

SALUD INDÍGENA: UNA REFLEXIÓN CRÍTICA Y MIRADAS ALTERNATIVAS A LA PERSPECTIVA INTERCULTURAL

INDIGENOUS HEALTHCARE: A CRITICAL REFLEXION AND ALTERNATIVES VIEWS ABOUT THE INTERCULTURAL PERSPECTIVE

Lila Aizemberg

CIECS (CONICET-UNC)

lilaaizen@hotmail.com

Resumen

Desde una perspectiva teórica, este artículo se propone aportar nuevas miradas al campo de estudio de la salud indígena y la interculturalidad a través de una reflexión teórica basada en la teoría del capital social y la sociología de la cultura. Por un lado, el artículo da cuenta del carácter valorativo/normativo que caracteriza a la aproximación intercultural al momento de identificar los problemas de la salud indígena y proponer soluciones. Por otro lado, aporta una nueva aproximación sobre cómo los programas de salud pueden impactar positivamente en el acceso de las poblaciones a los servicios de salud, la cual lejos de estar centrada en la posibilidad de superar las barreras culturales, podría ser el resultado del fortalecimiento de las redes de cooperación interna.

Abstract

From a theoretical approach, this article proposes to incorporate new views about the indigenous health field and interculturality through a theoretical reflexion based on the social capital theory and the sociology of culture. On the one hand, the article reveals the normative/value point of



view that characterized the intercultural approach when it identifies health indigenous problems and proposes solutions. On the other hand, the article suggests new approaches about how intercultural health programs may impact on indigenous' healthcare access. Rather than being based on overcoming cultural barriers, access to healthcare can be explained by tapping on cooperating internal social networks.

Palabras claves: salud indígena, interculturalidad, cultura, capital social, Argentina

Key words: indigenous health, interculturality, culture, social capital, Argentina.

Introducción

Los pueblos indígenas en América Latina han sido históricamente identificados como uno de los grupos más vulnerables en términos de salud y con mayores demandas para que sus intereses sean reconocidos (Montenegro y Stephens, 2006). Sin embargo, es recién a mediados de los años 90s que las instituciones sanitarias comenzaron a darles prioridad, reconociendo la cultura tradicional (prácticas, conocimientos y valores) en las políticas nacionales de salud. Desde mediados de los años 90s, gobiernos y agencias de cooperación se encontraron con el gran desafío de combatir las inequidades sociales que habían quedado como saldo de las reformas del sector salud de los años 80s.¹

El diagnóstico del impacto de las reformas mostró grandes brechas en los indicadores de salud de la población en su conjunto y en particular entre la población indígena y no indígena (Hall y Patriños, 2006). La conclusión a la que arribaron agencias e instituciones sanitarias que analizaron el impacto de las reformas indicó que los bajos índices de salud de las poblaciones indígenas responden principalmente a las

diferencias culturales que obstaculizan el acceso a los servicios de salud modernos (Ramírez Hita, 2006). Las diferencias culturales responderían a las distintas cosmovisiones y enfoques respecto al cuidado de la salud así como a la forma de explicar la enfermedad entre la población y los proveedores de salud (Camacho, Castro y Kaufman, 2006). En la práctica, la falta de entendimiento entre usuarios y proveedores se expresaría en una fuerte resistencia de los indígenas al uso de los servicios de salud y a una alta desconfianza hacia los profesionales que ejercen la medicina moderna (González Salguero, Martín, Pérez Mendoza y Vernon, 2005).

El reconocimiento de la cultura local significó un cambio radical del foco provisto durante los años que funcionó la reforma del sector salud en la región: en vez de concentrarse en aumentar la cobertura de los servicios a través de la expansión de la oferta, las instituciones sanitarias se concentraron en fortalecer los servicios a través de su adaptación a la cultura local (Hall y Patrinos, 2006).² El proyecto de adaptación de los servicios de salud modernos a la cultura indígena se tradujo en la implementación de programas con *perspectiva intercultural*. La *perspectiva intercultural aplicada al campo de la salud* ha sido definida como una aproximación que tiene como objetivo principal reducir las brechas entre el sistema de salud “occidental” y el “tradicional” indígena, sobre la base de respeto mutuo e igual reconocimiento de los sistemas de conocimiento (Torri, 2012: 31).³ La perspectiva intercultural ha sido concebida como un instrumento clave para mejorar la salud de las poblaciones indígenas y aumentar la confianza entre estas últimas y los equipos de salud (O’Neill, Bartlett y Mignone, 2006). Desde fines de la década de 1990, un importante número de países latinoamericanos han realizado importantes esfuerzos para llevar a cabo programas de salud interculturales con el objetivo de promover la inclusión y participación de las poblaciones indígenas en el diseño de las políticas así como de garantizar los derechos a la salud de los pueblos indígenas de acuerdo a sus costumbres y tradiciones (Torri, 2012)⁴

En la Argentina, las poblaciones indígenas han tenido históricamente los peores indicadores socioeconómicos y de salud. Según

datos del Censo Nacional de 2010, el 23,5% de la población indígena en el país posee necesidades básicas insatisfechas (NBI), valor muy alto si se compara con el total nacional (14,3%). En relación con los promedios nacionales, los indígenas poseen una esperanza de vida menor y mayores tasas de mortalidad materna e infantil y padecen tasas desproporcionadamente más altas de malnutrición y enfermedades infecciosas (OPS, 2008). Los valores bajos de estos pueblos en torno a los indicadores de salud se correlacionan con la baja cobertura de salud (UNICEF, 2012).

