

VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del
MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2015.

La relevancia del dialogo intercultural en la accesibilidad al sistema de salud en comunidades de pueblos originarios de Formosa.

Ceriani, Sara Victoria.

Cita:

Ceriani, Sara Victoria (2015). *La relevancia del dialogo intercultural en la accesibilidad al sistema de salud en comunidades de pueblos originarios de Formosa*. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-015/584>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/epma/hRZ>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

LA RELEVANCIA DEL DIÁLOGO INTERCULTURAL EN LA ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD EN COMUNIDADES DE PUEBLOS ORIGINARIOS DE FORMOSA

Ceriani, Sara Victoria

Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

RESUMEN

Históricamente los pueblos originarios han padecido altas tasas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas. Sin embargo, no existe una visibilización sistemática de estas problemáticas de salud para generar políticas públicas específicas. Con el objetivo de indagar cuáles son las barreras y facilitadores psicossocial culturales para el acceso al sistema de salud en pueblos originarios de la provincia de Formosa, se parte de una perspectiva desde la Psicología Comunitaria y la Salud Pública, para luego considerar la dimensión relacional del concepto de accesibilidad al sistema de salud. En base a un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, se realizaron entrevistas abiertas y semi-dirigidas a: profesionales y agentes del sistema de salud (14 en total) y población de comunidades indígenas de Misión Laishí: localidad de la provincia de Formosa. (13 en total). Considerando las barreras psicossocial culturales que fueron identificadas, se realiza un análisis tomando las contribuciones teóricas del Diálogo y la Salud Intercultural, con el objetivo de profundizar el concepto de accesibilidad al sistema de salud para el caso de poblaciones indígenas introduciendo la dimensión del poder y considerando el derecho a la Consulta previa, libre e informada, que hace a la participación de las comunidades en relación a su salud.

Palabras clave

Pueblos originarios, Barreras psicossocial culturales, Diálogo intercultural, Accesibilidad

ABSTRACT

INTERCULTURAL DIALOGUE RELEVANCE IN ACCESSIBILITY TO HEALTH SYSTEM IN COMMUNITIES OF INDIGENOUS PEOPLE OF FORMOSA

Historically, indigenous people have suffered high rates of maternal and infant mortality, malnutrition and infectious diseases. However, there is no systematic visibility of these health problems to generate specific public policies. In order to investigate what the barriers and cultural psychosocial facilitators for access to health care in indigenous peoples of the province of Formosa are, it is part of a perspective from Community Psychology and Public Health, to then consider the relational dimension of concept of accessibility to health care. Professionals and health system agents (14 in total) and population of indigenous communities Laishí Mission: town in the province of Formosa on the basis of an exploratory-descriptive qualitative study, open and semi-directed interviews to be conducted. (13 in total). Considering the cultural and psychosocial barriers that were identified, an analysis is performed by taking the theoretical contributions of intercultural dialogue and health, with the aim of deepening the concept of accessibility to health care in the case of indigenous populations by

introducing the dimension of power and considering the right to prior, free and informed consultation, which makes the participation of communities in relation to their health.

Key words

Indigenous people, Cultural psychosocial barriers, Intercultural dialogue, Accessibility

Introducción

El presente trabajo se inscribe en el marco de una beca doctoral de Conicet iniciada en abril del 2014, a partir de la cual se ha dado inicio a la siguiente investigación acerca de la Accesibilidad psicossocial cultural al sistema de salud en pueblos originarios de la provincia de Formosa. En el marco del primer trabajo de campo realizado en comunidades originarias Qom de esta provincia, se describen a continuación algunos resultados preliminares en relación a las barreras psicossocial culturales para el acceso al sistema de salud que fueron identificadas y luego se analizan a la luz de contribuciones teóricas en relación a la perspectiva del Diálogo (Astaiza Bravo, Rodríguez Guarín, Guerrero Pepinosa, y Portela Guarín 2012) y la Salud Intercultural (Lorenzetti, 2013). El objetivo es ampliar y enriquecer el concepto de accesibilidad al sistema de salud para el caso de poblaciones de pueblos originarios introduciendo la dimensión del poder y considerando un derecho fundamental que hace a la participación de las comunidades en relación a su salud como lo es la Consulta previa, libre e informada.

