

# **Representaciones y prácticas plurales en la asistencia de procesos que afectan la salud.**

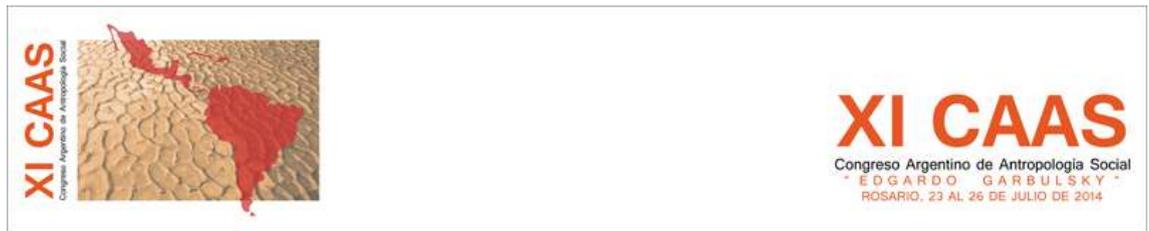
Sampayo, Horacio Ricardo.

Cita:

Sampayo, Horacio Ricardo (2014). *Representaciones y prácticas plurales en la asistencia de procesos que afectan la salud. XI Congreso Argentino de Antropología Social, Rosario.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-081/853>

Horacio R Sampayo  
Sampayo51@yahoo.com.ar



## **XI Congreso Argentino de Antropología Social**

**Rosario, 23 al 26 de Julio de 2014**

**GRUPO DE TRABAJO 40. PLURALISMO ASISTENCIAL:  
MULTIPLICIDAD DE MODELOS, PRÁCTICAS Y EXPERIENCIAS EN  
SOCIEDADES MULTICULTURALES.**

**TÍTULO DE TRABAJO: *Representaciones y prácticas plurales en la  
asistencia de procesos que afecten la salud.***

1

**Nombre y apellido. HORACIO RICARDO SAMPAYO**

**Institución de pertenencia. FACULTAD DE CIENCIAS DEL AMBIENTE Y  
LA SALUD. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL COMAHUE.**

## **I. Presentación:**

Este trabajo está elaborado en el Alto Valle del Río Negro y Neuquén, sede de la Universidad Nacional del Comahue. Es parte del Proyecto de investigación "Obstáculos al conocimiento y iatrogenia: discriminación, segregación y prejuicios como fuentes potenciales de errores en la práctica enfermero -médica." De la Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud, Universidad Nacional del Comahue.

Durante los últimos diez años hemos trabajado en materias Antropología y Sociología para la carrera de enfermería, lugar desde el cual hemos observado y entrevistado estudiantes y enfermeros, así como usuarios del sistema de salud en general. Esta posición que nos ha permitido acumular una importante experiencia de campo desde la cual hemos podido observar las dificultades de acceso y las barreras visibles e invisibles de acceso al sistema científico oficial de salud.

El área problemática sobre la cual hemos interrogado al campo etnográfico, ha sido la forma de enfrentar las enfermedades en diferentes grupos dentro de nuestra sociedad. Extrañados del mito, socialmente hegemónico, del acceso a la salud como un derecho de todos por igual, nos hemos preguntado acerca de la forma en que cada uno de los distintos grupos que conforman la sociedad valletana.

Fundamentalmente hemos trabajado con informantes de distintas comunidades originarias, mapuche, tehuelche, y otras sin autoidentificación; migrantes gitanos, bolivianos y población criolla asentada desde hace tiempo en la región. Cada uno de estos grupos con sus facilidades y sus dificultades de acceso al sistema de salud.

Durante el desarrollo del proyecto hemos realizado numerosas entrevistas a personal de salud, especialmente enfermeros que están cursando el segundo ciclo de la carrera y que están en actividad en el sistema de salud, tanto público como privado. Estas entrevistas a enfermeros surgen espontáneamente en mi condición de profesor a cargo de la materia sociología del último año de la licenciatura en enfermería.