Las provincias de Chaco, Formosa, Jujuy y Misiones presentan los peores indicadores en relación al acceso a servicios de salud. Por ejemplo, si bien más del 80% de las embarazadas se hizo al menos un control en un hospital o centro de salud, son pocas las que cumplen con el mínimo de controles que recomienda la Organización Mundial de la Salud (al menos cuatro). Estas cuatro provincias son además las que registran más partos domiciliarios sin personal calificado en el ámbito rural, donde las mujeres tienen más dificultades para llegar a los puestos sanitarios. (UNICEF, 2012). En aquellas comunidades donde sólo se habla la lengua indígena, como el mbyá guaraní en Misiones o el wichí en la provincia del Chaco, Formosa y Salta, la situación es aún más problemática. Además de la barrera comunicacional entre las mujeres y los equipos de salud, estas comunidades se enfrentan con barreras geográficas y del sistema sanitario producto del hecho de vivir en comunidades rurales alejadas de los centros de salud y con deficiente capacidad resolutive (UNICEF, 2010).

Las precarias condiciones socioeconómicas que padecen las comunidades indígenas se refleja en el tipo de enfermedades que padecen estos pueblos y en su perfil sanitario. La situación de pobreza repercute en la morbilidad por enfermedades crónicas y degenerativas en población adulta así como diarreas, infecciones respiratorias y parasitosis en niños y niñas⁵. En resumen, la salud indígena en la Argentina es un problema complejo donde convergen distintos determinantes sociales: las dificultades de acceso geográfico y falta de recursos para trasladarse a los servicios de salud, la baja capacidad resolutive de los servicios de

salud ubicados en zonas rurales y los problemas de comunicación entre efectores y comunidades.

En la Argentina, durante las últimas dos décadas, la “interculturalidad” como tópico de intervención ha ido conquistando un espacio preponderante en la arena pública a la hora de fundamentar los lineamientos de los programas dirigidos a la población indígena (Lorenzetti⁶, 2009). El Ministerio de Salud Nacional ha desarrollado distintas iniciativas dirigidas hacia el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas como el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para Poblaciones Indígenas (ANAHI), el Subprograma de Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios y el Marco de Planificación para Pueblos Indígenas en el Proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública (FESP). Estas iniciativas se han focalizado en la formación y capacitación de agentes sanitarios y en la “adaptación cultural” de los programas de salud. El ANAHI, por ejemplo, es un programa de formación y capacitación de agentes sanitarios indígenas con el fin de que estos se integren en los equipos de atención primaria como “facilitadores interculturales” y sean nexos entre el sistema de salud formal y las comunidades indígenas. Asimismo, el Subprograma de Equipos Comunitarios tiene como objetivo formar personal sanitario en salud comunitaria e intercultural para la atención primaria. Por último, el Proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP) está vinculado al desarrollo de Planes Provinciales Indígenas que faciliten la “adecuación cultural” de los programas priorizados para las comunidades indígenas, en especial aquellos relacionados con la prevención de enfermedades crónicas (Lorenzetti, 2009).

Interesante es observar que los programas de salud que han incorporado el componente intercultural parten de la base de que la capacitación y formación de los agentes sanitarios pueden generar un cambio en los comportamientos preventivos de la población indígena y aumentar su acceso a los servicios de salud. Como menciona Ramírez Hita en la misma línea para el caso boliviano, se parte del

“supuesto de que capacitando a los representantes del sistema médico, estos podrán hacer de mediadores con la comunidad y

ayudarán a transformarla. El eje de reflexión está puesto en la transformación de los terapeutas tradicionales a través de la incorporación del saber médico por medio de la enseñanza en la detección de riesgos y acciones preventivas” (Ramírez Hita, 2006: 405).

En otras palabras, los programas de salud con perspectiva intercultural entienden que la capacitación de agentes de salud permitirá transformar los valores de las poblaciones indígenas sobre la salud -más acordes a los parámetros de la medicina moderna-, modificando sus prácticas preventivas y alcanzando así mejores indicadores de salud.

Desde una mirada crítica y con una perspectiva teórica, este artículo pretende poner en evidencia el carácter normativo/valorativo que tiene la aproximación intercultural a la hora de identificar los problemas de salud de las poblaciones indígenas y proponer soluciones. Los estudios críticos a la aproximación intercultural de la salud, especialmente de los pueblos indígenas, no es nueva. Distintos trabajos han puesto en evidencia la mirada reduccionista que se ha tenido al momento de analizar el proceso de salud, enfermedad y atención de las poblaciones indígenas, la cual ha estado centrada exclusivamente en las relaciones interculturales o los problemas de comunicación entre proveedores y usuarios. El antropólogo Eduardo Menéndez ha sido pionero en este campo al poner de manifiesto el dominio de los estudios vinculados a los procesos de salud-enfermedad-atención que, centrados en la comunidad, las enfermedades tradicionales y la integración cultural, han sesgado la explicaciones de las causas sociales, culturales o políticas detrás de dichos procesos (Menéndez, 1985). En la misma línea, tanto Menéndez como otros autores (Ramírez Hita, 2009⁷; Ramírez Hita, 2006; Menéndez, 2002; Menéndez, 2006; Allué, Mascarella, Bernal y Comelles, 2006) han cuestionado el concepto mismo de interculturalidad así como las políticas llamadas interculturales señalando la falta de un análisis más amplio respecto a las condiciones socio-políticas y económicas en el que se desarrollan las relaciones entre personal sanitario y pueblos indígenas y que explican las inequidades en salud de estos últimos así como su bajo nivel de acceso a los servicios.