La accesibilidad al sistema de salud desde una perspectiva intercultural

Partiendo del marco teórico de la Psicología Comunitaria (Montero, 2004) y la Salud Pública (Saforcada, 2010), y con el objetivo de indagar cuáles son las barreras y facilitadores de orden psicossocial y cultural que limitan o facilitan, según el caso, el acceso al sistema de salud en pueblos originarios de la provincia de Formosa, se toma en cuenta la dimensión relacional del concepto de accesibilidad por la cual esta queda definida como el vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios (Comes et al., 2007). A partir de esto, el objetivo es focalizar en las dinámicas vinculares que se dan entre las comunidades de pueblos originarios y los profesionales y agentes del sistema de salud al interior de ese vínculo o dimensión relacional.

Asimismo, es importante considerar dos componentes en dicha dimensión relacional de la accesibilidad cuando se trata de comunidades indígenas:

-La perspectiva del Dialogo y el derecho a la Consulta previa libre e informada.

-Una epistemología y cosmovisión particular basada en el espacio y el territorio.

-El ejercicio del derecho a la salud, en el caso de muchas comunidades, se ve limitado por barreras de diferente naturaleza: económicas y sociales, culturales, geográficas, barreras de la organización de los sistemas de salud. Esto va en consonancia con el estudio de las barreras que limitan el acceso al sistema de salud en estas comunidades. En este punto es importante introducir el derecho a la Consulta previa libre e informada (Etnopo, 2014), herramienta imprescindible a la hora de instaurar el Diálogo como proceso de Consulta en la toma de decisiones respecto de la salud. Este ha sido instituido a partir del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), normativa internacional de carácter vinculante del cual Argentina, junto con la mayor parte de los países latinoamericanos, es firmante.

-Por otro lado, la configuración de subjetividades, en los pueblos originarios se presenta en la forma de pensar el territorio y los elementos que lo integran, los vínculos con las fuerzas de la naturaleza, las epistemologías propias para pensar la muerte, las divisiones del espacio y las comunicaciones por medio de los sueños (Petit y Ferrari, 2013). Por ello, las cosmovisiones en torno a la salud no pueden separarse de la idea de espacio, territorio e identidad en estas comunidades.

A partir de la necesidad de profundizar el concepto de accesibilidad desde una perspectiva que incluya los derechos de los pueblos indígenas, sus cosmovisiones y luchas por el espacio y el territorio, que son intrínsecos a su identidad, sumado a los datos preliminares encontrados durante el trabajo de campo, se hace necesario introducir un marco teórico que permita profundizar y enriquecer la indagación del vínculo que se establece entre las comunidades de pueblos originarios y el sistema de salud público. De esta manera, la concepción de interculturalidad en salud, entendida como un proceso colectivo de negociación y construcción de significados entre actores sociales de culturas distintas (Oyarce y Pedrero, 2007), permitirá ampliar el estudio de los factores psicosociales y culturales que intervienen en el acceso al sistema de salud para el caso de los pueblos originarios, posibilitando introducir la dimensión del poder en este análisis.

Los planteamientos de la OMS y el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2016, convergen en que el rescate de la medicina tradicional de las comunidades, implica trabajar en salud desde una perspectiva intercultural con base en el Diálogo, es decir, aquel que es posible con sujetos sociales valorados, autovalorados, visibles y con voz que se escuchan (Astaiza Bravo et al., 2012). Diálogo mediante el cual ningún sujeto social se subordina ni subordina al otro, por lo que se permiten las relaciones simétricas de reconocimiento dialógico a través del empoderamiento de la identidad étnica y la alteridad de los otros actores involucrados en las problemáticas de salud.

