

POLÍTICAS EN SALUD MENTAL E INTERCULTURALIDAD EN LA ARGENTINA

MENTAL HEALTH POLICIES AND INTERCULTURALITY IN ARGENTINA

Stella Maris Orzuza

Instituto Rosario de Investigación en Ciencias de la Educación, CONICET
stella.m.orzuza@gmail.com

doi: 10.5872/psiencia/6.1.101
© 2014 · www.psiencia.org

Recibido/Received:
16/12/2013

Aceptado/Accepted:
23/3/2014

Resumen: En el marco de los estudios sobre salud mental en Pueblos Originarios, este artículo tiene por objetivo analizar la inclusión de la perspectiva intercultural en las políticas de salud mental en Argentina. La perspectiva intercultural en salud tiene un desarrollo desigual e insipiente en Argentina. En el ámbito específico de la salud mental, se evidencia una seria dificultad para la construcción de programas con perspectiva intercultural: la insuficiente información sobre las necesidades de salud mental de la población indígena; de los recursos materiales y de los recursos humanos destinados y/o capacitados para atenderla. La ley de salud mental no incluye explícitamente la perspectiva intercultural, sin embargo una serie de artículos poseen la sensibilidad necesaria a la diversidad cultural para la generación de programas específicos, respetuosos de sus particularidades y diferencias con la cultura hegemónica. Sin embargo, la ausencia de una reflexión específica lleva a ciertas ambigüedades que podrían ser costosas a la reducción de la inequidad en el derecho a la salud. La perspectiva intercultural se encuentra explícitamente enunciada en el Plan Nacional de Salud Mental. Sin embargo, los servicios de salud mental están dominados por los saberes occidentales y orientados a la población urbana. Si bien la Ley Nacional con algunos cuestionamientos posibles, permite la inclusión de la perspectiva intercultural que luego explícitamente enuncia el Plan Nacional, son necesarias algunas discusiones específicas sobre las particularidades de esta población y la formación de los profesionales de la salud mental para poder avanzar en la garantía del derecho a la salud.

Palabras clave: *Políticas públicas – Salud mental – Interculturalidad – Derecho a la salud*

Abstract: Within the framework of studies on mental health in Indigenous Peoples, this article aims to analyze the inclusion of intercultural perspective in mental health policies in Argentina. The intercultural perspective in health has an unequal and incipient development in Argentina. In the specific field of mental health, a serious difficulty for the construction of programs is evidenced by intercultural perspective: insufficient information about the mental health needs of the indigenous population, material resources and skilled human resources to meet it. The mental health legislation does not explicitly include the intercultural perspective, however a number of items have the necessary sensitivity to cultural diversity for the generation of specific programs, respectful of its peculiarities and differences with the dominant culture. However, the absence of a specific reflection leads to ambiguities that could be costly to reduce inequity in the right to health. The intercultural perspective is explicitly stated in the National Mental Health Plan. However, mental health services are dominated by Western-oriented urban population knowledge. While the National Law with some possible questions, allows the inclusion of intercultural perspective then explicitly states the National Plan, specific discussions on the characteristics of this population and the training of mental health professionals are needed in order to advance guaranteeing the right to health.

Keywords: *Public policy – Mental Health – Interculturality – Health rights*

INTRODUCCIÓN

En el marco de los estudios sobre salud mental en Pueblos Originarios, este artículo tiene por objetivo analizar la inclusión de la perspectiva intercultural en la política de salud mental en Argentina. Este análisis forma parte de un estudio mayor acerca de las desigualdades sociales en salud en Pueblos Originarios.

Los organismos internacionales ejercen una importante influencia en el diseño de las políticas en salud en la región. La mayor visibilización y preocupación por la población indígena expresada por la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) y su agencia en Latinoamérica, la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) en las últimas décadas, ha sido un factor fundamental para la modificación y transformación de sistemas de salud nacionales, de legislaciones y la definición de programas con carácter intercultural.

