

Área: Ciencias Sociales; **Disciplina:** Antropología; **Tema:** salud indígena;
Idioma: Español; **Escritura:** Individual

DOI: <https://doi.org/10.47133/respy42-24-2-1-07>

BIBLID: 0251-2483 (2024-2), 153-176

Itinerarios de salud y atención en la comunidad indígena Yvopey Renda en el marco del sistema de Ayuda Mutua Hospitalaria (AMH) en Filadelfia, Paraguay

Health Itineraries and Care in the Yvopey Renda Indigenous Community within the framework of the Mutual Aid Hospital System (AMH) in Filadelfia, Paraguay

Nolberto Valdez¹ 

¹Centro de Estudios Rurales Interdisciplinarios (CERI),
Asunción, Paraguay.

Correspondencia: nolber88@gmail.com

Artículo enviado: 20/5/2024

Artículo aceptado: 24/10/2024

Conflictos de Interés: ninguno que declarar.

Fuente de financiamiento: sin fuente de financiamiento.

- **Editor responsable:** Carlos Anibal Peris . Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción, Centro de Estudios Antropológicos. Asunción, Paraguay.
- **Revisor 1:** Mary Monte de Lopez Moreira . Academia Paraguaya de la Historia. Asunción, Paraguay.
- **Revisor 2:** José Manuel Silvero . Universidad Nacional de Asunción, Dirección General de Investigación Científica y Tecnológica. San Lorenzo, Paraguay.



Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Citación Recomendada: Valdez, N. (2024). Itinerarios de salud y atención en la comunidad indígena Yvopey Renda en el marco del sistema de Ayuda Mutua Hospitalaria (AMH) en Filadelfia, Paraguay. *Estudios paraguayos*, Vol.42(2), pp.153-176. <https://doi.org/10.47133/respy42-24-2-1-07>

Resumen: Este estudio examina los itinerarios de salud y atención en la comunidad indígena Yvopey Renda del pueblo Guaraní Occidental, en el marco del sistema de Ayuda Mutua Hospitalaria (AMH) en Filadelfia, Paraguay. La investigación se centra en la experiencia de atención en la Clínica Indígena Filadelfia y explora cómo se implementa el seguro AMH, sus impactos en la atención médica de los indígenas, y cómo afecta la falta de este seguro a quienes no tienen acceso. Mediante un enfoque metodológico cualitativo con abordaje etnográfico, se realizaron observaciones participantes y entrevistas semi-estructuradas. Los resultados revelan que la autoatención es la primera opción ante los padecimientos, seguida por el sistema AMH para quienes cuentan con el seguro. Se identificaron limitaciones en el acceso y la atención, incluyendo la falta de cobertura para la mayoría de los miembros de la comunidad, atención limitada en la clínica, y horarios restringidos. El estudio también destaca la tensión entre el enfoque biomédico del AMH y las prácticas tradicionales de salud indígena, evidenciando una relación asimétrica que afecta la identidad cultural y la autonomía de los indígenas. Se concluye que, a pesar de las críticas, el sistema AMH representa un servicio privilegiado en comparación con la falta de acceso a servicios de salud pública de calidad. El trabajo subraya la necesidad de un sistema de salud público propio para cada comunidad indígena, con un enfoque integral que respete y se adapte a sus culturas tradicionales.

Palabras clave: salud indígena; itinerarios terapéuticos; Ayuda Mutua Hospitalaria; Guaraní Occidental; antropología médica; Chaco paraguayo.