Acompañando a estos estudios, este artículo pretende aportar nuevas miradas al campo de estudio de la salud indígena y la interculturalidad abriendo nuevos interrogantes para pensar estrategias en el mejoramiento de la salud indígena, especialmente a la hora de reducir las brechas entre poblaciones indígenas y proveedores de salud. Desde que la interculturalidad fue adoptada por los diseñadores de políticas sanitarias, la “adaptación cultural” fue pensada como solución para mejorar el acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de salud. Sin embargo, hasta ahora pocas respuestas se han dado para explicar cómo los programas pueden lograr obtener estos resultados en un contexto de fuertes barreras de acceso a servicios de salud como las que se enfrentan las comunidades indígenas, las cuales abarcan barreras geográficas/económicas, culturales, de clase social, de género y relativas a la baja capacidad de los servicios ubicados en salud rurales (Aizenberg, 2011, 2012a, 2012b; Meentzen, 2001; Bradby y Murphy Law-less, 2005; Pooley, Ramírez y De Hilari, 2008; O’Rourke, Howard-Grabman y Seoane, 1998; Ollé Goig, 2000; Otis y Brett, 2008). El artículo se divide en tres partes. En una primera parte, incorpora la mirada de la sociología de la cultura al análisis ofrecido por la aproximación intercultural en salud, evidenciando tanto el excesivo énfasis valorativo que la aproximación intercultural ha dado a la cultura así como la simplificación que ésta realiza en el abordaje de las causas asociadas a los comportamientos de las poblaciones indígenas. En la segunda parte, el artículo presta atención a la literatura del “capital social” y trae a la luz las redes de cooperación internas indígenas como activos sociales claves para el desarrollo de la salud de las poblaciones. En la tercera parte y última parte, el artículo propone un nuevo abordaje para analizar la problemática de la salud indígena, recuperando las redes comunitarias en salud que poseen las comunidades así como el contexto más amplio donde ocurren los procesos y se enmarcan las relaciones entre proveedores y usuarios.

El “problema” de la cultura en la salud indígena

Mucho antes de la emergencia del campo de la interculturalidad, el interés por el rol que puede jugar la cultura sobre los comportamientos de las personas en situación de vulnerabilidad formó parte de un amplio campo de interés proveniente de los estudios llamados de la “cultura de la pobreza” (Lewis, 1965). El trabajo de Oscar Lewis marcó el comienzo de los estudios interesados en analizar el rol que juega la cultura en la explicación de la pobreza y de los comportamientos de los pobres. La pobreza, señalaba este autor, no puede entenderse solamente como producto de las malas condiciones económicas sino, como resultado de los valores y las prácticas culturales que los pobres desarrollan en estos contextos (Lewis, 1965, 1968). La explicación de Lewis sobre la cultura de la pobreza parte de la definición de cultura dada años anteriores por Talcott Parsons (1951). Parsons había desarrollado una definición de la cultura focalizándose en el rol, que a su juicio, juegan los valores sobre los comportamientos individuales. Según este autor, la cultura o “sistema cultural” está constituido por la organización de valores, normas y símbolos que guían las elecciones que los actores realizan y limitan los tipos de interacción que pueden ocurrir entre ellos. A través de la denominación “*value-orientation*”, Parsons da cuenta de aquellas características de la orientación de los actores que los obligan a seguir ciertas normas, estándares o criterios de elección. La cultura, en tanto sistema de valores, explica las razones por las cuales los actores realizan determinados tipos de elecciones. De esta manera, la cultura da forma a la acción al definir lo que la gente quiere.

Siguiendo la definición de Parsons, Lewis explica que en condiciones de pobreza, las personas están expuestas a un contexto de aislamiento social y económico que los lleva a desarrollar patrones culturales “de pobres” o “resultados no deseados” (Lewis, 1965). La noción de cultura de la pobreza denota una situación en la cual la gente queda atrapada en un ambiente social caracterizado por la irracionalidad, la apatía, la falta de aspiraciones, el fatalismo, etc. Así, Lewis caracteriza

a la pobreza como un fenómeno que se auto-perpetua, reproduciendo a sí mismo. La cultura de la pobreza, señala el autor, es una “forma de vida [...] que se traspa de generación a generación” (Lewis, 1986 citado por Auyero, 1999: 56). Desde esta visión, se entiende que las personas pobres tienen comportamientos desviados (bajos niveles educativos, de salud, laborales) porque han quedado fuera de la influencia de las instituciones y de los modelos de vida que puedan transmitirles “valores adecuados”. En resumen, según esta visión las acciones de las personas pobres son vistas como consecuencia de sus valores u orientaciones normativas, dejando claro que el problema -y la solución- de las personas pobres está en la cultura.

Este artículo interpreta que la aproximación en salud intercultural comparte la conceptualización ofrecida por la teoría de la cultura de la pobreza al momento de interpretar los comportamientos de las poblaciones indígenas. La idea convencional detrás de esta explicación es que la persistencia de los bajos niveles de salud y el rechazo a los servicios de salud responde a un problema cultural. Los “comportamientos desviados” que presenta esta población en torno a su salud se explicarían por la falta de contacto, las “diferencias culturales” o la “barrera cultural” respecto a la medicina moderna. A partir de esta interpretación es que los programas en salud entienden que para modificar los comportamientos de las poblaciones indígenas respecto al cuidado de su salud es condición necesaria trabajar sobre su cultura.

A pesar de la influencia que ha tenido la teoría de la cultura de la pobreza, la sociología de la cultura ha buscado desafiarla, acusándola de “culpabilizar a las víctimas” de su propio destino (Small, Harding y Lamont, 2010). El principal problema de la teoría de la cultura de la pobreza, indicó la crítica, ha sido su limitación argumentativa centrada en la noción de cultura como valores, creencias compartidas o ideas. La visión de Parsons, según perspectivas críticas a la misma, ha interpretado erróneamente la conexión entre pobreza y cultura, no sólo transformando nociones sociales en razones psicológicas sino implicando que las personas pueden dejar de ser pobres “si cambian de cultura”. En particular, estas perspectivas críticas indicaron que la teoría de la cultura

de la pobreza se equivocó en señalar que valores determinan las acciones; que existe un conjunto coherente o creencias compartidas por un mismo grupo que hace a su “cultura” y que la cultura es fundamentalmente estática donde las personas juegan un rol mínimo sobre sus prácticas. Como consecuencia de esto, se llevó erróneamente a interpretar que la solución a la pobreza debía concentrarse en generar cambios a nivel cultural, es decir sobre los valores, las ideas y las creencias de las personas.