El concepto de interculturalidad que definen estos organismos implica que las interacciones sean equitativas, respetuosas de las diferencias políticas, sociales y culturales, etarias, lingüísticas, de género y generacionales que se producen y reproducen en diferentes contextos y culturas, pueblos y etnias, para construir una sociedad más justa (Lerín, 2005).

La perspectiva intercultural en salud tiene un desarrollo desigual e insipiente en nuestro país. Ha sido ampliamente reconocido que la población indígena presenta una peor situación de salud, un perfil epidemiológico complejo atravesado por una mayor mortalidad y vulnerabilidad que el resto de la población, desnutrición infantil, chagas, tuberculosis y otras enfermedades infecto-contagiosas evitables, sumado a casos de discriminación y racismo en los servicios de salud. Al mismo tiempo, se insta a la producción de información sobre la situación sociodemográfica y de salud de los pueblos indígenas ya que la información relevada es parcial, desagregada y no ha sido recogida sistemáticamente (FISA, 2008). Esta situación es aún más grave en relación a los problemas de salud mental, donde la escasa información específica e inexistente recolección sistemática es elocuente.

Sobre la salud mental indígena en Latinoamérica, La OPS realizó un estudio sobre trastornos mentales en América Latina y el Caribe publicado en el año 2009, donde señala que se conoce muy poco sobre la prevalencia, incidencia, los factores

de riesgo y los factores protectivos de los trastornos mentales en la población originaria. Por otro lado, la identificación de problemas de salud mental en pueblos originarios posee la complejidad de implicar necesariamente la comprensión de la cosmología y cosmogonía de los pueblos, como ha sido señalado en diversos estudios (Lopera Valle & Rojas Jimenez, 2012; Vallejo, 2006).

Otros estudios realizados referidos a las concepciones y prácticas sobre la salud y la enfermedad y el sufrimiento en pueblos originarios también señalan la necesidad de conocer el universo de lógicas de los pueblos para la interpretación y abordaje de sus problemas de salud (Chamorro y Tocornal, 2005; Orzuza, 2013; Soru, Boris, Carerras & Duero, 2012; Molina & Sarudiansky, 2011).

En particular en relación a la definición de los programas de salud mental para las comunidades indígenas, la bibliografía internacional señala la importancia de la participación de los grupos indígenas en su definición, así como en la identificación de problemas de salud mental y los factores que los condicionan.

La problemática del diagnóstico en salud mental en pueblos originarios ha sido discutida por la psiquiatría cultural y la psiquiatría transcultural. La psiquiatría cultural entiende que las nosologías psiquiátricas son categorías dependientes de los contextos histórico culturales (Martínez Hernaez, 2006). Estudios realizados en Argentina comparten esta concepción, denunciando la confusión de diferencias culturales con desvío o psicopatología (Contini de Gonzalez, 2003; Duero & Shapoff, 2009). Sin embargo, en el complejo campo de la salud mental, la psiquiatría cultural ocupa un lugar de menor importancia en relación a la psiquiatría general más orientada al estudio de los neurotransmisores en la etiología de los trastornos mentales que a la investigación de la influencia de las transformaciones culturales en la salud mental (Martínez Hernaez, 2006). La psiquiatría transcultural cuestiona que los manuales diagnósticos internacionales (DSM y el CIE 10) ignoren los principales síndromes culturales de Latinoamérica, e indica críticamente que no hay ninguna cultura que pueda valorarse como norma de referencia general para comprender valorativamente un comportamiento en culturas distintas (Hollweg, 2001).