Abstract: This study examines the health and care itineraries in the Yvopey Renda indigenous community of the Western Guaraní people, within the framework of the Mutual Hospital Aid (AMH) system in Filadelfia, Paraguay. The research focuses on the care experience at the Filadelfia Indigenous Clinic and explores how the AMH insurance is implemented, its impacts on indigenous medical care, and how the lack of this insurance affects those without access. Through a qualitative methodological approach with an ethnographic perspective, participant observations and semi-structured interviews were conducted. The results reveal that self-care is the first option for ailments, followed by the AMH system for those with insurance. Limitations in access and care were identified, including lack of coverage for most community members, limited attention at the clinic, and restricted hours. The study also highlights the tension between the AMH's biomedical approach and traditional indigenous health practices, evidencing an asymmetrical relationship that affects the cultural identity and autonomy of indigenous people. It concludes that, despite criticisms, the AMH system represents a privileged service compared to the lack of access to quality public health services. The work underscores the need for a public health system specific to each indigenous community, with a comprehensive approach that respects and adapts to their traditional cultures.

Keywords: indigenous health; therapeutic itineraries; Mutual Hospital Aid; Western Guaraní; medical anthropology; Paraguayan Chaco.

Introducción

La salud de los pueblos indígenas en América Latina ha sido históricamente un tema de preocupación debido a las desigualdades persistentes y las barreras de acceso a servicios de salud culturalmente apropiados. En Paraguay, donde la población indígena constituye el 2% del total nacional, estas disparidades son particularmente evidentes, especialmente en regiones como el Chaco, caracterizadas por su diversidad étnica y cultural.

Este estudio se centra en la comunidad Yvopey Renda del pueblo Guaraní Occidental en Filadelfia, Paraguay, explorando sus itinerarios de salud en el contexto del sistema Ayuda Mutua Hospitalaria (AMH). La investigación de los itinerarios de salud en comunidades indígenas es crucial para comprender cómo estas poblaciones navegan entre diferentes sistemas médicos, negocian sus identidades culturales y enfrentan las barreras estructurales en el acceso a la atención sanitaria.

El marco teórico de este estudio se basa en conceptos de la antropología médica crítica y los estudios sobre pluralismo médico. Estos enfoques nos permiten examinar cómo los factores históricos, sociales y culturales influyen en las experiencias de salud y enfermedad, así como en las elecciones terapéuticas de los individuos y comunidades.

La comunidad Yvopey Renda, establecida en 1964 en la periferia de Filadelfia, representa un caso particular de urbanización indígena en el Chaco paraguayo. Su historia está marcada por procesos de desplazamiento, adaptación y resistencia frente a la sociedad envolvente, principalmente la colonia menonita. El sistema AMH, implementado en 2006, se presenta como una solución a la falta de servicios de salud pública en la región, pero también plantea interrogantes sobre su adecuación cultural y su impacto en la autonomía indígena.

Este artículo se estructura en cuatro partes principales. Primero, se describe la metodología empleada, basada en un enfoque etnográfico. Luego, se presentan los resultados, enfocándose en las experiencias de salud de los miembros de Yvopey Renda y su

interacción con el sistema AMH. La tercera sección ofrece un análisis crítico de estos hallazgos a la luz de conceptos como determinación social de la salud y violencia estructural. Finalmente, se concluye con reflexiones sobre las implicaciones de este estudio para las políticas de salud indígena y se proponen direcciones para futuras investigaciones.

La investigación se desarrolló en el marco de un Seminario de Antropología, Salud y Desigualdades, ejecutado por la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO), sede en Paraguay con apoyo financiero de UNICEF Paraguay.

Metodología

El enfoque metodológico es cualitativo, con abordaje etnográfico y con técnicas de observación participante y entrevistas semi-estructuradas que se basan en una narrativa de la enfermedad y el padecimiento como en un itinerario terapéutico.

156

La observación participante se desarrolló en la Clínica Indígena Filadelfia, donde se atiende a las/los indígenas que cuentan con el seguro de AMH. La clínica se encuentra en el casco urbano de la ciudad de Filadelfia, capital del departamento de Boquerón.

