismo, en relación al planteo esbozado en el tercer criterio, es imprescindible establecer, en el plano social y comunitario, las bases de respeto y reconocimiento que permitan el acceso a la salud para las mujeres indígenas. Para ello, es claro que la ciencia y la medicina “oficial” deben interactuar y dialogar con la medicina indígena, y para ello, pueden establecer distintos acercamientos mediante la incorporación de agentes sanitarios que funcionen como facilitadores en las comunidades (Rodríguez, 2021b).

Sin embargo, para que esta interacción y este diálogo intercultural se lleven a cabo, se considera lícitamente que, la institucionalización de estos mecanismos dialógicos por parte del sistema biomédico actúa como condición *sine qua non* para que esta herramienta resulte exitosa. De ahí que, desde el marco de los centros médicos hegemónicos, se podrá promover el acceso a infraestructuras hospitalarias integrales y a prácticas médicas interculturales (atención primaria de la salud y partos respetados, por ejemplo), evitando “caer en la parcialización, y en la discriminación de las mujeres indígenas”, priorizando, de esta manera, que el acceso a la salud “sea desde la integralidad y armonía, y no se convierta en una violencia más hacia propias formas de vivir” (ELA y COAJ, 2016, p. 36).

Ahora bien, se sabe que en muchos países de América Latina se han redefinido políticas y modelos de atención a la salud, sin conseguir mejorar las condiciones de salud de las poblaciones a quienes se dirigían. Sin embargo, se entiende, en consonancia con Almeida Filho (1992), Sy (2008), Remorini y Palermo (2015), que esto se debe a la incongruente “base conceptual en el diseño, planificación, organización y administración de los servicios de salud” (p. 252), que “se corresponden casi exclusivamente con una perspectiva epidemiológica convencional, sin contemplar la naturaleza histórica y sociocultural de los problemas de salud” (Rodríguez Garat, 2022e, p. 187).

Precisamente, por ello, se desprende que la propuesta presentada es conducente a mejorar la atención intercultural de las mujeres Mapuce, porque parte de evidenciar las fisuras del sistema estatal, y, posteriormente, busca construir, desde esta base, propuestas de políticas públicas que promuevan mecanismos emancipatorios y favorecedores del acceso a derechos humanos para estas comunidades vulneradas. Evidentemente, frente al contexto de creciente marginalidad y vulneración de derechos y oportunidades que promueve el capitalismo, las propuestas de políticas públicas que se centren en ampliar los canales participativos de la democracia, necesariamente, resultan ser superadoras (Rodríguez Garat, 2022e). En este sentido, en coincidencia con el planteo de Rita Segato (2010), desde este artículo, se reafirma la necesidad de exaltar la ampliación de derechos, promoviendo la formulación de canales de deliberación y construcción colectiva, desde un Estado vasto y democrático. De allí que, tal como afirma la autora, un Estado resulta ser efectivo cuando, lejos de imponer su propia ley, se convierte en restituidor “de la jurisdicción propia y del fuero comunitario, garante de la deliberación interna, coartada por razones que se vinculan a la propia intervención y administración estatal” (p. 8).

En efecto, en este escrito, se pretende afirmar que todos estos temas aquí trabajados conducen hacia un largo y necesario debate en torno a democratizar la democracia. Con este propósito, se ha desplegado una propuesta tendiente a la formulación de los marcos adecuados requeridos para promover políticas públicas en salud orientadas a un abordaje intercultural. En fin, desde este encuadre, se considera de fundamental relevancia establecer propuestas ancladas en pilares éticos, de género(s) y epistémicos, que defiendan una base de justicia social mínima, en el marco de la confección de toda política pública.

7. Conclusión

En este artículo se ha propuesto reflexionar acerca de cuáles son los marcos más apropiados para poder diseñar, construir y ejecutar políticas públicas y/o programas gubernamentales en salud, orientados a propiciar una atención sanitaria con impacto intercultural e interepistémica que responda a la cosmovisión cultural propia de las mujeres indígenas Mapuce de nuestro territorio argentino.

Para ello, se ha planteado la radical importancia de establecer un posicionamiento teórico-político no solo respecto a la reivindicación de las necesidades históricas de las mujeres indígenas, sino más precisamente, atendiendo a las obligaciones inherentes al Estado para el cumplimiento de sus obligaciones y compromisos, en materia de derechos, en relación con el desarrollo de las capacidades humanas, en particular, orientado hacia las mujeres pertenecientes a las comunidades indígenas Mapuce.