Por otro lado, la salud mental de los pueblos originarios está íntimamente ligada a la compleja problemática de pobreza y marginación que padece la mayoría de ellos (OPS, 2008). Hacia los

años cuarenta del siglo pasado, comienza a desarrollarse la Antropología Médica como campo disciplinar de la Antropología Social en Latinoamérica. La salud intercultural era ubicada como un tema prioritario. Entre sus objetivos, buscaron indagar las causas de la desigualdad en salud entre los pueblos indígenas y el resto de la población con el objeto de mejorar sus condiciones de vida a través de la implementación de programas socio-sanitarios de bajo costo. A partir de esos años, se formularon diversas experiencias con enfoque intercultural. (Lerín, 2005) El señalamiento de la situación de desventaja de esta población se vuelve ineludible en los diversos estudios interculturales, tanto desde esta perspectiva teórica como desde otras disciplinas. Los estudios empíricos de salud mental realizados sobre esta población señalan su situación desigual en escolaridad, vivienda, acceso a servicios básicos, así como identifican situaciones de racismo, discriminación, hostigamiento y rechazo, elementos que repercuten sobre la salud mental de esta población. (Lopera Valle & Rojas Jimenez, 2012)

La diversidad cultural ha adquirido mayor visibilidad en las últimas décadas en Argentina. Los pueblos originarios pudieron comenzar a incluir sus problemas en las agencias políticas a partir de la vuelta de la democracia, en 1983 (Unicef, 2008) El reconocimiento y respeto a los pueblos indígenas toma cuerpo en programas y planes gubernamentales a partir de la reforma de la Constitución Argentina de 1994. El artículo 75, inciso 17, reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos, obliga a la garantía del respeto a su identidad y al derecho a una educación bilingüe e intercultural, al reconocimiento de la personería jurídica de las comunidades y la posesión comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan. Por otro lado, en el año 2000 se adopta el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo que insta a la transmisión y perduración de las diversas culturas y particularmente, a la autodeterminación de los pueblos.

El reconocimiento de los pueblos indígenas fue incorporándose a las políticas ministeriales ejecutándose a través de programas específicos para pueblos originarios. De ejecución en las regiones donde residen las comunidades, implicó la construcción de información específica sobre los pueblos, identificación y atención a sus necesidades y garantía de derechos; no sin conflicto, ambigüedades y contradicciones (Fernández y Virosta, 2011).

El Ministerio de Salud, a través de su Plan Federal de Salud 2010-2016, reconoce las características diversas de la población argentina como determinantes de sus estados de salud, instando a la generación de servicios que reconozcan las diferencias por sexo, género, identidad, pertenencia cultural, y cualquier otra variable que requiera atención especial. Cabe aclarar que la diversidad también se construye desde la desigualdad: desigual acceso a empleo, desigual acceso a educación, desigual acceso a los servicios de salud (Ottenheimer, 2011). En el capítulo dedicado a las metas a alcanzar para el año 2016, se señala que la atención de salud debe brindarse respetando la diversidad cultural, disminuyendo las posibilidades de exclusión. Sin embargo, las metas no identifican ni fomentan reconocer la inequidad existente en el acceso a la salud de la población indígena, información necesaria para avanzar en su reducción (Cuyul, Rovetto, Specogna, 2011).

En el ámbito específico de la salud mental, se evidencia una seria dificultad para la construcción de programas con perspectiva intercultural: la insuficiente información sobre las necesidades de salud mental de la población indígena; de los recursos materiales y de los recursos humanos de los servicios de salud mental destinados y/o capacitados para atender a esta población.

Pero, ¿las políticas en salud mental nacional incluyen la perspectiva intercultural? Como las políticas se consolidan en las legislaciones, se analiza la Ley Nacional de Salud Mental nº 26657 y el Plan Nacional de Salud Mental en su adecuación a la perspectiva intercultural.

Las políticas o planes, en su dimensión propositiva o formal, definen un conjunto de premisas que la sociedad y los distintos actores del campo, identifican como políticas públicas. Ello implica explicitar las orientaciones principales de las políticas y también sus fundamentos (Gerlero & Augsburger, 2012).

Ley Nacional de Salud Mental

La Ley de Derecho a la Protección de la Salud Mental, fue sancionada en Argentina en diciembre de 2010, convirtiéndose en la primera legislación específica del campo de la salud mental a nivel nacional (Hermosilla & Cataldo, 2012). Heredera de una rica tradición reformista local e internacional, inaugura un período de revisión de prácticas y concepciones atinentes al campo de la salud

mental, marco en el cual se inscribe el presente análisis.