La sociología de la cultura ha buscado desarrollar nuevas aproximaciones sobre la cultura con el objetivo de entender en profundidad cómo la misma opera sobre la acción. Estas aproximaciones ofrecieron miradas alternativas sobre la conexión tradicional entre cultura y pobreza, abriendo el juego para pensar la movilidad social y la acción individual y grupal en contextos de vulnerabilidad. Desde entonces, se buscó una transformación en la manera de concebir la cultura que implicó un cambio desde un abordaje de la misma centrada en las ideas, creencias o valores individuales a otro que la ve como un conjunto de prácticas socialmente organizadas (Auyero, 1999). Esta nueva manera de entender la cultura como imbricada en las prácticas procura abandonar la interpretación de la misma en términos de causa-efecto para abordar el valor explicativo de múltiples prácticas cotidianas. Así, la cultura comienza a ser mayormente concebida como una “caja de herramientas” que las personas utilizan para dar sentido a sus acciones (Swidler, 1986). Desde este punto de vista, no se entiende que hay un sistema de valores que determinan la acción, sino que se asume que la acción depende del sistema de significados; es decir de cómo la gente da sentido el contexto en el que viven y responde a él. Así, se busca salir de un tipo de análisis focalizado en cómo las condiciones estructurales determinan los patrones culturales de las personas; a otro acerca de cómo personas interpretan el contexto en el que viven y responden a estas circunstancias. En síntesis, para estas nuevas aproximaciones queda claro que el vivir en la pobreza no necesariamente conduce a la gente a desarrollar determinados orientaciones culturales ni explica en sí mismo los comportamientos de las personas.

Las reflexiones elaboradas arriba evidencian la complejidad que supone incorporar la “variable cultural” en la explicación de los comportamientos de las personas. Desde esta mirada, no basta con agregar “la cultura” o la variable cultural al conjunto de variables causales de la acción colectiva o individual, sino que es necesario interpretar estas acciones como parte de mecanismos culturales ligados a cómo la gente interpreta las oportunidades que le ofrece el contexto y desarrolla estrategias de acción para lidiar con el mismo. En palabras de Ann Swidler “la posibilidad de acción depende de cómo los individuos construyen estrategias de acción, y en esto último, es fundamental la caja de herramientas que llevan consigo” (1986: 275).

La lente de la sociología de la cultura sobre la aproximación intercultural busca poner en evidencia la debilidad que ha tenido esta última para entender las limitaciones existentes en el acceso de las poblaciones indígenas a los servicios de salud modernos. Desde esta perspectiva, el impacto de los programas de desarrollo, como es el caso de los programas con perspectiva intercultural, no puede entenderse como una relación causal, donde el factor “cultural” prima en la explicación de los comportamientos. La cultura “importa” pero no en su capacidad como sistema de valores sino porque provee de las lentes a través de las cuales las personas observan el programa y responden a él. Desde este punto de vista, para explicar la confianza que los indígenas pueden desarrollar con los equipos de salud no basta con observar si un programa de salud que intenta ser sensible a la medicina tradicional consigue aumentar la confianza. Por el contrario, es necesario observar cómo los indígenas interpretan la relación con el personal de salud dentro del contexto más amplio que atraviesa su salud y responden a dicha relación aumentando sus posibilidades de acceso a servicios sanitarios. En este sentido, vale la pena rescatar las limitaciones que tienen las poblaciones indígenas argentinas para acceder a los sistemas de salud y que responden a múltiples factores que exceden lo puramente vinculado al campo de la salud. Según datos del Censo de Población del 2010, entre los determinantes sociales que afectan la salud de la población indígena, se encuentran las condiciones deficitarias que caracterizan casi

el 30% de los hogares indígenas, así como también el bajo nivel de asistencia a un establecimiento educativo de la población adolescente que sólo alcanza al 64,6 del total con diferencias significativas entre la comunidad Mbyá Guaraní (33,1%) o Wichí (46,3%), incluyendo las diferencias por sexo en el acceso al sistema educativo -y a la lengua española- a favor de los varones.

En lo que sigue, se respuestas alternativas respecto a cómo los programas interculturales pueden mejorar la salud de las poblaciones indígenas y aumentar su acceso a servicios sanitarios en un contexto de fuertes inequidades sociales como el que viven las comunidades. Para esto, se prestará atención a la teoría del capital social, especialmente la literatura que fue incorporada al campo de la pobreza y el desarrollo indígena, para demostrar la importancia que tiene el capital social “comunitario” en la promoción de la salud.

El capital social aplicado a campo de la promoción de la salud indígena

A partir de la década de 1990, una parte de las ciencias sociales se ha centrado en analizar cómo las personas pueden mitigar los efectos de la pobreza y desarrollar mecanismos para mejorar sus condiciones sociales. Desde el campo del desarrollo, una importante cantidad de autores comenzaron a prestarle atención al rol que puede cumplir el “capital social” en este proceso. Estos estudios han señalado que el capital social, es decir, las redes sociales basadas en la confianza, la reciprocidad y la cooperación dentro de una estructura social determinada, son elementos claves en la mitigación de la pobreza, el aumento del bienestar de las personas y el mejoramiento económico y social de la población (Putnam, 1993; Portes, 1998;; Durston y Duhart, 2003; Kawachi y Sapag, 2007, entre otros). Como tal, han sugerido, que el éxito de los programas de desarrollo depende de la posibilidad que tienen estos últimos de construir capital social: en la medida en que las poblaciones pobres puedan desarrollar relaciones sociales basadas en la confianza, la reciprocidad y

la cooperación, entonces podrán afrontar más fácilmente los obstáculos asociadas a las desigualdades sociales.