Por otro lado la perspectiva de la Salud Intercultural (Lorenzetti, 2013) como espacio emergente dentro de la agenda pública, ha dado lugar a cierta visibilización de las diferencias étnico-culturales. En este marco, las adscripciones identitarias se constituyen en objeto de disputa en cuanto aparecen, más o menos explícitamente, asociadas a determinados parámetros que se definen como "saludables". En consonancia con la emergencia de este campo de la Salud Intercultural, se advierte el surgimiento de nuevas disputas de significaciones y clasificaciones en torno a los términos de salud y cultura (Boccaro, 2007). De hecho, se observa que los agentes sociales indígenas tienden a desarrollar, dentro de este nuevo escenario y en función de las posiciones que ocupan, estrategias contra-hegemónicas que contribuyen a la configuración del nuevo

espacio de la interculturalidad.

Así, en el marco de esta necesidad de dialogar con la noción de interculturalidad en las políticas públicas de salud dirigidas a pueblos originarios, los trabajos realizados dan cuenta que el análisis de estas políticas no debe sustraerse del contexto sociopolítico en que fueron producidas, ya que no son sólo una lógica instrumental, sino que se inscriben en un campo de disputa más amplio, entre las diversas significaciones imaginarias sociales de las mismas (Fernandez y Stival, 2011). A través de las políticas de salud se expresan relaciones sociales, y a partir de la descripción de prácticas y sentidos vemos cómo estos espacios sociopolíticos se abren y se cierran en torno a la Salud Intercultural (Lorenzetti, 2012). Así pues, el abordaje de las prácticas donde están en juego nociones de salud debe tener en cuenta el entrecruzamiento entre determinados discursos hegemónicos y subalternos teniendo presente el contexto donde se expresan las relaciones de poder y los sentidos que movilizan a los agentes sociales en cada coyuntura particular (Grimberg, 2009).

De esta manera, y considerando los resultados preliminares identificados durante el primer trabajo de campo, se propone pensar la dimensión relacional de la accesibilidad al sistema de salud para el caso de los pueblos originarios como un espacio de tensión, de luchas de poder, donde se entrecruzan diferentes discursos (hegemónicos y subalternos), y en tanto ámbito de disputa allí se recrean las representaciones y significados de los sujetos involucrados.

Barreras psicosocial culturales para la accesibilidad al sistema de salud en comunidades de la provincia de Formosa

Se ha realizado un primer trabajo de campo en Misión San Francisco de Laishí. Localidad de 10 mil habitantes ubicada a 70 km de Formosa Capital, donde habitan cuatro comunidades del pueblo Qom llamadas: El Dorado, San Antonio, Laguna Gobernador y El Naranjito. En total conviven en estas comunidades 4 mil habitantes. En relación a las áreas programáticas de salud de la provincia de Formosa se trata de la región litoral sur (distrito 7). Cuenta con un hospital de segundo nivel de atención de la salud, llamado Hospital Misión Laishí. La distancia aproximada desde las comunidades hasta el hospital es de 7 kilómetros.

Metodología:

En base a un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, se han sistematizado algunos resultados preliminares obtenidos mediante la realización de entrevistas abiertas y semi-dirigidas:

-14 entrevistas a profesionales y agentes del sistema de salud.

-13 entrevistas a población perteneciente a comunidades de pueblos originarios de la localidad de Misión San Francisco de Laishí. Se describen a continuación algunas barreras psicosocial culturales para la accesibilidad al sistema de salud que han sido identificadas en este primer trabajo de campo:

1. Comunicación y grado de empatía de los profesionales y agentes del sistema de salud público para relacionarse con personas pertenecientes a pueblos originarios.

2. Discriminación en algunos niveles de atención hacia personas pertenecientes a pueblos originarios.

1. Comunicación y grado de empatía de los profesionales y agentes del sistema de salud público para relacionarse con personas pertenecientes a pueblos originarios.

1.1. Comunicación: un aspecto característico es que las personas que habitan en las comunidades indígenas tienen un ritmo más lento al hablar y un tono de voz más bajo. Lo cual muchas veces entra en contradicción con la forma de comunicarse de los profesionales

y agentes del sistema de salud y con los tiempos que el sistema médico hegemónico impone. Esto trae como resultados dificultades en la comunicación entre ambas poblaciones.