Una serie de artículos del cuerpo normativo de la legislación nacional en análisis, pueden vincularse a la perspectiva intercultural, aun cuando no se enuncie explícitamente la interculturalidad.

La Ley Nacional de Salud Mental nº 26657 define en su primer artículo el objeto de la ley como el derecho a la protección de la salud mental de todas las personas, y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en el territorio nacional. El carácter universal de esta proposición permite incluir la protección de la salud de la población indígena en tanto ciudadanos del territorio argentino. Cabe aclarar que en este punto avanza sobre legislaciones provinciales previamente existentes que privilegiaban el abordaje asistencial por sobre la prevención y la promoción de la salud, garantizando la atención a la salud mental de las personas con padecimiento psíquico exclusivamente (Orzuza, Augsburger & Gerlero, 2009).

El artículo tercero, reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”. Esta definición, en lo que concierne a este análisis, abre un camino a la interculturalidad, al reconocer las diversas dimensiones del sufrimiento humano. Así también lo hace el artículo ocho, al promover que la atención en salud mental sea responsabilidad de un equipo interdisciplinario, ya que implica la posibilidad de otras interpretaciones sobre el sufrimiento psíquico, no reduciéndolo a la médica, psiquiátrica o psicológica. Las diversas disciplinas del campo de la salud mental entienden de formas diversas los problemas de salud mental. Ambos artículos allanan el camino hacia la perspectiva intercultural, en cuanto permite pensar que, en los abordajes en poblaciones indígenas, se pueden incluir las concepciones y prácticas de las comunidades indígenas para los problemas de salud mental reconociendo la dimensión cultural del psiquismo humano.

El artículo tercero, introduce que “en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la

persona.” Este punto es particularmente sensible en relación a los saberes, prácticas y concepciones de los pueblos originarios. Es necesario conocer las cosmovisiones de los pueblos para poder garantizarlo, ya que lo que se interprete desde el saber occidental como padecimiento puede ser significado culturalmente de una manera distinta. Por otro lado, interpela la construcción misma de las categorías diagnósticas. Lo que constituye o no un trastorno mental y lo que hemos de considerar su expresión sintomática es social y culturalmente negociado. La cultura configura y significa las experiencias de sufrimiento. Clasificar los problemas de salud mental desde las taxonomías tradicionales implica colocar una interpretación de la salud y la enfermedad, sobre otra, como señalan las psiquiatrías con perspectiva culturalista.

El artículo siguiente, podría considerarse problemático para la incorporación de la perspectiva intercultural en salud mental. Señala el derecho a recibir una atención basada en fundamentos científicos ajustados a principios éticos. Si bien no caben dudas sobre la importancia de garantizar que toda práctica asistencial o preventiva, tanto en el ámbito público como privado, debe basarse en fundamentos científicos y éticos, la perplejidad se presenta en relación a la exclusión que implica, la posibilidad de implicar la reproducción de prácticas discriminatorias basadas en diferencias culturales. Esta garantía, basada en la razón occidental, ¿excluye la posibilidad de brindar atención en salud mental que reconozca y respete los saberes y prácticas de los pueblos originarios? ¿Impide la mixtura de servicios de salud con profesionales de la medicina occidental y de la medicina tradicional indígena como se ha implementado en otros países?. En este punto, es importante señalar que el Ministerio de Salud de la Nación Argentina no reconoce como prácticas médicas válidas los saberes de los pueblos indígenas, quienes, en otros periodos históricos, han sido perseguidos y apresados por el ejercicio de su práctica. ¿Puede interpretarse que ello contradice el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo que insta a la transmisión y perduración de las diversas culturas y particularmente, a la autodeterminación de los pueblos?. Este punto implica una discusión que todavía no se ha dado suficientemente en el campo de la salud mental.