La coexistencia en una misma sociedad, de comunidades de diferentes

orígenes étnicos, con distintas tradiciones y cada una con sus sistemas de creencias mágicas y religiosas sobre la enfermedad y su curación, con sus terapéuticas tradicionales y con distintos personajes mediadores entre sus padecimientos y la curación. Por eso es que hablo de *pluralismo asistencial*.

## **II. Metodología.**

La metodología de trabajo que hemos utilizado es típicamente etnográfica. Se basa en tres momentos o fases que incluyen, demarcación del problema y elaboración del trabajo en el terreno, observaciones y entrevistas formales o informales, y registro de las mismas, y luego una etapa de reflexión y análisis de la información y su relación con los elementos teóricos aportados por el investigador. Inmediatamente después viene un nuevo ciclo, donde los datos recogidos y elaborados en el ciclo anterior vuelven a formar parte de la demarcación y elaboración del trabajo. De este modo, ciclo a ciclo, vamos afinando nuestras observaciones y registros de modo de ir acercándonos a los sujetos y sus áreas problemáticas de modo cada vez más preciso y al mismo tiempo, en cada ciclo vamos reflexionando sobre nuestra presencia, nuestros prejuicios, y la influencia que éstos traen en la relación entre el investigador, los sujetos entrevistados y los datos aportados por éstos.

También trabajamos en la relación entre la teoría, aportada por el investigador, y el campo empírico, es decir las experiencias narradas por los sujetos informantes.

En el curso de un trabajo de campo etnográfico que ya lleva diez años, hemos realizado entrevistas formales e informales a centenares de habitantes de la región, hemos hecho observación en hospitales y centros de salud, e incluso hemos entrevistado personas padecientes en sus propios domicilios. También hemos entrevistado a una infinidad de enfermeros y médicos, en algunos casos trabando un conocimiento profundo a lo largo de años.

El conocido problema de la aceptación del antropólogo por parte de los sujetos informantes, que no siempre hemos logrado sortear con éxito, se vio facilitado por mi condición de profesor de la carrera de enfermería, aunque esto también supone una barrera, puesto que la relación docente – estudiante es conflictiva por definición, trayendo esta implicación un doble problema, al

pretender que estudiantes de las carreras de enfermería, medicina y psicología se transformen en informantes.

La implicación en el campo, como paciente o como familiar de pacientes, se ve dificultada por la distancia que los profesionales ponen con los sujetos usuarios de sus servicios. Sin embargo, esta relación, aun distanciada por la relación terapéutica, brinda numerosas y excelentes oportunidades de observación de conductas, tanto en los profesionales como en los usuarios.

De todos modos es necesario aclarar que la condición del investigador, con su posición etaria, de género, de clase, étnica y profesional, implica un posicionamiento que tan pronto facilita como obstaculiza el conocimiento de los condicionantes de las conductas observadas y de los modelos simbólicos puestos en juego. Los juegos de lenguaje y de relaciones, no son los mismos en presencia de un observador extraño, cualquiera sea éste, y mucho menos si se trata de un investigador científico proveniente de la Universidad.

### **III. El sistema de “salud”.**

En nuestra sociedad conviven básicamente dos sistemas de atención de la salud: El público y el privado. Si miramos el problema más de cerca, nos encontramos que esta es una simplificación de un problema donde se entrecruzan varias instituciones interesadas en el tema. El Estado está representado por sus organismos de salud, ministerios, secretarías, etc. cuya competencia abarca una disparidad de problemas sanitarios. Podemos enumerar, sin que ésta se exhaustiva, la atención primaria, la contención de endemias o epidemias, los planes preventivos como los de vacunación, y muchos más. Además el Estado se ocupa de la atención de personas “carenciadas” en hospitales que atienden las situaciones individuales.