Las entrevistas semi-estructuradas se desarrollaron en la comunidad indígena urbana del pueblo Guaraní Occidental, Yvopey Renda, ubicada en la ciudad de Filadelfia, a menos de un kilómetro de esta clínica. Se entrevistaron a dos participantes, que se trata de una pareja de 41 y 42 años, respectivamente. El entrevistado es perito judicial, abogado y fotógrafo-audiovisualista y la entrevistada es de profesión contadora.

La observación participante se realizó en el momento en que el entrevistado llevó a consultar a su hijo adolescente en la Clínica Indígena Filadelfia. En ocasión a la visita y observación, el observador fue aceptado - en un espacio restringido para terceras personas - para recorrer las dependencias de la clínica, y recibió explicaciones del encargado sobre las funciones de cada espacio.

Tanto la visita a la clínica como las entrevistas semi-estructuradas, se realizaron en la tarde del 11 de abril de 2023. Primero se

acompañó al adolescente y a su padre a la clínica, posteriormente se retornó a su casa para la realización de las entrevistas, ya en presencia de la esposa.

Durante todo este proceso de diálogo, organización y acompañamiento al participante y su hijo adolescente en la clínica, y durante las entrevistas, se aclaró y se respetó el código ético de investigación social en salud (consentimiento informado, anonimización y confidencialidad). Asimismo, el entrevistado y la entrevistada, cuentan con nombres ficticios en el desarrollo de este trabajo.

Además de los datos recabados en campo, se realizó una revisión bibliográfica sobre la AMH y, específicamente, sobre la Clínica Indígena Filadelfia, como también sobre datos poblacionales estadísticos existentes. También se consultaron bibliografías para el abordaje conceptual de los datos empíricos.

Presentación y análisis de los resultados

La población indígena en Paraguay

157

De acuerdo con la Encuesta Permanente de Hogares (EPH) de 2017, existen en el Paraguay 122.461 indígenas (DGEEC, 2018, pág. 9). La población indígena en el Paraguay constituye el 2% de la población total del país y conformada las cinco familias lingüísticas que agrupan a los 19 pueblos, tal como puede notarse en la siguiente distribución:

- a. Familia Guaicurú: conformada únicamente por el pueblo Qom.
- b. Familia Zamuco: agrupa a los pueblos Ayoreo, Ybytoso y Tomaraho
- c. Familia Lengua Maskoy: aglutina a seis pueblos: Enlhet Norte, Enxet Sur, Angaité, Sanapaná, Toba Maskoy y Guaná.
- d. Familia Mataco Mataguayo: integrada por los pueblos Nivaclé, Maká y Manjui.
- e. Familia Guaraní: agrupa a seis pueblos, Mbya Guaraní, Avá Guaraní, Aché, Paĩ Tavyterã, Guaraní Ñandéva y Guaraní Occidental. (INE, 2015, pág. 2)

En total, existen 711 comunidades, aldeas o barrios¹ indígenas en Paraguay. De acuerdo la clasificación lingüística, la familia Guaraní tiene la mayor cantidad de comunidades, con un total de 371. Le siguen las familias Lengua Maskoy, con 50 comunidades, Zamuco, con 34 comunidades, Mataco Mataguayo, con 27 comunidades, y Guaicurú, con 11 comunidades (INE, 2015).

Dentro de la familia lingüística Guaraní, los pueblos Mbyá Guaraní cuentan con 170 comunidades, seguidos por los Avá Guaraní con 124 comunidades, y los Paĩ Tavyterã con 61 comunidades, siendo estos los grupos con mayor número de comunidades.