Aunque la conexión positiva entre capital social y pobreza arribó en la década de 1990 con los estudios de desarrollo, el concepto de capital social fue introducido a las ciencias sociales a fines de los años 80s de la mano de Pierre Bourdieu y James Coleman. Sin embargo, es la definición de Coleman la que luego fue incorporada a posteriores debates sobre el capital social y el desarrollo, especialmente la que elaboró Robert Putnam basándose en este primer autor. A diferencia de Bourdieu, quien toma al capital social para mostrar cómo determinados grupos producen redes de relaciones ligadas a sus condiciones sociales, Coleman, utiliza el concepto para mostrar su potencial benéfico y transformador. Por esta razón, es que su aproximación es considerada una de las fuentes principales de la literatura que años posteriores incorporó el capital social a los estudios sobre el desarrollo y la promoción de la salud. El trabajo de Putnam, Leonardi y Nanetti (1993) pone el énfasis en el tipo de asociación horizontal a través de redes sociales y normas compartidas y muestra la capacidad de estas últimas en el mejoramiento de la productividad de las comunidades. Más específicamente, muestra cómo estas redes horizontales de reciprocidad, cooperación y confianza son capaces de fortalecer las instituciones de gobierno y el compromiso cívico de sus ciudadanos.

La teoría del capital social comparte ciertos elementos en común con la teoría de la cultura de la pobreza en la medida en que destaca la importancia de mirar los lazos o redes sociales de los pobres y su "calidad". Sin embargo, difiere significativamente con esta última en el punto de partida en el cual observa a los pobres, así como, al carácter o propiedad que tienen sus redes sociales. A diferencia de la teoría de la cultura de la pobreza, la del capital social no entiende que los pobres están caracterizados por lazos débiles o "déficit social" ni que viven en un contexto de aislamiento social que los lleva a desarrollar comportamientos sociales desviados. Por el contrario, la teoría del capital social señala que los pobres no sólo pueden estar en contactos con redes sociales caracterizadas por un alto grado de recursos, sino que pueden usar estas

redes para salir de su condición de pobreza y mejorar sus condiciones de vidas. En otras palabras, mientras que la teoría de la cultura de la pobreza concebía una asociación negativa entre la pobreza y los lazos sociales, la teoría del capital social entiende que esta asociación es positiva.

En el caso de las comunidades indígenas, la teoría del capital social fue incorporada justamente para mostrar la importancia que tienen las redes de cooperación interna tradicionales –como terapeutas tradicionales, parteras y referentes comunitarios- en el desarrollo de las poblaciones (Durston, 1999; Durston y Duhart, 2003). La literatura del capital social ha señalado que la formación de capital social “comunitario” es fundamental para entender el rol que pueden cumplir los lazos intracomunitarios en el impacto de las políticas públicas. El capital social “comunitario” ha sido definido como las redes de cooperación o unión que se logran dar a nivel horizontal (dentro de las propias comunidades o intra-grupos) y que permiten la acción colectiva en la resolución de problemas conjuntos (Durston y Duhart, 2003). En la práctica, se expresa a través de redes sociales o roles comunitarios, los cuales, tienen un sentido de pertenencia y establece determinados fines para los sujetos que los integran. Así, cuanto más fortalecidos estén los lazos comunitarios, más posibilidades tendrán las personas que integran estos grupos de utilizar este recurso social como medio para afrontar las desigualdades sociales en las que viven y mejorar su calidad de vida.

Los autores interesados en analizar la formación del capital social comunitario han desarrollado diferentes aproximaciones para entender cómo las políticas de desarrollo pueden contribuir a su formación. Este tipo de lazo está visto como un vínculo preexistente a la llegada de los programas externos que está debilitado y que necesita de estos últimos para fortalecerse. Como uno de los principales autores interesados en este tipo de capital social dentro de las poblaciones indígenas, Durston (1999) señala que las personas forman parte de importantes de lazos intracomunitarios, los cuales, designan redes informales de cooperación y apoyo mutuo que colabora en el bienestar comunitario. A pesar de esto, señala este autor, en contextos de alta concentración de pobreza, las comunidades carecen de conexiones a un más alto nivel, por lo que las

personas quedan aisladas y débiles y con pocas chances para utilizar sus redes sociales comunitarias como canales para mejorar su calidad de vida. En este escenario, los programas pueden actuar como medios para fortalecer las redes comunitarias en tanto son fuentes de recursos para ampliar las oportunidades de los integrantes de la comunidad. En consecuencia, pueden generar que las redes comunitarias que estaban debilitadas, se transformen en verdaderos medios de acción colectiva o capital social comunitario.

Precisamente por el resultado que había demostrado Putnam acerca del rol que podía jugar el capital social en el desarrollo económico y social, el concepto de capital social se volvió uno de los principales ejes de la literatura interesada en la promoción de la salud (Durston, 2000; Durston y Duhart, 2003; Kawachi y Sapag, 2007; Stephens, 2008; Wallerstein, 1992). El debate del capital social y la promoción de la salud también partió de una mirada política al caracterizar la salud de las poblaciones pobres. En este caso, entendió que los obstáculos que tienen los pobres a la hora de cuidar su salud están altamente asociados a una desigualdad en términos de oportunidades (materiales, sociales y de poder político) (Hawe y Shiell, 2000). Al mismo tiempo, resaltó los factores colectivos de reciprocidad y colaboración de cuidado de la salud presentes en sus redes comunitarias. Desde este reconocimiento, la incorporación del lenguaje del capital social al campo de la promoción de la salud sugirió que el éxito de las políticas de promoción de la salud depende de la formación de capital social comunitario, y este último depende del grado en que los programas de salud sean capaces de fortalecer los activos comunitarios (redes informales destinadas al cuidado de la salud), movilizar nuevos capitales (humanos, financieros) y abrir nuevos espacios de participación comunitaria. En el campo de las políticas, el resultado de este enfoque se plasmó en diversos programas de salud que demostró cómo el fortalecimiento de redes locales de salud y las relaciones de confianza y reciprocidad entre grupos locales, lograron mejorar los comportamientos preventivos y aumentar el uso de servicios de salud por parte de las poblaciones (Uquillas y Van Nieuwkoop, 2003⁸; Uphoff, 2000).