El sistema privado, a su vez, se ocupa sólo de la atención de enfermos, a partir de tres mecanismos básicos de financiación, el privado, donde el enfermo paga su tratamiento; el pre-pago, mediante una cuota a una empresa de seguros médicos, y el de Obras Sociales, donde los trabajadores hacen un aporte solidario para financiar la atención privada de sus afiliados.

Aunque esto es negado sistemáticamente por los informantes entrevistados profesionales del sistema médico-científico, suponemos que la

atención es diferenciada en función de cuáles son las fuentes de financiamiento. Observaciones en lugares de atención, me han mostrado diferencias entre los usuarios del sistema en función de su situación social. Así, trabajadores del petróleo, cuya obra social paga aranceles más altos, son tratados en forma diferencial respecto, por ejemplo, de trabajadores públicos, que son atendidos por el ISSN.

*“...Me internaron con el nene, que tenía bronquiolitis, yo tengo Instituto (Instituto de Seguridad Social del Neuquén) y a la hora de comer, a la señora de la cama de al lado le daban un almuerzo, a ella y al nene, a mí no, solo al nene, pero claro, ella tenía Petroleros...”* (Socióloga, 29 años, Docente nivel terciario)

#### **IV. Las barreras de acceso al sistema de salud.**

El acceso al sistema de salud, público o privado, está limitado por una serie de factores burocráticos, prácticos, de distancia y también los que podemos llamar “culturales”. En efecto, existen numerosas barreras que impiden o por lo menos dificultan el llegar al médico y no digamos al enfermero.

La primera barrera es de orden cultural: el personal sanitario ha sabido rodearse de un aura de importancia y autoridad. Numerosos trabajos han tratado este tema. Efectivamente, la corporación médica logró, desde fines del S XIII en adelante, una alianza tácita con el poder político. El poder político le otorgó el monopolio del saber y la autoridad médica, y la corporación legitimó científicamente decisiones del poder político. (Foucault, 1963; Goffman, 1994; Sampayo et al, 2013)

Al tener médicos y otros profesionales esta aura de autoridad e importancia, muchas personas creen que su dolencia no merece “molestar” al médico, y buscan formas de autocuidado e incluso de automedicación. A esto debe agregarse el hecho de tener que dar explicaciones por conductas consideradas impropias por los profesionales:

*“... bueno, me voy a que el médico me rete...”* (Antropóloga, 35 años, docente universitaria)

Este breve testimonio, tomado de una de las Ayudantes de Primera de mi cátedra, expone dos barreras en el acceso al servicio de salud: primero, el personal médico toma la enfermedad como una eventualidad culposa, y acusa al usuario como responsable, aunque sea indirectamente, por el deterioro de su salud; segundo: el usuario teme ser amonestado por ello.

Esta barrera, que todos conocemos más o menos, es consecuencia de una suerte de prejuicio fuertemente asentado en la comunidad terapéutica, muchos enfermos son “responsables” por omisión o acción de sus padecimientos. Casos tipos: obesidad o simplemente sobrepeso, falta de ejercicio, exceso de deporte o deporte inadecuado para edad, sexo y condición física, tabaquismo (el hábito de fumar en lenguaje terapéutico toma ese nombre), anorexia, bulimia, alcoholismo, dietas inadecuadas, falta de descanso, stress, inclinaciones y prácticas sexuales, y una larga lista de conductas que derivan en enfermedades.

En mi condición de profesor en la carrera de enfermería, he dirigido tesis sobre las causas de la re internación de pacientes hipertensos. En general se atribuían a conductas inadecuadas, consumo excesivo de sal, y otros que el paciente *sabía*, porque médicos y enfermeros se lo habían explicado en la primera internación, que no debía realizar. El hecho que los pacientes **no** estuvieran en condiciones, por razones familiares, económicas o laborales, de cambiar sus hábitos de vida, no aminora, en la óptica del personal de salud, su “culpa”.