Respecto de esta barrera una profesional médica comentaba:

Es importante que los profesionales que trabajen con pueblos originarios posean un determinado perfil, esto quiere decir... tenerles un poco más de paciencia, ir respetando los tiempos, saber escuchar, poder entablar un Diálogo, sin tanta premura y que sepas vos que el que te ha escuchado ha entendido de las indicaciones, la propuesta que le has hecho y demás y no todo lo contrario, no hacen falta tantas cosas, pero hay algunas que son fundamentales (...)

El poder tener en claro que es esto del Diálogo intercultural, primero, ser respetuoso del lugar donde vas, escuchar a la comunidad y a la persona, más allá de que lo que escuches no te guste, no creas que sea justo, más allá de todo eso, es encontrarle el sentido de por qué lo dice, y a veces ese ejercicio no es tan fácil y más aún teniendo en cuenta que la formación de los médicos fundamentalmente es hegemónica, es decir, la formación profesional médica también hace a que mi palabra es la última, entonces, como derribar todo eso.

Se observa que la escucha y el respeto por los tiempos/ ritmos de cada persona resulta fundamental a la hora de comunicarse durante el acceso a la atención de la salud/enfermedad, esto sumado a las diferencias culturales hace necesario el establecimiento de un Diálogo intercultural que favorezca la interacción entre ambas poblaciones. Un mecanismo que podría facilitar la comunicación es la existencia de enfermeros/agentes de la salud originarios de estas comunidades que estén al lado del médico y entonces, puedan traducir lo que el profesional no llega a entender que le pasa a la persona.

1.2. Grado de empatía en algunos/as profesionales/agentes del sistema de salud para relacionarse con poblaciones de las comunidades

Otra característica que se observa frecuentemente es la falta de empatía en los profesionales agentes del sistema de salud a la hora de vincularse con las comunidades y esto constituye una barrera importante en el acceso a la atención de la salud/ enfermedad.

En relación a esta barrera un profesional que trabaja en el hospital Misión Laishí comentaba:

Bueno también está en la empatía que tiene el profesional que los recibe acá, nosotros también necesitamos que el que lo reciba en la puerta de entrada también los atiendan bien (...). Yo no hice un análisis para ver con quién entra esa persona, cómo entra y cómo lo atienden, pero deberíamos hacer un trabajo concienzudo de cómo estamos recibiendo a esos originarios ya en la entrada al hospital (...)

Este hospital nuevo es mucho más complejo, porque hay consultorios que si ellos no saben llegar a lo mejor se pierden, o la sala de internación, un montón de cosas, entonces tiene que haber alguien que les vaya indicando, o que sea de su propia cultura o que la entienda a esa cultura entonces hay muchos trabajos que hay que hacer para mejorar eso... Deberíamos hacer una investigación, una encuesta con los pobladores originarios para ver como son atendidos, como son tratados, pero no desde el consultorio, si no desde allá, desde la puerta de entrada al hospital, ya que a veces se pegan media vuelta y se van, si es que no los tratan bien. Entonces estos son puntos que hay que trabajarlos como un hecho negativo hacia el acercamiento a ellos.

Respecto de estas dos barreras de índole psicosocial cultural para el acceso al sistema de salud, se observa que el Diálogo podría ser un factor que actuaría facilitando la comunicación y el grado de empatía durante el proceso de atención de la salud con estas poblaciones. De esta manera, considerando los aportes de (Astaiza

Bravo et al., 2012), la posibilidad de instaurar un Diálogo intercultural en salud permite que sean las personas que viven la salud y la enfermedad, desde su visión cultural y étnica, quienes encuentren en el Diálogo una forma de recuperar la confianza para comunicar su saber, para facilitar que el otro, con su mirada médica, pueda dejarse afectar por el entramado simbólico que hace parte de la comprensión de la vida de estas comunidades. Así se observa que en el vínculo que se establece en el momento del acceso al sistema de salud es importante que se genere una integración de ambas miradas y culturas, es decir de la perspectiva médica y de la indígena, para favorecer la interacción entre ambas poblaciones. A su vez, que exista la posibilidad de dejar afectarse y comprender al "otro", en tanto actor social con ideas, prácticas y necesidades en relación a la salud.

