

IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología
XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos
Aires, 2017.

Políticas públicas y circuitos de salud en comunidades Qom de la provincia de Formosa, Argentina.

Ceriani, Sara Victoria.

Cita:

Ceriani, Sara Victoria (2017). *Políticas públicas y circuitos de salud en comunidades Qom de la provincia de Formosa, Argentina. IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-067/676>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eRer/vc7>

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>.

POLÍTICAS PÚBLICAS Y CIRCUITOS DE SALUD EN COMUNIDADES QOM DE LA PROVINCIA DE FORMOSA, ARGENTINA

Ceriani, Sara Victoria

Universidad de la Cuenca del Plata - Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Argentina

RESUMEN

El presente trabajo se inscribe en el marco del proyecto de investigación denominado: Implementación de programas y políticas públicas en salud en el territorio de las comunidades de pueblos originarios de Misión Laishí, financiado por la Universidad de la Cuenca del Plata. El objetivo es describir y analizar la puesta en práctica de la salud en dicho territorio. La misma se expresa en torno a circuitos, en particular se analizará en este caso el circuito del sistema de salud y las barreras de accesibilidad identificadas. Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, con perspectiva etnográfica. Se realizaron 6 entrevistas a profesionales y agentes del sistema de salud y 17 entrevistas a integrantes de las comunidades qom de Misión Laishí, localidad ubicada al sur de la provincia de Formosa, Argentina. Se describen resultados de una segunda fase de análisis. Es fundamental profundizar en el análisis de los factores psicosociales y culturales implicados en la accesibilidad para el caso de comunidades de pueblos originarios, con el fin de garantizar la accesibilidad y el derecho a la salud para estas poblaciones que históricamente han sido excluidas y marginadas.

Palabras clave

Comunidades qom, Accesibilidad, Políticas públicas, Derecho a la salud

ABSTRACT

PUBLIC POLICIES AND HEALTH CIRCUITS IN QOM COMMUNITIES IN THE PROVINCE OF FORMOSA, ARGENTINA

This work is part of the research project entitled: Implementation of public health programs and policies in the territory of the indigenous communities of Misión Laishí, funded by the University of Cuenca del Plata. The objective is to describe and analyze the implementation of public policies regarding health in that territory. This implementation takes place around circuits, particularly the circuit of the health system and the identified accessibility barriers will be analyzed in this case. This is a qualitative, exploratory-descriptive study with an ethnographic perspective. Six interviews were conducted with professionals and agents of the health system and 17 interviews with members of the Qom communities of Misión Laishí, a town located in the south of the province of Formosa, Argentina. Results of a second phase of analysis are described. It is fundamental to deepen the analysis of the psychosocial and cultural factors involved in accessibility for the communities of indigenous peoples, in order to guarantee accessibility and the

access to health for these populations that have historically been excluded and marginalized.

Key words

Qom communities, Accessibility, Public politics, Access to health

Introducción:

El presente trabajo se inscribe en el marco del proyecto de investigación denominado: *Implementación de programas y políticas públicas en salud en el territorio de las comunidades de pueblos originarios de Misión Laishí, Formosa, (Argentina)*, financiado por la Universidad de la Cuenca del Plata.

El marco jurídico nacional e internacional contempla el derecho a la salud para los pueblos originarios, sin embargo su situación sanitaria se ve comprometida por las dificultades en el acceso a los servicios de cobertura y atención, así como no se visibilizan las problemáticas de salud en las comunidades y territorios para generar políticas públicas específicas. De esta manera, las condiciones sociosanitarias de los pueblos originarios están en estrecha relación con los niveles de pobreza, el deterioro ambiental, la falta de reconocimiento territorial, las limitaciones para acceder al sistema educativo y las persistentes prácticas de exclusión. En este sentido la salud indígena sigue siendo un desafío insoslayable tanto en las agendas de investigación como en el espacio público de gestión, ya que históricamente no ha sido un tema primordial en la Argentina; en efecto ha quedado en un lugar marginal a los intereses de las prácticas sanitarias (Hirsch y Lorenzetti, 2016).