Por otro lado, el artículo séptimo que insta a que el proceso de atención se realice preferentemente fuera del ámbito de la internación hospitalaria y en el marco de un abordaje interdiscipli-

nario e intersectorial, basado en los principios de la atención primaria de la salud, orientado al reforzamiento, restitución o promoción de los lazos sociales, sería un punto de fisura donde, desde una perspectiva participativa, se pueden construir intervenciones mixtas, incorporando las interpretaciones y saberes de los pueblos indígenas a través de sus médicos tradicionales y evitando la separación de la comunidad, tan necesaria para el restablecimiento de la salud en las cosmovisiones indígenas. El artículo 36 que obliga a que todo el desarrollo de la política en salud mental, debe contener mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria, abona en este sentido.

Plan Nacional de Salud Mental

El Plan Nacional de Salud Mental recientemente publicado, implica un avance importante en el desarrollo de las políticas en salud mental. Para ello, debe establecer estrategias, actividades, plazos, indicadores, objetivos y recursos necesarios para su consecución (OMS, 2006). El plan, operacionaliza y concretiza lo que ha sido enunciado, en términos generales pero con lineamientos claros, en la ley y su reglamentación. Debe establecer los puntos fuertes y débiles del sistema de salud actual y las oportunidades y obstáculos para el desarrollo de políticas y planes de salud mental en el país.

En el caso del Plan Nacional de Salud Mental, de los puntos señalados previamente, detalla financiamiento, propósitos, objetivos, líneas de acción y monitoreo y evaluación de metas e indicadores. Los objetivos son organizados en función de problemas identificados y priorizados, mostrando que se ha evaluado el sistema de salud y el desarrollo de los servicios de salud mental actual, para su confección. Así también, se despliegan indicadores con los cuales se evaluará la consecución de los objetivos, pero no se identifican los obstáculos potenciales que podrían encontrarse en el desarrollo de las líneas de acción. Su identificación previa permitiría prevenirlos, evitarlos o reducir su influencia.

La perspectiva intercultural se encuentra explícitamente enunciada en los objetivos que traza. En el primer problema seleccionado, que refiere a la estigmatización y discriminación de las poblaciones y personas en situación de vulnerabilidad, en el Objetivo N° 3 correspondiente a este problema, se insta a "Promover con criterio de equi-

dad, interculturalidad y perspectiva de género la inclusión de las poblaciones en situación de vulnerabilidad (niños y adolescentes; adultos mayores; minorías étnicas; personas con padecimiento mental y sus familias; personas con discapacidad y sus familias; población con altos índices de pobreza; niños, adolescentes, jóvenes y adultos en conflictos con la ley penal) en todos los abordajes específicos y generales de Salud Mental y adicciones, teniendo en cuenta los problemas sociales complejos y contemporáneos que los atraviesan y los aglutinan" De esta forma, se identifica a las minorías étnicas como poblaciones que sufren estigmatización y discriminación por su particularidad cultural, al mismo tiempo que, al expresar la interculturalidad como criterio en los abordajes, se insta a la identificación y particularización de las intervenciones cuando son planificadas para grupos poblacionales mayores que los integran, como en los casos de programas dirigidos hacia: niñas, niños y adolescentes; adultos mayores o población con alto índice de pobreza.

En relación al segundo problema, que señala la inadecuación de la red de Salud/Salud Mental a la modalidad de abordaje que plantea la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto reglamentario, el objetivo n° 8 propone "Incorporar criterios interdisciplinarios, intersectoriales e interculturales para los diseños de las estrategias, planes, programas, proyectos, actividades y abordajes en Salud/Salud Mental y adicciones, con base en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto reglamentario N° 603/2013", abonando en el mismo sentido que las indicaciones para el problema anterior. Ello implica la necesidad de revisar los planes curriculares de las carreras de grado y posgrado así como los servicios y dispositivos de la red de salud/salud mental, como se insta en el objetivo primero vinculado a este problema.