2. Discriminación en algunos niveles de atención hacia personas pertenecientes a pueblos originarios

Respecto de esta barrera una profesional comentaba:

Una de las barreras es que todavía no se llega a valorar al poblador originario como una persona que tiene muchos valores... Los médicos no se convencen, si hay una enfermera blanca y una originaria, van a elegir a la blanca, para que se capacite, para que haga las cosas.

Si un poblador originario va solo al hospital de Formosa Capital, no lo atienden.

Una pobladora originaria de la comunidad *El Dorado* comentaba:

Cuando tenemos un problema grave nos da miedo ir a Formosa Capital al hospital por que los médicos son muy bravos... te tratan muy mal. Si ven que sos originario no te hablan, no te explican nada. Solo te revisan un poco, te dan una medicación y listo.

A partir de esta observación se evidencia que el prejuicio y la discriminación son barreras que no solo dificultan la comunicación en términos de la explicación médica, sino que muchas veces niegan directamente la atención de la salud. A su vez la discriminación no solo se manifiesta desde los profesionales hacia los usuarios del sistema de salud, sino que también se da entre los mismos profesionales que trabajan dentro de dicho sistema. Esto último puede explicarse desde la concepción de las relaciones de hegemonía/subalternidad (Menéndez, 1994). En términos ideológico-culturales, estas relaciones van inherentes a la articulación de saberes que al colocar a los sujetos sociales en planos distintos impiden el Diálogo. En ellas subyacen la desvalorización, descalificación y negación del "otro" o subalterno, que es el extraño o desconocido al "yo". La intromisión del poder en el saber asfixia la libertad de pensamiento, porque impone su interpretación de la realidad como única y válida. Beuchot (2005) sostiene que si nos interesa el saber, y un saber que no sea una máscara del poder, sino un servicio a los seres humanos, para mejorar las condiciones de vida, es preciso no perder la advertencia de que muchas veces, se infiltra el poder en el saber. Retomando la importancia del Diálogo intercultural, como proceso colectivo de negociación y construcción de significados en salud entre los diversos actores involucrados en el proceso, surge el siguiente interrogante; ¿en qué medida la discriminación como barrera de índole psicosocial cultural afecta al Diálogo intercultural, la Consulta y la Participación tan mencionadas en las políticas públicas en torno a la salud?

A continuación se presenta una breve descripción de cómo el derecho a la Consulta previa libre e informada aparece explicitado en las políticas públicas y programas en torno a la salud de los pueblos indígenas, sin embargo, falla a la hora de implementarlo en las comunidades.

Un espacio de tensión en el campo de la Salud intercultural: Consulta previa - Diálogo intercultural - Participación comunitaria

En el marco de las políticas públicas escasamente implementadas en el territorio de Formosa que aúnen pueblos originarios y salud, se pueden mencionar, por un lado el FESP I y II (Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública), proyecto que se enmarca dentro de las políticas pertenecientes al Ministerio de Salud de la Nación. Por otro lado la Salvaguarda Indígena que se desprende del mencionado Proyecto FESP, política financiada por el Banco Mundial, puesta en marcha en el año 2006 para dar cobertura en las provincias donde se activa la Política de Pueblos Indígenas del Banco Mundial (Lorenzetti, 2012). Salvaguarda Indígena 2014 es una política pública que tiene la misión de fomentar la adopción de los diferentes aspectos culturales en la toma de decisiones en salud, fortaleciendo la rectoría de los Ministerios de Salud provinciales e incorporando la 'visión intercultural' en las acciones de salud pública vinculadas a los pueblos indígenas.