El capital social resulta particularmente interesante para repensar la cultura de las poblaciones indígenas y proponer acciones para mejorar su salud. Por un lado, pensar la problemática de la salud indígena, implica reconocer que las comunidades indígenas poseen importantes activos comunitarios como promotoras de salud, parteras, terapeutas tradicionales y redes informales con un alto potencial para incidir sobre la salud de las comunidades (Aizenberg, 2012a , 2012b). Los activos comunitarios son altamente valorados por las comunidades como agentes sanitarios dentro de sus comunidades y como nexos entre ellos y los equipos de salud. El problema es que las comunidades no logran movilizar estos activos para mejorar su salud en tanto se enfrentan con una variedad de barreras que afectan su acceso a servicios. La dificultad para movilizar estos activos comunitarios tiene impacto negativo sobre la salud de los indígenas pero no por un problema cultural entre la medicina moderna y las prácticas tradicionales, sino porque además, ellos se enfrentan con un escenario de fuerte desigualdades lo cual también hace parte del aislamiento que enfrentan. Como se ha mencionado en la introducción, este escenario ha estado caracterizado por una multiplicidad de factores que abarcan cuestiones sociales, geográficas, culturales, de género y relativas a la deficitaria situación de los sistemas de salud ubicados en zonas rurales aisladas (INDEC, 2010; Vazquez Laba y Páramo Bernal, 2013). En este contexto, los programas de salud que se focalizan en la adaptación cultural o la capacitación del personal sanitario indígena en la cultura del otro no sólo simplifican el problema de la salud indígena sino que adjudican la causa del problema a una cuestión de valores cuando en realidad se trata de una cuestión social de mayor complejidad. En la medida en que la debilidad que tienen sus redes comunitarias se explica por la falta de oportunidades -y no por un problema de valores-, entonces pueden potenciarse si cambia el contexto en el que están insertas. Y esto depende, en gran medida, del rol que pueden cumplir las instituciones sanitarias no solo transfiriendo saberes a los agentes comunitarios y reduciendo las brechas comunicacionales, sino habilitándoles el acceso a recursos materiales, sociales, poder político y abriendo nuevos espacios de participación colectiva. En otras

palabras, se entiende que el fortalecimiento de las redes comunitarias puede ser clave en el desarrollo de la salud indígena. En esto, las instituciones sanitarias pueden generar las condiciones -sociales, políticas y culturales- necesarias para que las comunidades logren superar las distintas barreras que limitan su acceso a la salud y que también hace a la relación asimétrica entre proveedores y usuarios.

Conclusiones

Este artículo se propuso reflexionar sobre la problemática de la salud indígena y la interculturalidad desde las lentes teóricas de los estudios provenientes de la sociología de la cultura y del capital social. En primer lugar, el artículo buscó poner en evidencia las similitudes que poseen las interpretaciones ofrecidas por la aproximación intercultural con la teoría de la cultura de la pobreza. En particular, mostró el carácter valorativo/normativo que caracteriza a esta aproximación al momento de asociar los problemas de la salud indígena con barreras culturales y proponer soluciones para su superación. Especialmente, dadas las múltiples barreras que atraviesa el cuidado de la salud de las poblaciones indígenas, las cuales exceden barreras de orden cultural, parece improbable que el impacto de los programas de salud intercultural se explique solamente por la posibilidad que tienen los mismos de trabajar sobre la cultura. En segundo lugar, el artículo prestó atención a la teoría del capital social con el fin de proponer miradas alternativas respecto a cómo los programas interculturales pueden mejorar la salud de las poblaciones indígenas. Se entiende que la lente del capital social permite desglosar el análisis de los programas de salud y traer al escenario las condiciones socio-económicas y políticas donde ocurren los procesos y se sitúan los actores. El cambio de foco desde las explicaciones convencionales al capital social, permite ofrecer una nueva interpretación de cómo los indígenas podrían aumentar su acceso a los servicios de salud modernos: no como resultado de una simple intervención -como puede ser la valoración o adecuación cultural de los programas de salud modernos-, sino como parte de procesos socio-político y económicos

específicos, donde es clave la posibilidad que tengan los programas de ayudar a las comunidades a superar las distintas barreras que afectan su acceso a servicios. Desde la teoría del capital social, este artículo puso en relieve un factor clave dentro este proceso como es la movilización de las redes sociales comunitarias tradicionales presentes en los pueblos. Tal como lo ha demostrado esta teoría, el fortalecimiento de las redes comunitarias internas sumado a la movilización de recursos económicos y políticos que ayuden a las comunidades a superar las distintas barreras que limitan el cuidado de su salud pueden fortalecer el nexo entre proveedores de salud e indígenas y aumentar el acceso de estos últimos a los servicios. En este sentido, este artículo ha buscado visibilizar la complejidad que supone pensar la salud indígena y las intervenciones para mejorar su acceso a la salud. La interculturalidad como tópico de intervención resulta limitada en tanto no pueda colocar a los sujetos dentro del contexto social más amplio que atraviesa su salud así como rescatar los activos comunitarios indígenas y fortalecerlos a través de recursos que les permitan afrontar los múltiples obstáculos que los alejan de los servicios sanitarios.