Las comunidades indígenas están ubicadas en 13 departamentos del país y en Asunción. La distribución territorial de las comunidades indígenas por región está dada de la siguiente manera: 371 comunidades y 45 barrios² en la región Oriental y 122 comunidades y 173 aldeas están asentadas en la región Occidental o en el Chaco paraguayo. Los departamentos que suman la mayor cantidad de comunidades son Canindeyú (106), Caaguazú (59), Presidente Hayes (50) y Boquerón (46). En el área urbana están ubicadas 15 comunidades, 12 aldeas o barrios, en el área rural 478 comunidades y 206 aldeas o barrios. (INE, 2015, pág. 6)

El pueblo Guaraní Occidental y la comunidad Yvopey Renda

El pueblo Guaraní Occidental, perteneciente a la familia lingüística Guaraní, cuenta con 6 comunidades en el Paraguay y se distribuyen entre los departamentos de Boquerón (Región Occidental) y San Pedro (Región Oriental). Este pueblo indígena y cuenta con una población total de 3.587 personas, aproximadamente (INE, 2015).

¹ Categorización según el Instituto Nacional de Estadística (INE), anteriormente Dirección General de Estadística, Encuestas y Censos (DGEEC). En esta fuente, "barrio" se utiliza como sinónimo de "aldea", sin embargo, esta última denominación, las y los propios indígenas suelen utilizar para referirse a pequeños grupos indígenas asentados en un mismo territorio. En el caso de la denominación "barrio", es muy poco utilizada por las y los indígenas y, en los casos de las comunidades indígenas urbanas del Chaco central, específicamente en Filadelfia, existe como una condición impuesta por el gobierno municipal.

El estudio se realiza en la comunidad indígena urbana Yvopey Renda³ del pueblo Guaraní Occidental, ubicada en el departamento de Boquerón, ciudad de Filadelfia (distrito con el mismo nombre) que dista a unos 457 km de la capital del país.

Yvopey Renda cuenta con una población total de 1.140 personas, agrupadas en 285 familias (Municipalidad de Filadelfia, 2020). A pesar de que se trata de una comunidad constituida con personería jurídica del Instituto Nacional del Indígena (INDI), no cuenta con tierras propias.

Historia de vida de la pareja entrevistada y su familia

La pareja entrevistada de Yvopey Renda proviene de los dos departamentos del país mencionados arriba. La mujer, Lucía González⁴, de 41 años, es oriunda de la comunidad indígena Palomita, distrito de Yrybucua, departamento de San Pedro (Región Oriental), y su esposo, José Martínez⁵, de 42 años, nació en Filadelfia, departamento de Boquerón (Región Occidental), donde actualmente residen ambos.

159

Según Martínez, nació en Filadelfia, pero vivió un periodo corto de su infancia en la comunidad Machareti, comunidad de su mismo pueblo, ubicada en el distrito de Mariscal José Félix Estigarribia, departamento de Boquerón. El motivo de la mudanza de su familia a Filadelfia fue por un incendio en su casa. Luego de mudarse a Filadelfia con su familia, residió también un periodo corto de su infancia en la localidad Doctor Pedro Pablo Peña del departamento de Boquerón, donde vivía su padre. “Luego volví pronto a Filadelfia”, comentó.

Por su parte, González había venido de la comunidad Palomita del departamento de San Pedro para su estudio universitario en Filadelfia y se radicó en Yvopey Renda de Filadelfia. En ese interín, ambos se conocieron y se casaron. Estudiaron en la Universidad del Chaco

³ Yvopey Renda es un vocablo en guaraní occidental que significa “lugar del algarrobo”, en castellano. El algarrobo es un árbol frutal nativo del Chaco.

⁴ Nombre ficticio.

⁵ Ídem.

(UNICHACO). Ella, concluyó la carrera de Contaduría y Auditoría y él, la carrera de Derecho. Actualmente, ambos ejercen su profesión.

En el caso de Martínez, también es perito judicial, fotógrafo y videógrafo, con mucha demanda laboral. Él trabaja de forma independiente, como consultor. Por su parte, González, se desempeñó un largo periodo de tiempo como contadora en una Organización no Gubernamental (ONG) de Filadelfia, pero hace como 5 años, cambió de lugar de trabajo y actualmente trabaja como contadora en un estudio contable de la ciudad de Filadelfia.