La perspectiva de la Accesibilidad psicosocial cultural al sistema de salud (Landini, González Cowes y D'Amore, 2014) y de la Salud Intercultural (Lorenzetti, 2013) han resultado herramientas interesantes para abordar estos problemas. La primera permite, por un lado, repensar la noción de accesibilidad cultural como una interfaz social, y abordar el complejo proceso de implementación de las políticas de salud como un espacio conflictivo en el que se articulan marcos de sentido diferentes, en este caso el de los profesionales, agentes del sistema de salud y el de las comunidades pertenecientes a pueblos originarios. Por otro lado, la segunda perspectiva mencionada ayuda a reconocer en las prácticas donde están en juego nociones de salud, 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.

De esta manera, el siguiente proyecto de investigación se propone analizar la dinámica y el proceso de implementación de los pro-

gramas y políticas públicas en salud en cuatro comunidades de pueblos originarios qom de la provincia de Formosa, atendiendo a si las mismas contemplan las necesidades y demandas específicas que estas comunidades hacen al sistema de salud.

Método:

Se ha diseñado un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, con perspectiva etnográfica, que, de acuerdo con los objetivos de la investigación, ha permitido profundizar en la trama de relaciones sociales y estrategias que los diferentes actores llevan a cabo en el contexto específico del territorio de las comunidades de Misión San Francisco de Laishí. En dicha localidad se han realizado los trabajos de campo. La misma cuenta con aproximadamente 10 mil habitantes y está ubicada a 70 km de Formosa Capital. Allí 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.

Las técnicas de relevamiento de datos fueron las siguientes:

Entrevistas abiertas semi-dirigidas y en profundidad (individuales y grupales) considerando dos unidades de análisis:

- Profesionales y agentes del sistema de salud de la provincia de Formosa: 6 en total.
- Pobladores de las comunidades de pueblos originarios qom de Misión San Francisco de Laishí: El Dorado, San Antonio, Laguna Gobernador y El Naranjito: 17 en total.

Resultados:

En este apartado se describen y analizan algunos puntos en tensión observados en la puesta en práctica de la salud en dicho territorio. La misma se expresa en torno a circuitos que se plantean y perciben de manera diferente por los actores de esta investigación, ya sea, por un lado, profesionales y agentes sanitarios del sistema de salud y por el otro, miembros de las comunidades qom de Misión Laishí. A continuación, se puntualizan algunos aspectos del funcionamiento del circuito del sistema de salud, describiendo las barreras de accesibilidad a los servicios de salud, que han sido identificadas a lo largo de las entrevistas y el trabajo de campo realizado. Considerando a Mirassou (2013), para entender el proceso de las políticas públicas en salud y los determinantes sociales en Formosa hay que ubicarse en el marco de una provincia joven, de poco más de cinco décadas, que hasta 1957 había estado postergada como territorio nacional. En 1991 se incluye en la Constitución Provincial la adopción de la estrategia de atención primaria de la salud y se implementa la atención por niveles de complejidad creciente a través de la organización de los efectores de salud en áreas programáticas y distritos sanitarios. Esto se organiza en Formosa por medio del Ministerio de Desarrollo Humano, contando actualmente con 84 áreas programáticas distribuidas en 12 distritos sanitarios. En una primera fase de análisis de la información recolectada se obtuvieron resultados, a partir de la búsqueda sistemática de documentos institucionales acerca de políticas públicas y programas de salud que tienen cobertura en la provincia de Formosa. Dicha información fue recabada por el equipo de investigación en el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Formosa y en el Ministerio de Salud de la Nación. En dicho análisis se observa una

escasez en cuanto a la existencia de políticas públicas específicas que posean una mirada o reconocimiento sobre la salud de los pueblos originarios. Se mencionan a continuación dos de los programas que intentan implementarse en la provincia de acuerdo a una perspectiva intercultural:

- El programa Nacional Médicos Comunitarios, que depende del Ministerio de Salud de la Nación. El mismo se presenta como uno de los programas que se implementan en la provincia de Formosa con comunidades indígenas y se ha incorporado a algunas de las áreas programáticas en el primer nivel de atención de la salud.
- El programa provincial Salud Intercultural de reciente implementación en el año 2016.