En el desarrollo de las líneas de acción, sobre Modalidad de abordaje y red de servicios, en su tercer punto, se insta a que los equipos interdisciplinarios promuevan la incorporación en el proceso de atención, a las personas consideradas significativas en la vida de los usuarios, teniendo en cuenta la diversidad de los contextos sociales y culturales, en el marco de la integración de saberes científicos y populares. La integración de saberes populares parece implicar la inclusión de otras formas (distintas a la razón occidental y moderna) de entender la salud y la enfermedad culturalmente determinadas, su reconocimiento y res-

peto como válidos para interpretar los problemas de salud mental. Este es el único punto en el que se insta a la incorporación de saberes contrarios a la racionalidad occidental, consecuentemente con el artículo tercero de la Ley Nacional de Salud Mental.

Finalmente, en el marco teórico del Plan, se señala la necesidad y obligación de sostener las políticas públicas en Salud Mental y adicciones en información confiable y fidedigna, “no sólo para asegurar los Derechos Humanos, sino también para tener en cuenta las necesidades de los grupos más vulnerables, así como las diferencias culturales y regionales del país”. Ello se corresponde con el problema nº 6 que enuncia el escaso desarrollo de la epidemiología en salud mental. La producción de información epidemiológica sobre los pueblos originarios abonará al desarrollo de intervenciones específicas, adecuadas y pertinentes, respetuosas de las características culturales de los pueblos.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La Ley Nacional de Salud Mental no incluye explícitamente la perspectiva intercultural, sin embargo, una serie de artículos poseen la sensibilidad necesaria a la diversidad cultural para la generación de programas específicos hacia estas comunidades, respetuosos de sus particularidades y diferencias con la cultura hegemónica. Sin embargo, la ausencia de una reflexión específica sobre la interculturalidad, lleva a ciertas ambigüedades que podrían ser costosas a la reducción de la inequidad existente en el derecho a la salud.

Para responder a las necesidades de salud de las poblaciones indígenas, es necesario construir información específica. El Ministerio de Salud de la Nación ha impulsado la inclusión en los registros sanitarios de lo que se ha dado en llamar la “variable étnica” (Cuyul, Rovetto, Specogna, 2011) para la discriminación positiva de la población étnica, su integración en los registros de salud mental permitiría poder avanzar en el conocimiento de la situación de salud mental de las poblaciones indígenas.

Por otro lado, debido a las diferentes concepciones para comprender la salud mental, se hace necesaria la participación de las comunidades indígenas para la identificación y definición de los problemas atinentes a este campo. Así también, para identificar la accesibilidad a los servicios de

salud mental, ya que la sola presencia de los servicios de salud no es suficiente para garantizar el derecho a la salud.

Como señalan Cano y Vior (2009) los derechos humanos, entre ellos a la salud, son universales, pero sólo pueden entenderse y aplicarse en contextos culturales específicos de acuerdo a los valores, las normas y los símbolos propios de cada cultura en cada momento histórico y ante desafíos específicos. Imponer un modo único de comprensión de los mismos, deriva en su contrario: la imposición de formas de ver el mundo, incompatible con el carácter emancipador de los derechos humanos.

El sociólogo crítico Boaventura de Sousa Santos considera que los derechos humanos no poseen una verdadera matriz universal. El autor considera que, aplicar el calificativo de “universal” a los derechos humanos, oculta sus marcas culturales: las de la tradición cultural occidental. Su carácter monocultural provoca ausencias y exclusiones que impiden realizar un diálogo intercultural simétrico. Sin embargo, al mismo tiempo, los derechos humanos se revelan como una categoría emancipadora, que le permiten a los grupos humanos subalternos visibilizar sus prácticas de resistencia y agruparse bajo una misma bandera. De esta forma, el autor considera que es posible la construcción de unos derechos humanos capaces de reconocer las diferencias, que es posible su reformulación a partir de una “multiculturalismo emancipatorio” regido por el diálogo intercultural, el pluralismo, mestizaje y polifonía cultural (Aguiló Bonet, 2009).