La pareja tiene cuatro hijos, todos varones, uno recientemente mayor de edad, estudia en Asunción en la universidad y los otros son adolescentes; dos están en la primaria y uno en la secundaria en centros educativos públicos de la ciudad de Filadelfia. Esta es la composición familiar (nuclear) de la entrevistada y el entrevistado. La entrevista etnográfica se logró profundizar más con Martínez, que relató su itinerario de salud en una experiencia concreta.

Itinerarios de salud del entrevistado

La experiencia que relató Martínez (2023) se remonta en el 2013, cuando empezó a sentir dolores en el pecho, el abdomen y la espalda: “era un dolor muy fuerte y pasé automedicándome durante unos meses, con antiinflamatorios y demás. Llegaba a vomitar también”.

Esta práctica de automedicarse es parte de la llamada *autoatención* en la antropología de la salud. “Es la forma de atención a la enfermedad más frecuente utilizada por los grupos sociales, es parte de la mayoría de los usos de las otras formas de atención, y en particular de la atención biomédica” (Menéndez, 2003, pág. 198).

En dicho sentido, Rodero y Merino agregan que “estas prácticas de *autoatención* abarcan desde el uso de plantas medicinales, el consumo de fármacos sin receta, la ingesta de vitaminas y ciertos alimentos, el apoyo social, el descanso físico o emocional e incluso soportar el dolor o las molestias” (2018, pág. 103).

Siguiendo con el relato de Martínez, ese año 2013 aún tenía el seguro AMH y fue a consultar a la Clínica Indígena Filadelfia. En la clínica,

un doctor minimizó su enfermedad diciéndole que no era gran cosa y que vuelva a su casa para seguir tomando medicamentos y mucho líquido.

“Volví a casa y empecé a darme cuenta de que era la comida, cuanto más grasosa era, más dolor me generaba y luego ya empezaron a decirme en mi entorno de la comunidad que podía ser piedra en la vesícula y me asusté”, relató Martínez.

Esta situación llevó a Martínez a buscar información sobre el padecimiento en internet y su posible tratamiento natural, “pero al final no lo hice y volví a la clínica, donde me hicieron el análisis, cuyos resultados salieron en dos días y, efectivamente, tenía cálculos biliares o piedra en la vesícula” (2023).

Este relato da cuenta de la predominancia de la *autoatención* en Martínez como forma de atender su padecimiento como primera opción. Sin embargo, en esta ocasión no logró aliviar el padecimiento con dicho método y tuvo que acudir a su seguro de AMH.

Según relata Martínez, en la segunda visita a la Clínica Indígena de Filadelfia, le atendió una doctora que le realizó el estudio y, al diagnosticar su enfermedad al día siguiente con los resultados, le derivó al Hospital de Filadelfia, correspondiente a la clínica en casos así.

Para ese momento, Martínez relató que se encontraba asustado y que preguntó a otros pobladores de su comunidad que padecieron la misma enfermedad sobre su experiencia. Estos le dijeron que la intervención ya no es la cirugía tradicional, sino un método más nuevo y que se cura más rápido. Eso le animó a seguir más o menos tranquilo y acudir al hospital.

En el Hospital de Filadelfia, el método utilizado para su intervención fue la laparoscopia, que consiste en un tipo de cirugía sin la realización de una incisión grande. Martínez acudió al Hospital de Filadelfia donde se sometió al procedimiento. Tardó tres días para salir de alta del hospital.

Luego de esta intervención, Martínez volvió a su casa e inmediatamente le dolió de nuevo su cuerpo, por lo que tuvo que volver de urgencia al mismo hospital. En esta ocasión, le

diagnosticaron pancreatitis a causa de su intervención por cálculos biliares y se tuvo que quedar internado durante una semana más para recuperarse y volver a su casa.