El circuito del sistema de salud. Barreras para la implementación de políticas y programas en salud:

Considerando que en un espacio geográfico determinado, en este caso el territorio de las comunidades de Misión Laishí, hay tensiones, conflictos, pugnas de poder e intereses, valores materiales y simbólicos, pensar en territorialidades, es incorporar las políticas públicas y legislaciones que allí actúan, sumando las lógicas propias de los actores, sus demandas y reclamos, sus luchas y resistencias, los activismos y modos de organización y articulación con otros (Petit, 2010). De esta manera, analizar la implementación de políticas y programas de salud desde el entramado de relaciones sociales que se dan en los diferentes circuitos que se plantean y los lugares que ocupan cada uno en el territorio (Lorenzetti, 2011), permitirá dar desarrollo a la siguiente pregunta: ¿Cómo se expresan estas formas de territorialización diferentes en la puesta en práctica de la salud en las comunidades qom de Misión Laishí? ¿Qué sentidos le otorgan los diferentes actores sociales? ¿Es posible encontrar formas de articular esta contradicción?

La accesibilidad, que es un principio básico de la Atención Primaria de la Salud, en el territorio se manifiesta de diversas maneras. Ese territorio que para el sistema de salud son las áreas programáticas y están muy bien divididas y subdivididas. Cada área programática tiene alrededor de 2000 a 3000 habitantes, 7000 máximo, con todos sus equipos de salud.

La implementación de las políticas y programas de salud es a través de las áreas programáticas de salud y los distritos sanitarios. En Misión Laishí particularmente, se trata del distrito 7 de acuerdo a las áreas programáticas del sistema de salud provincial, zona litoral sur. Hay un hospital de segundo nivel de atención de la salud y dos agentes de salud originarios para las cuatro comunidades qom que allí habitan. Una de ellos implementa sus acciones desde el Hospital de Misión de Laishí y el otro agente sanitario reside y realiza sus tareas en la comunidad Laguna Gobernador. Algo que llama la atención es que dicha comunidad de pueblos originarios es la única reconocida en el mapa del sistema de salud provincial, quedando limitada la posibilidad de atención primaria de la salud (APS) para las demás comunidades: El Dorado, San Antonio, y El Naranjito. Así se observa un primer punto de tensión que nos lleva a la siguiente pregunta: ¿cómo puede haber implementación de los programas en todas las comunidades de Misión Laishí si el sistema de salud solo reconoce una de las cuatro comunidades en el mapa

del territorio de las áreas programáticas?

Considerando que las relaciones que los sujetos mantienen con y en el territorio están basadas en las representaciones que ellos poseen y los diferentes significados y sentidos otorgados a lo que allí ocurre (Petit, 2010), es interesante por un lado ubicar el modo en que el sistema de salud territorializa los circuitos de salud en distritos sanitarios y áreas programáticas y por el otro, la forma en que los sujetos, en este caso, los pueblos originarios se apropian o acceden de manera particular al territorio del sistema de salud, lo cual contempla a su vez, un modo de territorialización específica. La pregunta sería: ¿ante un problema de salud qué es lo primero que hacen las personas que viven en comunidades de pueblos originarios?

Se podría conjeturar que el sentido otorgado en este caso ante la resolución de un problema de salud comienza dentro del territorio de las comunidades, dentro de su propio marco de representaciones y lógicas para entender la salud y la enfermedad.