En las comunidades indígenas, la salud mental está estrechamente ligada a la preservación de la identidad étnica, a la viabilidad de las formas tradicionales de organización social, y a la sustentabilidad de las formas de uso y manejo de los recursos naturales. Si estas dimensiones de la vida comunitaria son determinantes de los recursos personales, familiares y comunitarios con los que cuentan los pueblos indígenas para la prevención y atención en salud mental (Brabeck, 1991 en OPS, 1998), es necesario atender a su perduración, como insta el Convenio 169 de la OIT, para poder garantizar el derecho a la salud. Sin embargo, es necesario considerar los procesos de aculturamiento, las condiciones sociales rápidamente cambiantes, como ocurre en los procesos de migración, transformación productiva y reorganización comunitaria que sufren los pueblos, para no caer en concepciones inmaculadas sobre las

culturas indígenas que no reconocen su carácter dinámico y cambiante. Así también, la salud mental de esos pueblos está íntimamente ligada a la compleja problemática de pobreza y marginación que padece la mayoría de ellos.

Una de las particularidades que necesitan adquirir los servicios de salud mental y los programas específicos a desarrollar que trabajen con población indígena es la formación intercultural de los profesionales sanitarios. Ello implica el aprendizaje de las lenguas indígenas, el conocimiento de la medicina tradicional, de sus concepciones y prácticas. Sin embargo, la perspectiva intercultural, ¿solamente es necesaria para la atención de los problemas de salud de las poblaciones indígenas? Algunos autores, afirman la existencia de un pluralismo médico en toda organización social, caracterizado por procesos de complementariedad, antagonismo, conflicto, hegemonía y subordinación, entre los diversos sistemas curativos (Barriguete Meléndez; et. al, 2011). Si ello es así, y bajo el amparo de la inclusión de los saberes populares y la incorporación explícita de la perspectiva intercultural en el Plan Nacional de Salud Mental, se puede estar interrogando la formación recibida en el grado por los profesionales de la salud mental y la necesidad de la incorporación, como contenido específico de los planes de estudio, a la perspectiva intercultural. Actualmente, los servicios de salud mental están dominados por el saber occidental y por las formas de atención orientados a la población urbana.

En conclusión, si bien la Ley Nacional con algunos cuestionamientos posibles, permite la inclusión de la perspectiva intercultural que luego explícitamente enuncia el Plan Nacional, son necesarias algunas discusiones específicas sobre las particularidades de esta población para poder avanzar en la garantía del derecho a la salud.

REFERENCIAS

- Aguiló Bonet, A (2009). Los Derechos Humanos como campo de luchas por la diversidad humana: Un análisis desde la sociología crítica de Boaventura de Sousa Santos. *Revista Universitas Humanística*, 68, 179-205.
- Barriguete Meléndez, A., Reartes, D., Venegas, R., & Moro, M. (2011). La salud mental en contextos interculturales. En Barriguete Meléndez, A., Reartes, D., Venegas, R., & Moro, M. (Eds.), *Servicios de salud con calidad intercultural en pueblos amerindios* (pp. 2-29). Mexico: YOLPAHTLI.
- Cano, C., & Vior, E. (2009). El derecho humano a la salud mental en las políticas de Salud Mental. *VIII Congreso Internacional de Salud Mental y Derechos Humanos* (pp.1-7). CABA: Universidad Popular Madres de Plaza de Mayo.
- Chamorro, A., & Tocornal, C. (2005). Prácticas de salud en las comunidades del salar de Atacama: hacia una etnografía médica contemporánea. *Estudios Atacameños*, 30, 117-134.
- Contini de Gonzalez, E. (2003). Multiculturalismo y psicopatología: perspectivas en evaluación psicológica. *Revista Psicodébate*, 3, 91-106.
- Cuyul, A; Rovetto, M., & Specogna, M. (2011). Pueblos indígenas y sistemas de información en salud: la variable étnica en seis provincias argentinas. *Revista Argentina de Salud Pública*, 2, 12-18.
- Duero, D., & Shapoff, V. (2009). El conflicto nosológico en psicopatología: notas críticas sobre el diagnóstico psiquiátrico. *Revista CES Psicología*, 2, 20-48.
- Fernández, N., & Virosta, L. (2011). *Pueblos originarios y derechos humanos*. Secretaría de Derechos Humanos del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación, Buenos Aires: [s.n].
- Foro de Investigación en Salud de la Argentina [FISA] (2008). *Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en Situación de salud, intervenciones y líneas de investigación para la toma de decisiones en salud con pueblos indígenas en Argentina. Resumen Ejecutivo*. Buenos Aires: Academia Nacional de Medicina-Ministerio de Salud.
- Gerlero, S., & Augsburg, C. (2012). *La salud mental en Argentina: Avances, tensiones y desafíos*. Rosario: Laborde.
- Hermosilla, A., & Cataldo, R. (2012). Ley de Salud Mental 26657. Antecedentes y perspectivas. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 4, 134-140.
- Hollweg, M (2001). La psiquiatría transcultural en el ámbito latinoamericano. *Revista Investigación en salud*, 3, 6-12.
- Kohn, R., & Rodríguez, J. (2009). La salud mental de las poblaciones indígenas. En Rodríguez, J., Kohn, R., & Aguilar Gaxiola, S. (Eds.), *Epidemiología de los trastornos mentales en América*