En consecuencia, en este artículo se ha intentado formular una propuesta integrada por tres criterios que respondan a las necesidades básicas de acceso a la salud de las mujeres indígenas. El planteo presentado involucra: (I) un abordaje interseccional de los esquemas opresivos (género, clase, etnia, geografía, edad); (II) el desarrollo de propuestas formativas interculturales, con enfoque de justicia epistémica, para los profesionales de la salud; y, por último, (III) que se institucionalicen los espacios de construcción dialógica de saberes y conocimientos, con base en el respeto y el reconocimiento, entre la medicina ancestral y la medicina occidental, a partir de diversas instancias de participación, de construcción y socialización de saberes, por parte de los centros médicos hegemónicos. En fin, se cree que estos criterios se plantean en la necesidad de priorizar el derecho a la salud intercultural de las mujeres Mapuce desde la pluralidad histórico-cultural, situados en la compleja diversidad de nuestra sociedad.

Referencias

- Ameghino, N. (2011). ¿Interculturalidad hegemónica o emancipatoria? Una aproximación a la gestión intercultural en Neuquén, Argentina. *Interculturalidad y crisis del Estado nación*, 6(11), 83-108.
- Azpiroz Cleñán, V. (2020a). El movimiento indígena está de pie [entrevista]. *Radio Kermes*. <https://www.radiokermes.com/conversaciones/1823-el-movimiento-indigena-esta-de-pie>
- Ballesteros, M. S. (2017). El sistema sanitario argentino: un análisis a partir de la evolución de los establecimientos de salud desde mediados del siglo XX a la actualidad. *Millcayac-Revista digital de Ciencias Sociales*, 4(6), 169-174. <http://revistas.uncu.edu.ar/ojs/index.php/millca-digital/article/view/886>
- Barroso, J. M. (2014). Feminismo decolonial: una ruptura con la visión hegemónica eurocéntrica, racista y burguesa. Entrevista con Yuderkys Espinosa Miñoso. *Iberoamérica Social: revista-red de estudios sociales (III)*, 22-33. <http://iberoamericasocial.com/feminismo-decolonial-una-ruptura-con-la-vision-hegemonica-eurocentrica-racista-yburguesa>
- Belló, M., y Becerril-Montekio VM. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Publica Mex*, 53 supl. 2, S96-S108.
- Cicchitti, A. (2020). El lugar de las mujeres indígenas. Género y diversidad sexual. *Soberanía Sanitaria*. <http://revistasoberaniasanitaria.com.ar/el-lugar-de-las-mujeres-indigenas/>
- Confederación Mapuce de Neuquén (2010). *Propuesta para un kvme felen mapuce*. Neuquén. <https://cutt.ly/qFf14tg>
- de Ortúzar, M. G. (2018). “Cobertura universal de salud” vs. “Derecho a la salud”. Un análisis ético y político sobre lo “universal” en salud en “tiempos de restauración conservadora. *REvISe, Revista de Ciencias Sociales y Humanas*, 12(12), 103-116.
- de Ortúzar, M. G. y Médici, A. (2019). El “derecho a la salud” como derecho humano: abordaje conceptual transdisciplinar. En M. Cristeche y M. Lanfranco Vázquez. (coords.), *Investigaciones sociojurídicas contemporáneas*. Malisia.
- Decreto 908/2016. Cobertura Universal de Salud.
- Doyal, L. y Gough, I. (1991). *A theory of human need*. MacMillan.
- Drake, E. (2014). El significado cultural del parto: perspectivas de mujeres mapuche. *Independent Study Project (ISP) Collection*. 1844. https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/1844
- ELA (Equipo Latinoamericano de Justicia y Género) y COAJ (Consejo de Organizaciones Aborígenes de Jujuy). (2016). *Mujeres indígenas en la provincia de Jujuy. Hacia un abordaje integral sobre el acceso a los derechos* [informe]. Embajada de Noruega. <https://cutt.ly/vFf1fk9>
- Feltri, A. Arakaki, A., Justo, L., Maglio, F., Pichún, F., Rosenberg, M., Spinelli, H., Testa, M., Torres Secchi, A., y Ynoub, R. (2006). Salud reproductiva e interculturalidad. *Salud Colectiva*, 2(3), pp. 299-316. <https://doi.org/10.18294/sc.2006.75>
- Fraser, N., y Honneth, A. (2006). *¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político-filosófico*. Morata.