Puede observarse una especial referencia en ambos programas en torno a la 'Consulta previa libre e informada' como derecho fundamental para los pueblos indígenas:

El FESP II menciona el tema de la 'consulta' en diferentes apartados del programa:

'Consulta previa, libre e informada a las comunidades': se realizarán reuniones de 'consulta' dentro del marco jurídico e institucional provincial donde se presentarán los principales aspectos del FESP II, sus acciones y alcances, con especial énfasis en las adaptaciones culturales para las comunidades del plan de acción propuesto. Las sugerencias realizadas por los líderes consultados, representantes de las diferentes comunidades indígenas, serán consideradas e incluidas (...) (FESP II, p.14)

Asimismo, en el Programa Salvaguarda Indígena 2014 también aparece un párrafo específico sobre 'consulta previa, libre e informada': *Es la 'consulta' que se realiza a los referentes de las comunidades de forma voluntaria, sin interferencia o coerción externa, con acceso previo a la información sobre el propósito y magnitud de las acciones previstas. La provincia deberá emplear 'métodos de consulta' y difusión de los resultados que sean adecuados a los valores culturales, a los tiempos y a las expectativas de las comunidades indígenas, así como a su realidad local* (Salvaguarda 2014, p.11).

Considerando lo anterior, resulta paradójico que si bien la Consulta a las comunidades de pueblos originarios como derecho fundamental aparece visibilizado en las políticas públicas y programas en torno a la salud, esto queda escasamente traducido luego en relación a las prácticas en salud que han podido ser observadas en particular en dichas comunidades. Por ejemplo, desde el FESP y la Salvaguarda indígena, deriva un programa que se denomina Municipios Saludables a través del cual se realizan encuestas en salud con el objetivo de garantizar el derecho a la Consulta y la participación de las comunidades en la toma de decisiones acerca de su salud.

Respecto de la implementación de este programa en la localidad de Misión San Francisco de Laishí, una pobladora originaria de la comunidad El Dorado comentaba:

A El Dorado vinieron unas personas por el tema de unas encuestas de salud, yo las miré y dije que me parecían interesantes, pero que después había que ver cuánto de eso se llegaba a hacer en lo concreto en la comunidad. Luego de varios meses volví a preguntar en que había quedado el tema de las encuestas y nadie supo responderme. Nunca entendimos para qué y para quién se estaban haciendo las encuestas.

Este es un ejemplo de cómo ciertas políticas públicas en torno a la salud muchas veces son difíciles de implementar sin una real participación de la comunidad en la toma de decisiones respecto de su salud. Así se observa que el derecho a la Consulta no logra plasmarse en el plano de la realidad de la vida de las comunidades y por ende encuentra dificultades en su implementación. Desde la perspectiva de la Psicología Comunitaria (Montero, 2004), la participación tiene que ver con hacer partícipes a terceros de hechos o acontecimientos y con informarles o introducirlos en alguna forma de conocimiento o de acción. Participar entonces es tomar parte, tener parte y ser parte, de manera que la participación comunitaria es entonces hacer, poseer, transformar y ser en un movimiento que va de lo colectivo a lo individual y viceversa. Más allá de esta definición teórica cabe interrogarse también que ocurre a la hora de poner en práctica la participación: ¿podemos hablar de participación cuando no se tienen en cuenta todos los actores involucrados en el proceso de Consulta?; ¿cómo hacer para que dichos actores se aúnen en relación a garantizar un derecho fundamental para las comunidades en sus territorios?

Así, retomando la interculturalidad en salud, se observa, que este nuevo objeto de la salud pública toma diferentes sentidos ya sea apropiada por el estado que construye nuevas subjetividades y tiende a opacar las relaciones de desigualdad económica y social (Diez, 2004; Lerín, 2005; Boccara, 2007), o contrariamente, apropiada por los intersticios que genera la participación comunitaria, que exige y asume poder de decisión en muchos aspectos de la vida social, promoviendo mayores niveles de participación.