Durante este padecimiento y estaba en el Hospital de Filadelfia, a Martínez le acompañaba su esposa las pocas veces que podía, porque ella trabajaba fuera de su casa. Cuando no podía ella, Martínez se tenía que ver solo en el hospital. Relató que luego de su intervención, se curó en quince días, aproximadamente.

Desde la perspectiva del entrevistado, la calidad de la atención en la clínica indígena depende de los doctores y, que algunos profesionales, principalmente los antiguos, minimizan la gravedad de la enfermedad, mientras que otros más nuevos, toman en serio los síntomas y derivan a los pacientes de manera oportuna.

Durante la entrevista a Martínez, llegó su esposa, González, del trabajo y, sobre la calidad de la atención en la clínica, opinó que respondería de otra manera que su esposo. Se solicitó a González continuar su intervención, pero su esposo le advirtió que se estaba grabando y continuó su relato. Ante la situación, el entrevistador decide apagar la grabadora de voz y continuar con la entrevista tomando nota en un cuaderno de campo. En ese momento González relató sus malas experiencias en la clínica.

162

Se trata de un control ginecológico. En este control, los profesionales de blanco utilizaron herramientas rudimentarias para la intervención, lo cual le dolió mucho y molestó a González. “Ellos piensan que la intervención médica a los indígenas debe ser sin mucho cuidado; que no hacen falta instrumentos de calidad para el tratamiento de nuestros padecimientos”, relató González (2023).

Ambos relataron también que, en una consulta, González con sus hijos fueron tratados despectivamente por un doctor, por lo que se retiraron de inmediato de la clínica. Posteriormente, Martínez presentó una nota formal por escrito, quejándose por el maltrato que sufrió su esposa y sus hijos.

En respuesta a la nota, el encargado de la clínica hasta la actualidad, Jimmy Siemens, que es menonita, les respondió verbalmente que “ese doctor no es cristiano; que por eso les trató así y que ya se

removió del cargo”. Martínez comentó que ese doctor era argentino, relativamente nuevo en el lugar y que también le dijo al encargado que la religión no tenía nada que ver en el caso.

Durante la observación participante, en el recorrido por el interior de la Clínica Indígena de Filadelfia, el encargado relató:

Muchas veces la gente piensa y cuestiona por qué se hizo una clínica exclusivamente para los indígenas; que es una discriminación. Yo les digo que anteriormente los indígenas no querían ir a los hospitales porque algunas veces no les hacían caso. Entre los pueblos indígenas que habitan Filadelfia, hay distintas actitudes. Por ejemplo, los Enlhet Norte, son tímidos y cuando no se les trata bien, se retraen y se alejan. Aquí se sienten bien porque se les trata bien, aunque a veces, de tan cansados que están los personales, la amabilidad ya es más difícil. (Siemens, 2023)

Luego de la presentación de la nota de reclamo por Martínez y González manifestaron que a ellos se les atiende mejor y con mayor rapidez. “Eso no debe ser así, porque es como un privilegio. Nos tratan mejor a nosotros porque saben que no nos vamos a callar, pero siguen con la misma práctica con otros indígenas que no reclaman”, relató Martínez.

La Clínica Indígena Filadelfia y la AMH

La Clínica Indígena Filadelfia está destinada para un grupo de indígenas de la zona urbana, periurbana y rural del distrito de Filadelfia que cuentan con el seguro de AMH. Este grupo indígena es de cinco pueblos a saber: Ayoreo, Nivaclé, Enlhet Norte, Guaraní Occidental y Guaraní Ñandéva. El grupo patronal encargado de la AMH de estas comunidades o grupo es la Colonia Fernheim.

Esta clínica realiza una atención ambulatoria, brinda consultas de enfermería y médica, además de realizar vacunaciones, visitas a las comunidades cada mes y muchas veces repetido por el encargado-atención referida a la planificación familiar. Las limitaciones o dificultades expresadas sobre el sistema de la AMH por el entrevistado indígena son, básicamente, cuatro puntos:

- a. La mayoría de los miembros de las comunidades beneficiadas no tiene el seguro AMH.
- b. La atención en la clínica es muy limitada: atención de enfermería con mayor frecuencia y atención médica con menor frecuencia.