Referencias bibliográficas

AIZENBERG, Lila. (2011). "Hacia una aproximación crítica a la salud intercultural. Un estudio de caso de mujeres indígenas en el Amazonas boliviano". *Revista Latinoamericana de Población*, 9, 49-69.

AIZENBERG, Lila. (2012a). "Salud intercultural y participación comunitaria en mujeres indígenas del Amazonas boliviano: una aproximación crítica". *Revista Estudios*, 27, 71-86.

AIZENBERG, Lila. (2012b). "The intercultural healthcare approach revisited: understanding indigenous women's participation in healthcare". *Rethinking Development and Inequality*, 1, 5-16.

AUYERO, Javier. (1999). *Caja de Herramientas. El lugar de la cultura en la sociología Norteamericana*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes.

ALLUÉ, Xavier; MASCARELLA, Laura; BERNAL, Mariola y COMELLES, Joseph. (2006). De la hegemonía de la clínica a la etnografía en la investigación intercultural en salud. En Gerardo Fernández (Ed.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y crítica intercultural* (pp.15-32). Quito: ABYA YALA, UCLM, AECI.

BRADBY, Barbara. y MURPHY-LAWLESS, Jo. (2005). *¿Volveré o no volveré? Aportes al diálogo entre modelos culturales del parto*. La Paz: Comisión Europea, Programa de Ciencias y Tecnologías para los países en vías de desarrollo.

CAMACHO, Victoria.; CASTRO, María. y KAUFMAN, Roberto. (2006). "Cultural aspects related to the health of Andean women in Latin America: A key issue for progress toward the attainment of the Millennium Development Goals". *International Journal of Gynecology and Obstetrics* 94, pp. 357-363.

DURSTON, John. (1999). "Construyendo capital social comunitario". *Revista CEPAL* 69, pp.103-18.

DURSTON, John y DUHART, Daniel (2003). *Formación y pérdida de capital social comunitario mapuche. Cultura, clientelismo y empoderamiento en dos comunidades, 1999-2002*. Santiago de Chile, CEPAL: Naciones Unidas.

GONZÁLES SALGUERO, Fernando.; MARTIN, Antonieta; PEREZ MENDOZA, Rosario y VERNON, Ricardo. (2005). "Cross cultural adaptation of reproductive health services in Bolivia". Washington, DC: Population Council.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. (2010). *Los pueblos indígenas en Argentina y el derecho a la educación. Los niños, niñas y adolescentes indígenas de Argentina: diagnóstico socioeducativo basado en la ECPI*. Buenos Aires: UNICEF.

FONDO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LA INFANCIA. (2012). *Maternidad Segura y Centrada en la Familia (MSCF) con enfoque Intercultural. Conceptualización e implementación del modelo*. Buenos Aires: UNICEF

HALL, Gillete. y PATRINOS, Harry. (2006). *Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America. 1994–2004*. New York: Palgrave Macmillan.

HAWE, Penelope y SHIELL, Alan (2000). "Social capital and health promotion: a review". *Social Science and Medicine*, 51, 871-885.

INSTITUO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS (INDEC). (2010). Censo Nacional de Población y Vivienda 2010.

KAWACHI, Ichiro y SAPAG, Jaime (2007). "Capital social y promoción de la salud en América Latina". *Rev Saúde Pública*, 41, 1, 139-49.

LEWIS, Oscar. 1965. *La Vida: A Puerto Rican Family in the Culture of Poverty. San Juan and New York*. New York: Random House.

LEWIS, Oscar. 1968. "The Culture of Poverty." En Daniel Moynihan (Ed.), *On Understanding Poverty: Perspectives from the Social Sciences* (pp. 187-220). New York: Basic Books.

MENÉNDEZ, Eduardo. (1985). "Aproximación crítica al desarrollo de la Antropología Médica en América Latina", *Revista Nueva Antropología*, VII, 28, 11-28.

MENÉNDEZ, Eduardo. (2002). *La Parte Negada de la cultura. Relativismo, Diferencia y Racismo*. Barcelona: Editorial Bellaterra.

MENÉNDEZ, Eduardo. (2006). "Interculturalidad, 'diferencias' y Antropología "at home". Algunas cuestiones metodológicas". En Gerardo Fernández Juárez (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina*, Tomo I, (pp. 51-66). Quito, Ecuador: Abya-Ayala.

MEENTZEN, Angela. (2001). *Estrategias de desarrollo culturalmente adecuadas para mujeres indígenas*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

MONTENEGRO, Raúl. y STEPHENS, Caroline. (2006). "Indigenous health in Latin America and the Caribbean". *Lancet* 3,6, 1859–1869.

O'NEILL, John; BARTLETT, Judith y MIGNONE, Javier. (2006). *Best Practices in Intercultural Health*. Washington, D.C: Inter-American Development Bank.

O'ROURKE, Katheline.; HOWARD-GRABMAN, Lisa; y SEOANE, Guillermo. (1998). Impact of community organization of women on

perinatal outcomes in rural Bolivia. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*. 3, 1, 9-14.

OLLÉ GOIG, Jaime. (2000). "Patients with Tuberculosis in Bolivia: Why they die?". *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health*, 8,3, 151-155.

OTIS, Kelsey y BRETT, John (2008). "Barriers to hospital births: why do many Bolivian women give birth at home?". *Rev Panam Salud Publica*, 24,1,46-53.