Nadie quiere ser amonestado ni reprendido, por lo tanto se evita en lo posible la consulta profesional. Este prejuicio, es repetido y difundido por los medios de comunicación. Hemos visto en televisión programas donde se formulan recomendaciones de evitar tal o cual alimento, hábito o actividad, puesto que son causa de enfermedades. Esta difusión en los mass media, a la que internet no es ajena, contribuye a reificar el prejuicio y a elevar aún más la barrera al acceso a la salud.

Otra barrera de orden cultural, está dada por el desconocimiento de las posibilidades de atención: en el caso de Neuquén es frecuente que vecinos de algunos barrios desconozcan las posibilidades que les brindan los centros de

salud de su barrio. Este sub aprovechamiento de las posibilidades de los centros periféricos de salud, que atienden durante el día en forma ambulatoria, pero que están en comunicación con hospitales y pueden requerir ayuda de mayor complejidad, hace que muchas necesidades no se traten o se lo haga cuando la situación es realmente muy grave. Muchas veces usuarios que podrían ser atendidos en los centros periféricos van directamente al hospital, pero otras muchas prefieren recurrir al autocuidado.

En el caso del Centro de Salud Villa María, ubicado en la Avda. Olascoaga 1200. (10 cuadras del centro de la ciudad, sobre la principal avenida sur-norte). No tiene cartel indicador ni indicación alguna que en esa casa funciona un centro de salud. Sólo carteles a mano pegados en la puerta indican qué médico atiende y cuando dan turnos. Me paré en la calle a preguntar a vecinos si sabían sobre el centro de salud y qué servicios prestaban, varios ignoraban su existencia y ninguno supo indicarme qué servicios se prestaban. Preguntados dónde se atendían y varios me contestaron que en centros privados o directamente en el hospital Regional. (Ubicado a 2Km de allí)

A las barreras culturales se les agregan barreras de orden físico. Las viviendas y los centros de salud están incomunicados, sea por las distancias, sea por falta de transporte público, sea por barreras geográficas diversas. Esta incomunicación deriva en falta de seguimiento de tratamientos, escasas consultas médicas, etc. El caso del barrio El Mirador de Añelo, Pcia. Del Neuquén, que he trabajado específicamente, es un ejemplo típico. (Sampayo, 2013)

Añelo tiene un centro de salud que funciona en horario de administración pública, no hay médicos privados. Atiende con turnos previos y especialistas algunos días determinados. Si no hay turnos o los especialistas no concurren por ausencias laborales, no hay atención. El hospital más cercano está en San Patricio del Chañar, a 50 km. Recién en el 2014, con el auge del Shale Oil y Gas, en la formación Vaca Muerta, la gobernación prometió construir el hospital, por reclamo de las empresas petroleras extranjeras y del gremio de trabajadores petroleros.

También existen barreras burocráticas. La larga espera para conseguir turnos, la necesidad de ir a la Obra Social, de allí al médico, de allí a autorizar estudios y/o tratamientos de nuevo a la Obra Social y así sucesivamente, desalienta a los usuarios. En el sistema público, por otro lado, las largas esperas por turnos, la necesidad de ir a la madrugada para ser atendido a las 7 hs por los empleados que dan turnos a veces para las 11hs, a veces para varios días o semanas después, esperar hasta más de una hora posterior al horario para ser atendido, hace que quienes necesitan atención se vean distanciados de la misma.

Y por último, existen barreras económicas. Como muy bien marca Eduardo Menéndez, el Modelo Médico Hegemónico es esencialmente mercantilista, la medicina científica es un bien en el mercado, a disposición de quien pueda pagarlo, y quienes no tienen dinero se ven cada vez más lejos de la medicina de "calidad". (Menéndez, 1998)

Todas estas barreras, juntas, conducen al autocuidado, es decir a al cuidado del padeciente por sí mismo o por su grupo conviviente. Las necesidades de cuidado no son entonces resueltas por profesionales entrenados, enfermeros, médicos, odontólogos, sino que son resueltas dentro del grupo conviviente. Por lo tanto conducen a una serie de prácticas basadas en conocimientos tradicionales, apropiación desigual de saberes científicos, creencias en entidades sobrenaturales, y últimamente además conocimientos obtenidos en internet.