- rica Latina y el Caribe* (pp. 223-234) Washington: OPS.
- Lerín, S. (2005). *Interculturalidad y salud: recursos adecuados para la población indígena o propuestas orientadas a opacar la desigualdad social. [en línea] I Congreso Latinoamericano de Antropología*, (pp.1-11) Rosario, Argentina: Asociación Latinoamericana de Antropología.
- Lopera Valle, J., & Rojas Jimenez, S. (2012). Salud mental en poblaciones indígenas. Una aproximación a la problemática de salud pública. *Revista Medicina Universidad Pontificia Bolivariana*, 31, 42-52.
- Martinez Hernaez, A. (2006). Cuando las hormigas corretean por el cerebro: retos y realidades de la psiquiatría cultural. *Cadernos Saude Pública*, 22 (11), 2269-2280.
- Molina, A., & Sarudiansky, M. (2011). Las medicinas tradicionales en el noroeste argentino. Reflexiones sobre tradiciones académicas, saberes populares, terapias rituales y fragmentos de creencias indígenas. *Revista Argumentos*, 22, 315-336.
- Organización Internacional del Trabajo (2007). *Convenio sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes [No. 169]*. Autor: Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2006). *Políticas, planes y programas de salud mental*. Asturias: Editores Médicos.
- Organización Panamericana de la Salud (1998). *Programas y Servicios de salud mental en comunidades indígenas*. Washington: OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2008). *Una visión de salud intercultural para los pueblos indígenas de las Américas*. Washington: OPS.
- Orzuza, S. (2013). Concepciones y prácticas indígenas sobre la salud y la enfermedad. Conocerlas para respetarlas. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*, 5, 67-78.
- Orzuza, S., Augsburg, C., & Gerlero, S. (2009). *El Derecho a la Salud Mental. Lectura crítica de la Ley de Salud Mental de la provincia de Santa Fe*. VIII Jornadas de Salud Mental Comunitaria. Salud Mental y Derechos Humanos, (pp. 1-6) Lanús: Universidad Nacional de Lanús.
- Ottenheimer, A.C. (2011). Algunas reflexiones sobre diversidad cultural y la formación para la salud. *Debates*, 3, 63-65.
- República Argentina (2013). *Plan Nacional de Salud Mental*. Recuperado de http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/2013-10-29_plan-nacional-salud-mental.pdf
- República Argentina (2010). *Ley Nacional de Salud Mental nº 26657*. Autor: Buenos Aires.
- Soru, F., Boris, L., Carreras, X., & Duero, D. (2012). Creencias populares sobre la salud, la enfermedad y su tratamiento. *Anuario de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 1, 94-115.
- Unicef (2008). *Los derechos de los pueblos indígenas explicados para todos y todas*. Buenos Aires: Autor.
- Vallejo, A. (2006). Medicina indígena y salud mental. *Acta Colombiana de Psicología* 9, 39-46.