Consideraciones finales

Para finalizar, el objetivo de este trabajo consistió en dejar instalada la necesidad de profundizar la dimensión relacional de la accesibilidad al sistema de salud en pueblos indígenas considerando la dimensión del Diálogo intercultural que está en la base del derecho a la Consulta previa libre e informada, ya que por un lado deja esbozado un campo de tensión, el de la Salud Intercultural de los pueblos indígenas, donde conviven diferentes sentidos, prácticas en salud y discursos hegemónicos y subalternos por medio de los cuales se hacen visibles relaciones de poder. Por otro lado esta dimensión intercultural permite tomar en cuenta las concepciones de territorio e identidad que las comunidades poseen en la configuración de su mundo de representaciones acerca de la salud y como perciben su acceso, a su vez que contribuye a pensar la necesidad de instalar relaciones interculturales más horizontales y dialógicas, que promuevan la participación y los derechos de estas comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

- Astaiza Bravo, N.X., Rodríguez Guarín, S., Guerrero Pepinosa, N.Y., Portela Guarín, H. (2012). Diálogo intercultural en salud: una estrategia para rescatar los saberes y prácticas médicas en torno a la salud materno infantil de las comunidades afrocaucanas. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, septiembre-diciembre, 180-211.
- Beuchot, M. (2005). *Interculturalidad y derechos humanos*. 1a. Ed. México: Ed. Unam-Siglo XXI.
- Boccaro, G. (2007). Etnogubernamentalidad. La formación del campo de la salud intercultural en Chile. *Chungara, Revista de Antropología Chilena*, 39, (2), 185-207.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 201-209.
- Diez, M.L. (2004). Reflexiones en torno a la interculturalidad. *Cuadernos de Antropología Social*, 19, 191-213.
- Espinosa, C y Ogazón, Y. (2010). Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. *Revista CIENCIA ergo sum*, 16 (3), 293-301.
- Etnopo: Encuentro Nacional de Organizaciones Territoriales de Pueblos Originarios. (2014). Protocolo de Consulta Previa, Libre e Informada a Pueblos Originarios.
- Fernández, F y Stival, M. (2011). Políticas, sentidos y vulnerabilidad sociocultural asociados al VIH-Sida en las poblaciones Qom de Rosario, Argentina. *Desacatos*, 35, 29-40.
- Grimberg, M. (2009). Introducción. En Grimberg, M. (ed.), *Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico* (pp. 7-19). Buenos Aires: Coedición Facultad de Filosofía y Letras (UBA) y Antropofagia.
- Lerín, S. (2005). *Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social*, I Congreso Latinoamericano de Antropología. Rosario, Argentina.
- Lorenzetti, M. (2012). La dimensión política de la salud: las prácticas sanitarias desde las comunidades peri-urbanas Wichí del departamento de San Martín (Salta). *Publicar*, XII, 65-85.
- Lorenzetti, M. (2013). El cuerpo como testimonio: construcciones de salud y transmisión de las memorias en las comunidades Wichí de Tartagal (Salta, Argentina). *Revista latinoamericana de estudios sobre cuerpos, emociones y sociedad*. 12, 65-78.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación ¿qué es la medicina tradicional?. *Revista Alteridades*, 4. Recuperado de http://www.uamantropologia.info/alteridades/alteri_07.html, (25 de enero de 2008).
- Ministerio de Salud de La Nación 2014: Guía de procedimientos para la implementación de las Actividades de Salud Pública del FESP2. *Salvaguarda 2014*. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/fesp/images/stories/recursos-de-comunicacion/publicaciones/07_Guia_Salvaguarda-Indigena_def.pdf
- Ministerio de Salud de La Nación 2010: Documento FESP "Marco de Planificación para los Pueblos Indígenas en el proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública". Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/wds.worldbank.org/.../2010/...20100908141016/.../IPP4440SPAN...>
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Oyarce, A y Pedrero, M. (2007). Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Iquique. Serie análisis de situación de salud de los pueblos indígenas de Chile, 3, Santiago de Chile, MINSAL.
- Petit, L y Ferrari, L.(2013). Una aproximación psicosocial a las re-emergencias de los pueblos originarios como realidad social en Argentina. *Un desafío para el siglo XXI. Quaderns de Psicologia*, 2 (15), 23-37.
- Saforcada, E. (2010). Acerca del concepto de Salud Comunitaria. *Revista IT. Salud comunitaria y sociedad*, 1(1), 7-19.