#### **V. Magia y acción de entidades sobrenaturales en la terapéutica.**

En relación a las prácticas basadas en entidades sobrenaturales, éstas no sólo hacen referencia a acciones, sino también a prohibiciones, de la cual tal vez la más conocida es la del grupo religioso Testigos de Jehová que prohíben la transfusión sanguínea. Los tabús religiosos son numerosos en todas las religiones y además existen numerosas religiones en nuestra región. Desde la iglesia Católica hasta las numerosas formas de cristianismo reformado, pasando por el budismo, judaísmo, islamismo, y sus distintas combinaciones.

En la ruta 22, a la altura de Challacó, a unos 60 km de Cutral Có, existen dos santuarios, uno frente al otro, donde se detienen turistas y camioneros para

realizar sus rogativas, a un lado el beato Ceferino Namuncurá y frente a él la Difunta Correa, que ofrece protección a quienes viajan en las rutas, y la curación de sus males. La fe en las cualidades mágicas y milagrosas de la Difunta Correa está muy extendida en la región del Comahue.

“... yo no sólo le pido, también voy a San Juan al santuario y subo las escaleras 10 veces..., sé que vos no crees, pero me mejora la salud...” “... venía por la ruta y cuando paso a un camión veo una pick up que venía de frente, alcancé a esquivarla a último momento, gracias a la Difunta...” (Profesor Universitario, 50 años)

“Estaba muy engripada y tenía que viajar a Buenos Aires, le llevé una botella con agua a la difuntita y me curé...” (Enfermera, 30 años, centro de salud Villa María)

El siguiente diálogo con una informante, empleada de comercio de unos 40 años es ilustrativo

“... Cuando paso por Chichinales paro en el santuario de la Difunta, para pedirle por la salud de mi familia...”

“¿Cuándo vas a la Virgen de San Nicolás también parás?”

“Sí, de ida y de vuelta, la Virgen y la Difunta me mantienen sana”

Las entidades sobrenaturales también imponen límites a lo que pueden hacer los pacientes.

“...No necesitamos médicos, nos cura la virgencita...” (Trabajadora rural, 35 años, General Roca (R.N.))

Otras de las acciones en relación a la salud y a prácticas de autocuidado están en relación a creencias basadas en la asimilación de animales y humanos, a partir del sensocentrismo, teoría filosófica que sostiene que animales y hombres comparten la capacidad de sentir, por lo que deben ser tratados en iguales condiciones. El *veganismo* y otras filosofías naturistas están en esta línea de pensamiento.

La idea – absolutamente ideológica, y no basada en evidencia empírica alguna – en que el humano era “originalmente” vegetariano y que en la medida en que evolucionó hacia la civilización se transformó en omnívoro, y por lo tanto

lo “natural” es una alimentación basada en vegetales y una curación basada también en hierbas y elementos considerados “naturales”.

Tenemos aquí una versión ligth de la teoría del buen salvaje de Rousseau, el hombre en estado de naturaleza es bueno, la sociedad civilizada lo corrompe. Por lo tanto muchas de las enfermedades humanas se deben a haberse alejado de este estado de naturaleza. Es la “civilización” la causa de muchos de nuestros males. Ejemplo etnográfico:

*“Cristina Lincopán, (lonco de la Comunidad Caxipaín), falleció de cáncer producido por el agua contaminada por la explotación petrolera en Loma de La Lata.”*

La relación causa efecto aparece como evidente y no necesita explicación. Muchas mujeres al año mueren por cánceres de útero y de mamas aunque vivan en lugares sin explotación petrolera. Pero como ella luchaba para obtener beneficios para su comunidad y mejorar sus condiciones de vida enfrentando a las multinacionales del petróleo (Repsol - YPF) se establece esta relación e incluso se plantea casi como que los gerentes de las empresas lo provocaron deliberadamente.