- c. La clínica no atiende las 24 horas. Abre en horario de oficina (en Filadelfia, normalmente es de 07:00 a 11:30 de mañana y de 14:00 a 18:00 de tarde). Los sábados de tarde, domingos y feriados, sólo abre para casos de urgencias.
- d. La AMH no presta ni cubre los siguientes servicios: jubilaciones y pensiones, indemnizaciones en casos de accidente, las cuentas en caso de accidente de tránsito, medicamentos no recetados por el médico, medicamentos o elementos para la planificación familiar y anteojos.

En el punto “d” se puede notar la diferencia entre, por ejemplo, el seguro AMH y el seguro público del Instituto de Previsión Social (IPS) del Paraguay. Este último cuenta con jubilaciones y pensiones, indemnizaciones, entre otros servicios adicionales que la AMH no brinda ni cubre.

La AMH es un sistema de seguro privado de salud creado prioritariamente para pueblos indígenas del Chaco en el año 2006. Fue promovido por las colonias menonitas y se creó bajo la ley N.º 3050/2006. Según esta ley, se crea para “la atención médica integral y especializada de la población indígena del Chaco...sistema por el cual se cubrirá parte de los gastos hospitalarios de los mismos” (ASCIM, 2018).

164

Según el encargado menonita actual de la Clínica Indígena Filadelfia, desde 1958 ya se había realizado atención médica a los indígenas en las instalaciones de la clínica (Cooperativa Fernheim Ltda., 2021). Es decir, en 2006, sería solamente la formalización del sistema de seguro de salud implementado por las colonias para los indígenas. El encargado manifiesta que la atención médica en las instalaciones surgió ante la inexistencia del servicio de salud pública en la zona en los años 50.

El objetivo oficial de este sistema es “contribuir para que los Beneficiarios accedan en forma efectiva a los servicios de salud, teniendo en cuenta la realidad y especificidad de los pueblos indígenas, sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como prácticas curativas y medicamentos tradicionales” (ASCIM, 2018).

En la página web de la Asociación de Servicios de Cooperación Indígena-Menonita (ASCIM), en el texto sobre la AMH, se omite la

última parte del objetivo del sistema: “así como prácticas curativas y medicamentos tradicionales”, establecido en la ley de forma textual.

Esta omisión es un claro indicador de la existencia de “distanciamiento, subordinación o negación de otras formas de atención por parte de la biomedicina” (Menéndez, 2003, pág. 197), en este caso, impuesto como sistema único de la AMH. Esta omisión se vuelve más preocupante en zonas donde convergen diversas culturas indígenas como Filadelfia. En esta situación, aplica lo que Mendéndez afirma: “tal vez los aspectos más excluidos por la biomedicina son los que corresponden al campo cultural” (2003).

Según la ley, el sistema de la AMH funciona de forma descentralizada y habilita las llamadas “Cajas AMH” por grupos o pueblos indígenas. La administración del sistema se establece en la Unidad Técnica Administrativa (UTA), a cargo de la ASCIM, designado por resolución del Instituto Paraguayo del Indígena (INDI).

Posteriormente, “por decreto reglamentario fueron designados la ASCIM, la Colonia Menno, la Colonia Neuland y la Colonia Fernheim como grupos patronales de la AMH” (ASCIM, 2018) y las comunidades indígenas rurales o urbanas o, como las llaman la mayoría de los menonitas: “barrios obreros”, como grupos de beneficiarios.