A continuación, respecto de esta primera etapa del proyecto de investigación, en una segunda fase de análisis, se compararon entrevistas realizadas a pobladores de comunidades qom y a profesionales y agentes del sistema de salud. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas con el apoyo del software Atlas Ti. Asimismo, se realizó una búsqueda y sistematización de información en portales de salud nacionales y provinciales y se analizaron noticias relevantes obtenidas de dichos portales y medios gráficos de comunicación audiovisual. También revisión y análisis de datos estadísticos del INDEC.

Retomando la noción de accesibilidad mencionada en la introducción de este trabajo (Landini, González Cowes y D'Amore, 2014). Se trata de un concepto relacional, ya que se refiere al vínculo que se establece entre los sujetos y los servicios de salud. De este modo, las barreras de acceso, son aquellos factores que se colocan entre los usuarios y los servicios obstaculizando o limitando la posibilidad de lograr la atención necesaria. En suma, la accesibilidad quedaría definida como la articulación o ajuste entre las características de la oferta (es decir, del sistema de salud y sus profesionales) y las características y necesidades de la demanda, pudiendo existir barreras que limiten la posibilidad de acceder a una atención satisfactoria en el ámbito de la salud.

A su vez, se señala una diferencia entre accesibilidad geográfica, financiera, administrativa y cultural, convirtiéndose cada una de estas dimensiones en una barrera si no permite o limita el acceso al sistema de salud (Comes y Stolkiner, 2005; Comes et al., 2007; Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008). La accesibilidad geográfica refiere a la posibilidad de traslado desde la residencia de cada persona al centro de salud, lo que se expresa en la distancia y el tiempo insumido para hacerlo. La accesibilidad económica refiere a la disponibilidad de dinero para hacer frente al pago del transporte, los servicios, los medicamentos o cualquier otro costo asociado. Por su parte, la accesibilidad administrativa refiere a la organización burocrática de los centros de salud: horarios de atención, procedimientos para acceder a las consultas, formalidades administrativas, etc. Finalmente, la accesibilidad cultural (entendida en este proyecto como 'psicosocial-cultural') corresponde a las barreras que puedan surgir a partir de las representaciones que poseen pobladores y profesionales de la salud y a las diferencias culturales que pueden

existir entre ambos, lo que invita a pensar al concepto de accesibilidad en términos relacionales (Comes et al., 2007; Solitario, Garbus y Stolkiner, 2008).

Sin embargo, cuando se trata de implementación de programas y políticas de salud en comunidades indígenas, se torna relevante considerar dos componentes en dicha dimensión relacional de la accesibilidad:

- 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).
- 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 encontrados durante el trabajo de campo realizado, se hace necesario, introducir un marco teórico que permita profundizar la indagación del vínculo que se establece entre las comunidades de pueblos originarios y el sistema de salud público a la hora de implementar políticas y programas de salud. 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 la implementación de políticas y programas de salud para el caso de los pueblos originarios, posibilitando introducir la dimensión del poder en este análisis.

Barreras geográficas, económicas, administrativas y psicosocial culturales:

En relación a lo geográfico, se puede observar como la lejanía de las zonas rurales, donde habitan las comunidades de pueblos originarios hasta el Hospital de Misión San Francisco de Laishí, se vuelve una barrera en la implementación de la salud. Por un lado, las distancias existentes entre los parajes rurales y los centros de

salud, acrecentado en algunos casos por residir a varios kms de la ruta, y por el mal estado de los caminos, al ser de tierra y fácilmente inundable, aparece como un obstáculo para el acceso a la atención. Existen dificultades de transporte, ya que el hospital cuenta con una sola ambulancia y no hay centros de salud en varias comunidades. Recientemente se han comenzado a construir dos centros de salud: uno en Laguna Gobernador y otro en San Antonio, debido a que estas dos comunidades son las que se encuentran a mayor distancia del Hospital de Misión Laishí, sin embargo aún no hay un cuerpo de profesionales y agentes del sistema de salud que trabajen en los mismos. Un profesional del sistema de salud comentaba:

“La geografía es un problema también, no tienen transporte, al no tener transporte no llegan... es más fácil entonces el curandero que está en la otra cuadra...”