## **VI. El autocuidado.**

Uno de los temas menos tratados por la literatura antropológica es el del autocuidado. Es decir el cuidado de personas y tratamiento de enfermedades por ellas mismas o por el grupo conviviente.

En relación al autocuidado, está basado en dos tipos de terapéuticas: la tradicional y la científica, pero a partir de una apropiación desigual de salberes médicos.

La tradicional se basa en prácticas del sentido común y en terapias que provienen de muy antiguo en la historia: aplicación de fomentos y cataplasmas, vapor con inclusión de semillas de eucalipto, tés de hierbas, como el helecho serrucho, las cáscaras de la granada, ajeno, anís estrellado y otras que sirven tradicionalmente para curar diferentes enfermedades. Algunas de estas hierbas son peligrosas, el té de ajeno, por ejemplo, es sumamente peligroso pues es altamente tóxico. Sin embargo es de uso común para combatir las parasitosis

intestinales, muy frecuentes especialmente en poblaciones suburbanas y rurales.

El uso de insecticidas (Raid) para combatir la pediculosis, es una variante de estos tratamientos.

## **VII. Medicinas tradicionales.**

En la provincia de Neuquén existen numerosas comunidades originarias y otras inmigrantes pero culturalmente diferenciadas de la “mayoría”. En ellas existen tres vertientes de medicinas tradicionales.

*a. La primera es la práctica de actividades mágicas para lograr la curación.*

La más extendida de las prácticas mágicas es el recurrir a parapsicólogos, brujos, chamanes, curacas, y otros mediadores con poderes especiales para “curar” personas, atar parejas, “curar” chacras o negocios, y limpiar hogares o lugares de presencias ominosas de origen sobrenatural.

Estos mediadores se presentan como poseedores de capacidades mágicas otorgadas por entidades de origen sobrenatural desde su nacimiento. De esta forma están en condiciones de solucionar cualquier “daño” que se haya hecho a la persona. Enfermedades y otros males, como malos negocios, cultivos afectados por distintos factores, plantaciones de frutales que han bajado su rendimiento, heladas, etc, pueden ser “curados” por intercesión de estas personas.

En los casos de comunidades originarias, también tienen especialistas en el cuidado de la salud, que interceden ante las entidades sibrenaturales para lograr la curación.

*b. La segunda es la práctica de recurrir a hierbas, dietas, baños y otros tratamientos ancestrales.*

El recurso de los tratamientos tradicionales está muy extendido y es utilizado en prácticamente todos los sectores de la población. Tanto las “mayorías” como las “minorías” étnicas utilizan estos recursos. Como es lógico, las poblaciones rurales o sub urbanas tienen mayor acceso a plantas

medicinales, sin embargo, en jardines y maceteros se cultivan también distintas plantas con fines terapéuticos, incluyendo cannabis, que es utilizada para curar diferentes afecciones, especialmente el glaucoma.

La existencia en las ciudades de la región de negocios “naturistas” que ofrecen productos medicinales, alimenticios y cosméticos “naturales” y “orgánicos” para enfrentar todo tipo de dolencias, desde digestivas y cardiovasculares hasta algunas formas de cáncer, da cuenta de lo extendidas y aceptadas que están estas prácticas.

*c. La tercera es una apropiación desigual y a veces sincrética de recursos de la medicina científica.*

El acceso a recursos de la medicina científica como forma de autocuidado, adquiere esencialmente la forma de automedicación. Los conocimientos científicos en el área médica son apropiados pero en forma desigual, es decir no adquieren la forma de conocimientos significativos, sino una forma casi-mágica: hay una relación funcional aunque se desconozcan los mecanismos reales de la enfermedad. De esta forma si el médico recomendó un medicamento, ante situaciones similares se recurre al mismo medicamento. Otras veces se consulta al farmacéutico y simplemente al empleado de la farmacia. De esta forma los medicamentos circulan y son utilizados sin necesidad de recurrir a la consulta médica, dificultadas por las barreras ya mencionadas.