- Fricker, M. (2017). *Injusticia epistémica* (Ricardo García Pérez, Trad.). Herder.
- García Gualda, S.M. (2013). Las otras actrices políticas de la provincia de Neuquén: las Mapuce. *Identidades*, 54-59.
- García Gualda, S. M. (2015). Cuerpos femeninos/territorios feminizados: las consecuencias de la conquista en las mujeres mapuce en Neuquén. *Multidisciplinary Journal of Gender Studies*, 4(1), 586-611.
- Huilipán, V. (2020a). Desde el Ministerio de las mujeres, Verónica Huilipán enfrentará la violencia contra las hermanas originarias [entrevistada por Angélica Mendoza]. *Indymedia Argentina*.
- IPES Elkartea (s.f.). *Mapuches: los derechos de los pueblos indígenas*. <http://www.ipesderechoshumanos.org/actividades/mapuches-derechos-pueblos-indigenas>
- Ministerio de Salud de la Nación (s.f.[a]). *Interculturalidad y salud. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención* [Documento 179]. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2018-10/0000001067cnt-eps-interculturalidad-salud_2017.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación (2012). El derecho a la salud. 200 años de Políticas Sanitarias en Argentina. <https://www.msal.gob.ar/index.php/ayuda/385-el-derecho-a-la-salud-200-anos-de-politicas-sanitarias-en-argentina>
- Nussbaum, M. (1998). Capacidades humanas y justicia social. En defensa del esencialismo aristotélico. En J. Riechmann (comp.) *Necesitar, desear, vivir. Sobre necesidades, desarrollo humano, crecimiento económico y sustentabilidad*. Los Libros de la Catarata.
- Nussbaum, M. (2000). *Women and human development: the capabilities approach*. CUP.
- OPS (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/54-VisionSaludInterculturalPI.pdf>
- Rangel M., y Valenzuela, M. E. (2004). *Desigualdades entrecruzadas: pobreza, género, etnia y raza en América Latina*. Proyecto Género, Pobreza y Empleo en América Latina. Oficina Regional de la OIT para América Latina y el Caribe.
- Remorini, C., y Palermo, M. L. (2015). Salud materno-infantil y políticas públicas para pueblos originarios. En E. Langdon y M. Cardoso (organizadoras), *Políticas comparadas em saúde indígena na América Latina*. Ed. da UFSC.
- Rodríguez Garat, C.D. (2021a). Abordajes teórico-normativos en torno a políticas sanitarias y a problemáticas vivenciadas por mujeres mapuce en la atención sanitaria. *Divulgatio. Perfiles académicos de posgrado*, 6(16), 1-29, <https://doi.org/10.48160/25913530di16.192>
- Rodríguez Garat, C.D. (2021b). El derecho a una salud intercultural. *Revista de Filosofía y Teoría Política*, 51, e032. <https://doi.org/10.24215/23142553e032>
- Rodríguez Garat, C.D. (2022a). Justicia epistémica y participativa en el acceso a la salud de mujeres de comunidades mapuce. Atención de la salud del parto. *Resistencias. Revista de Filosofía de la Historia*, 3 (5), e21060. <https://doi.org/10.46652/resistencias.v3i5.60>
- Rodríguez Garat, C.D. (2022c). Marco jurídico normativo de la atención intercultural de las mujeres mapuce. El caso de los servicios sanitarios de Neuquén. *Revista Escuela Judicial*, (2).

- Rodríguez Garat, C.D. (2022e). *Cuerpos-territorios de las mujeres mapuce. Testimonios de opresión y de resistencia*. Unidad de Publicaciones Ciencias Sociales. Universidad Nacional de Quilmes
- Segato, R. (2010). Género y colonialidad: en busca de claves de lectura y de un vocabulario estratégico descolonial. Hacia un pensar interpelado y disponible. En A. Quijano y J. Mejía Navarrete (eds.) *La cuestión descolonial*. Universidad Ricardo Palma-Cátedra América Latina y la Colonialidad del Poder.
- Sen, A. (1993). Capability and well-being. En M. Nussbaum y A. Sen. (eds.) *The quality of life*. Clarendon Press.
- Sy, A. y Remorini, C. (2008). *Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión*. VI Jornadas Nacionales de Investigación Social sobre la Infancia, la Adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del Niño y las Prácticas sociales “Oportunidades”. Universidad del Sur, Bahía Blanca.
- Tobar, F. (2012). Breve historia del sistema argentino de salud. En O. Garay. (Coordinador). *Responsabilidad profesional de los médicos. Ética, bioética y jurídica: civil y penal*. La Ley.
- Tuchin, F. (2018). Las grandes desigualdades del sistema sanitario en Argentina. La segmentación y la fragmentación son los grandes problemas de la salud pública: barreras geográficas y culturales dificultan el acceso. *El País*. https://elpais.com/elpais/2018/05/28/planeta_futuro/1527542153_576805.html

AUTORA

Cintia Daniela Rodríguez Garat. Estudiante de doctorado en Filosofía por la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación de la Universidad Nacional de La Plata. Magíster en Filosofía por la Universidad Nacional de Quilmes. Maestranda en Bioética (Flacso). Es Especialista y Diplomada Superior en Bioética (Flacso).

DECLARACIÓN

Conflicto de intereses

La autora declara que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento

No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimientos

N/A

Nota

El presente artículo se desprende de una tesis de maestría en Filosofía (UNQ).