En esta cita, que se repite en varias representaciones de profesionales y agentes del sistema de salud que han sido entrevistados, puede observarse, como ambas barreras geográficas y psicosocial culturales aparecen interrelacionadas. Se tendrán en cuenta las Prácticas locales y Estrategias de cuidado de la salud de los pueblos originarios de acudir a la medicina tradicional o al Pi'ogonac (médico de la comunidad), como parte de esta variable de análisis psicosocial cultural. De esta manera, se refieren a las prácticas de salud de algunas comunidades de acudir al Pi'ogonac o a la medicina tradicional como una consecuencia del obstáculo que conlleva no llegar al hospital, ya que les insume a las personas más tiempo y un medio de transporte que los/as acerque.

Con respecto a lo económico se pudo visualizar como los niveles económicos bajos de la población originaria, repercuten en la posibilidad de cubrir el gasto en salud. Esto refiere al costo de traslado hasta los efectores, del boleto de transporte público o privado de los remises, y la compra de medicamentos, pago de análisis o tratamientos, en el caso que no puedan asistir en el subsector estatal. Así puede observarse en la siguiente cita de pobladores originarios de las comunidades de Misión Laishí:

“Una vez nos mandaron una ambulancia para llegar a Formosa Capital. Pero una vez en la ciudad no teníamos dinero para alojarnos ni para comprar comida. Nos la teníamos que arreglar solos.”

Otro de los factores que influye en la construcción de accesibilidad refiere a las formas administrativas del sistema de salud. La administración de turnos se vuelve barrera en el acceso a la atención de los pobladores originarios, ya que los turnos se entregan por orden de llegada, en un horario de la mañana inaccesible para los pobladores de las comunidades, porque para alcanzar a un turno deben salir de madrugada y por medio de transporte propio. En general se trasladan en moto, caminando, o en bicicleta.

Dentro de las barreras más intrínsecas a la organización del sistema de salud y los modos de implementación de políticas y programas pueden identificarse:

- No se renueva a los agentes sanitarios, quienes reciben beca del Programa Nacional Médicos Comunitarios.
- Falta de capacitación en terreno para los agentes sanitarios del primer nivel de atención de la salud.
- Escasez de recursos humanos en salud, tanto de los/as profesionales de la salud: médicos, enfermeros, agentes sanitarios; como de formación de estos profesionales.

- Falta de preparación teórica de algunos/as profesionales, ya sea en el nivel académico-universitario como en el nivel de conocimiento comunitario para poder realizar acciones de salud pública, promoción y prevención de la salud.
- Escasez de nombramientos en cargos públicos en salud en los hospitales/ centros de salud e irregularidades en los cobros de las becas de algunos programas.

Consideraciones finales:

A lo largo de este trabajo puede observarse, de qué manera la accesibilidad e implementación de políticas de salud, como vínculo entre el sistema de salud y sus usuarios de la población originaria estudiada, se desarrolla de manera inicial. Es decir, habría entrada al sistema de salud por parte de dicha población, pero el vínculo encuentra obstáculos al finalizar el acercamiento, y se dificulta la posibilidad de dar curso a este proceso. No se observa una continuidad en relación a los controles de enfermedades, prevención, seguimiento de casos o tratamientos específicos, por interrelación de los factores geográficos, económicos y administrativos que se vuelven obstáculo en la implementación de programas y servicios de salud. Otro de los factores que influye en obstaculizar este proceso está relacionado al tipo de vínculo y comunicación que se da entre el sistema de salud y sus profesionales con los pobladores originarios. Estos sujetos llevan adelante, prácticas de vida, creencias, hábitos de salud y representaciones sociales que se presentan distintas a las del sistema de salud. Estos factores psicosocial culturales no son tomados en cuenta en las intervenciones del sistema de salud, y en estas condiciones la dimensión vincular entre profesionales y pobladores al haber un choque de mundos de sentidos se vuelve obstáculo en la accesibilidad e implementación de políticas de salud.