POOLEY, Bertha.; RAMIREZ, Marcia. y DE HILARI, Caroline. (2008). "Bolivia's Health Reform: A Response to Improve Access to Obstetric care." *Studies in HSO&P*, 24, 199-222.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2006). 47° Consejo Directivo Regional OPS/OMS. Washington, septiembre.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. (2008). *Una visión de la salud intercultural parra los pueblos indígenas de las Américas*. Washington DC: OPS.

LORENZETTI, Mariana. (2009). La construcción de la salud intercultural como campo de intervención. VII Jornadas de Salud y Población del Instituto Gino Germani, Universidad de Buenos Aires, 8-10 Agosto.

PARSONS, Talcott. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.

PORTES, Alejandro. (1998). "Social capital: its origins and applications in modern sociology". *Annual Review of Sociology*, 24, 1, 1-24.

PUTNAM, Robert.; LEONARDI, Robert. y NANETTI, Rafaella. (1993). *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*. Princeton NJ: Princeton University Press.

RAMÍREZ HITA, Susana. (2006). La Interculturalidad sin todos sus Agentes Sociales. El Problema de la Salud Intercultural en Bolivia. En Gerardo Fernández Juárez (Ed.), *Salud e Interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud y Salud Intercultural* (pp. 405-412). G.QUITO: ABYA YALA, UCLM, AECI.

RAMÍREZ HITA, Susana. (2009). "Políticas de Salud Basadas en el Concepto de Interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano". *Avá Revista de Antropología*. N.14, jul 2009, pp.1-28.

SMALL, Mario.; HARDING, David. y LAMONT, Michele. (2010). "Reconsidering Culture and Poverty". *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 629, 6-27.

STEPHENS, Charles. (2008). "Social capital in its place: using social theory to understand social capital and inequalities in health". *Social Science and Medicine*, 66, 1174-1184.

SWIDLER, Ann. (1986). "Culture in Action: Symbols and Strategies". *American Sociological Review*, 51, 273-386.

THE WORLD BANK. (2004). *Reforma del Sector Salud en Bolivia. Análisis en el Contexto de la Descentralización*. Washington: Banco Mundial.

TORRI, Maria. (2012). "Multicultural social policy and community participation in health: new opportunities and challenges for indigenous people". *The International Journal of Health Planning and Management*. 27, 1, 28-40.

UPHOFF, Norman (2000). Understanding social capital: learning from the analysis and experience of participants. En Pharta Dasgupta e Ismail Serageldin (Eds.), *Social capital: "a multifaceted perspective"* (pp. 215-249). Washington (DC): The World Bank.

UQUILLAS, Jorge y VAN NIEUWKOOP, Martien (2003). "Social capital as a Factor in Indigenous Peoples Development in Ecuador". *Sustainable Development Working Paper N.15, Indigenous Peoples Development Series*, s/d.

WALLERSTEIN, Nina. (1992). "Powerlessness, Empowerment, and Health: Implications for Health Promotion Programs". *American Journal of Health Promotion*, 6, 3, pp. 197-205.

VAZQUEZ LABA, Vanesa y PÁRAMO BERNAL, Milena (2013). "Mujeres subalternas ante los servicios de salud en la región del noroeste argentino". *Medicina Salud y Sociedad*, 3, 3, 1-24.

Notas

¹ Los procesos de reforma del sector de la salud se implementaron a nivel mundial a partir de la década del 80. En términos generales, dichos procesos se concentraron en implementar cambios estructurales, financieros y organizacionales de los sistemas de salud y en los ajustes a la prestación de servicios de atención a las personas.

² Desde mediados de la década de 1990, las agencias de cooperación internacional comenzaron a incorporar a los derechos de las poblaciones indígenas como parte de sus programas de acción, redefiniendo y creando nuevos planes operativos desde el punto de vista de lo que se llamó “Desarrollo con Identidad”. En 1994, por ejemplo, el Banco Interamericano de Desarrollo desarrolló la Política Operativa sobre Pueblos indígenas (OP-765), la cual exige al Banco incorporar a las poblaciones indígenas dentro de sus programas de acción y apoyar las iniciativas en el marco del “Desarrollo con Identidad”. Con respecto a los proyectos de salud, la OP señaló la importancia de apoyar la articulación de servicios de salud pública, tomando en cuenta los saberes, las prácticas y los valores indígenas, así como también la preservación y fortalecimiento de los sistemas tradicionales de salud y atención (O’Neil *et al*, 2006:1).

³En este sentido, se entiende que para generar un diálogo horizontal entre los dos sistemas, resulta necesario superar la relación asimétrica y vertical -simbólica pero también material- que históricamente ha caracterizado la relación entre ambos y que ha colocado al sistema tradicional en una posición de subordinación respecto al sistema de salud occidental.

⁴ Varios países Latinoamericanos (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Perú y Venezuela) comenzaron a incorporar la aproximación intercultural en sus planes nacionales de salud. A nivel de país, las acciones se implementaron en distintos niveles: desde el reconocimiento constitucional, hasta la creación de órganos de gobierno especialmente destinados a la salud indígena pasando también por la creación de modelos de salud.

⁵ Foro de Investigación en Salud Argentino (FISA). Resumen ejecutivo disponible en <http://www.fisa.anm.edu.ar/>.

⁶Recuperado de <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:0NwWueLYEp8J:webiigg.social.es.uba.ar/saludypoblacion/viii+jornadas/ponencias/ponencia-lorenzetti-viiijsyp.doc+&cd=8&hl=es&ct=clnk&gl=ar> Consultado en diciembre de 2013.

⁷ Recuperado de <http://caas.org.ar/images/excursiones/ponencia%20ramirez%20hita.pdf> Consultado en diciembre de 2013.

⁸ Recuperado de http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/IW3P/IB/2003/11/11/000012009_20031111113133/Rendered/PDF/272040Social0C1Development01public1.pdf Consultado en noviembre de 2013.