## **VIII. Discusión.**

La población de la región conforma una sociedad multiétnica y multicultural. Tal vez se note más esta condición que en ciudades más antiguas. El Alto Valle se conformó en su versión actual a partir de dos momentos fundacionales, de los cuales el Estado Nacional fue actor fundamental.

La primera con la construcción del sistema de regadío con la construcción del Dique Ing. Ballester y el canal Fernández Oro o “canal grande” entre Cinco Saltos y Villa Regina, regando una zona de unos 120 Km. de largo y el canal “chico” del lado de Neuquén, entre Vista Alegre y Neuquén. Estas

obras permitieron el riego y la instalación de chacras de cultivo de frutales y vides, con población inmigrante proveniente fundamentalmente de Europa.

La segunda, a partir de la década del '60, con inmigración interna o de países limítrofes, especialmente Chile y Bolivia, con la construcción de las Grandes Obras Hidroeléctricas – El Chocón; Alicura, Piedra del Águila, Planicie Banderitas, y otras – y el auge de la extracción de petróleo en Cutral C6 y Rinc6n de los Sauces.

Estas oleadas de inmigrantes se fueron asentando y se continúan asentando sobre poblaciones anteriores, especialmente población originaria empujada por la Campa1a del Desierto y inmigrantes de origen chileno empujados por las crisis econ6micas y la presi6n del Gobierno de Santiago sobre la poblaci6n Mapuche.

La presencia de una sociedad de reciente conformaci6n, donde a6n no se han consolidado estructuras sociales legitimadas por la antigüedad, convierte al alto valle en una sociedad tolerante ante la diferencia, lo que hace posible el asentamiento de una importante poblaci6n de origen gitano, los que, a pesar de sus tradiciones n6mades, se han ido asentando en forma permanente, pero conservando su idioma y muchas de sus pr1cticas, como su sistema de parentesco.

Toda esta poblaci6n recurre ante la necesidad de enfrentar sus enfermedades a una combinaci6n de pr1cticas tradicionales, recursos naturales, sobrenaturales y por supuesto al sistema cient6fico de salud, de acuerdo a sus posibilidades de acceso y en funci6n de la gravedad de cada situaci6n. Todas las comunidades reconocen ventajas en el sistema oficial, cient6fico de atenci6n de salud, recurriendo a 6l en los casos de mayor gravedad o por ejemplo frente a los embarazos y partos.

## **IX. Conclusiones.**

Nos encontramos en una sociedad multi6tnica y multicultural. Con comunidades diferenciadas por lenguajes, modelos simb6licos, creencias y pr1cticas religiosas diversas.

Cada comunidad ha aportado diferentes conocimientos y pr1cticas ante la necesidad de enfrentar las enfermedades y la muerte. Sin embargo todas

Horacio R Sampayo  
Sampayo51@yahoo.com.ar

reconocen el sistema oficial, científico de salud, y le conceden valor y eficacia en la terapéutica. Sin embargo, ante las barreras de distinto tipo para acceder a él, se usan diferentes estrategias tradicionales de autocuidado, prácticas religiosas y mágicas.

Neuquén, Junio de 2014

**X. Bibliografía.**

Foucault, Michel, 1963 *Naissance de la clinique. Une archéologie du regard médical*. Paris, Presses universitaires de France.

Goffman, Erving 1994 *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*, Amorrortu, Buenos Aires.

Sampayo, Horacio et al. 2013 *Inclusión y exclusión en salud, una mirada antropológica*. Neuquén. Educo.

Sampayo, Horacio, 2013; "Vivir sin Médico, el caso del Barrio el Mirador, Añelo, Pcia del Neuquén. En Sampayo, Horacio et al. 2013 *Inclusión y exclusión en salud, una mirada antropológica*. Neuquén. Educo.

Menéndez, Eduardo 1998, "Modelo médico hegemónico, reproducción técnica y cultural" en *Natura Medicatrix*, N° 51 pp 17 – 22.