Desde la Psicología Comunitaria (Montero, 2004) y más específicamente desde una Psicología comprometida con los pueblos originarios de nuestra América (Herazo, 2015), la participación, el empoderamiento y la concientización son herramientas fundamentales a la hora de pensar relaciones más horizontales y dialógicas en la toma de decisiones respecto a la salud de estos pueblos. Este sería un primer paso para generar demandas e iniciativas en relación al derecho a la salud y así visibilizar las necesidades y problemáticas de los pueblos originarios en la construcción de políticas de salud.

Relevancia para la formación de recursos humanos en salud:

De acuerdo a los resultados identificados en el informe final de este proyecto de investigación, surge el siguiente interrogante: ¿alcanzan las políticas públicas, los efectores en el territorio, los recursos humanos, los programas en salud si el sistema de salud no registra, no identifica y no forma recursos humanos con una perspectiva intercultural? ¿Continuarán existiendo igualmente barreras de índole psicosocial cultural?

Esto lleva a considerar por un lado, la relevancia del Dialogo Intercultural como proceso colectivo de negociación y construcción de significados en salud, entre los diversos actores involucrados en el proceso. Por otro lado, la Dimensión Política de la Salud: ¿qué relaciones de poder y condiciones de producción de subjetividad aparecen al interior de ese vínculo entre el estado (políticas en sa-

lud) y las comunidades pertenecientes a pueblos originarios? Por lo tanto, es importante, que estos factores psicosocial culturales, descriptos anteriormente, sean tomados en cuenta tanto por el sistema de salud como por los actores, para poder incorporarlos a sus intervenciones, para no anularlos sino potenciarlos de acuerdo a las prácticas que recomienda el sistema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Comes, Y. y Stolkner, A. (2005). "Si pudiera pagaría": estudio sobre la accesibilidad simbólica de las mujeres usuarias pobres del AMBA a los servicios asistenciales estatales. *Anuario de Investigaciones*, 12, 137-143.
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R. y Stolkner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 201-209.
- Etnopo: Encuentro Nacional de Organizaciones Territoriales de Pueblos Originarios. (2014). Protocolo de Consulta Previa, Libre e Informada a Pueblos Originarios.
- Herazo, González, K. I. (coord.). (2015). *Hacia una psicología social comunitaria comprometida con los pueblos originarios de nuestra América*. México: UNAM.
- Hirsch, S. y Lorenzetti, M. (eds.), (2016). *Salud pública y pueblos indígenas en la argentina. Encuentros, tensiones e interculturalidad*. San Martín: Universidad Nacional de General San Martín.
- Landini, F., Gonzalez Cowes, V., y D'amore, E. (2014). Hacia un marco conceptual para repensar la accesibilidad cultural. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 30(2), 231-244.
- Lorenzetti, M. (2011). Relaciones interétnicas y prácticas de atención a la salud en el Chaco Salteño. *Revista Corpus, Archivos virtuales de alteridad americana*, 2 (1), 1-12. ISSN 1853-8037. Disponible en: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/corpus>.
- 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.
- Mirassou, C. (2013). Sistema de salud pública y comunidades indígenas de la provincia de Formosa. *Medicina (Buenos Aires)*, 73 (5), 453-456.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Oyarce, A.M. y Pedrero, M.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. (2010). Debates en torno al territorio. Aportes para la psicología social. En: I Primer Congreso Internacional, II Nacional y III Regional de Psicología, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. Publicación en CD. ISSN 1850-4450.
- 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.
- Solitario, R., Garbus, P. y Stolkner, A. (2008). Derechos, ciudadanía y articulación en salud: su relación con la accesibilidad simbólica a los servicios. *Anuario de Investigaciones*, 15, 263-269.