Desde la perspectiva de Martínez, este sistema genera un impacto muy positivo en la salud indígena. Lamenta que en la actualidad ya no puede acceder al seguro, ya que no cuenta con un empleo asalariado bajo la tutela de un “patrón” menonita. Manifiesta con pena no tener más el seguro como antes, debido a los cambios normativos implementados recientemente por la administración de la AMH.

Así fue como Martínez quedó excluido de ser beneficiario con el seguro de su esposa que tiene un trabajo de dependencia laboral con la colonia menonita. Dicho seguro solamente cubre a su esposa y sus hijos, luego de cambiarse las normas. “Igual yo puedo consultar, pero tengo que pagar 15 a 20 mil guaraníes, de acuerdo con mi situación, pero si quiero el seguro completo, puedo pagar también de forma individual mensualmente. En cuanto pueda, haré eso”, alegó Martínez.

A pesar de la discriminación y maltrato que esta pareja indígena entrevistada sufrió en anteriores ocasiones en la clínica, de acuerdo con sus relatos, no pensaron en abandonar el seguro médico, sino más bien, optaron por reclamar por un mejor servicio y mantenerlo. Así también, observan que no existe tanto respeto hacia la identidad cultural de los indígenas y su autonomía como pueblo en el ámbito de la salud, pero ellos ven como necesidad ese seguro.

Alternativas terapéuticas de las/os indígenas sin AMH

Las y los indígenas que no cuentan con AMH, acuden como pueden a otros servicios públicos de salud más cercanos. De los cinco pueblos indígenas mencionados del distrito de Filadelfia, solamente la comunidad Uj'e' Lhavos del pueblo Nivacé tiene una Unidad de Salud Familiar (USF). Esta comunidad es, justamente, la comunidad con mayor número de población indígena en Filadelfia, con 4.600 habitantes, aproximadamente (Urquiza, 2023).

166

Otras alternativas o estrategias utilizadas por parte de estos pueblos indígenas urbanos, periurbanos y rurales para acceder a servicios públicos de salud son la Policlínica Municipal del Barrio latino⁶ Amistad que queda en la ciudad de Filadelfia, pero si la situación de salud es más grave, la siguiente alternativa es el Hospital Regional de Villa Choferes, a 21 kilómetros de la ciudad Filadelfia, perteneciente al distrito de Mariscal Estigarribia.

Médicos tradicionales de cada pueblo indígena, como los chamanes, ya son casi inexistentes en el distrito de Filadelfia. Menos existen en las comunidades indígenas urbanas como Yvopey Renda. Sin embargo, en el marco de una investigación sobre la gestión del agua en la comunidad, hace 2 años, una pobladora fue consultada sobre los poderes curativos del agua en la comunidad y respondió lo siguiente:

Hay todavía ciertas personas que hacen así, no muchas, pero están todavía. Preparan remedios con el agua o el famoso *soplado del agua*.

⁶ En Filadelfia, se denomina barrios latinos a los barrios de "paraguayos" que van a trabajar en la ciudad.

Te vas a un médico o un chamán y ellos preparan y te dan agua. Realmente es agua, pero como se dice: *oipeju*⁷ para que puedas vos tomar y curarte con eso. (Cabrera, 2021)

Estas prácticas curativas tradicionales como la mencionada por Cabrera, se van perdiendo en las comunidades indígenas del distrito de Filadelfia y, más aún, en la zona urbana, según los relatos indígenas. Esta situación obedece a factores como la influencia de la cultura hegemónica de la sociedad envolvente y también por las censuras que estas comunidades sufren de la sociedad menonita.

Anteriormente practicamos de todo, lo que tenía que ver con nuestra cultura, pero los menonitas trajeron el evangelio y prohibieron todo. Hay un caso de una comunidad que quiso recuperar esos rituales y los menonitas les dijeron que si seguían con esas prácticas serían expulsados de la comunidad. Tuvieron que dejar otra vez la iniciativa por temor a ser expulsados, porque quieren permanecer donde están. (Yegros, 2021)

Este último relato, se rescata también de otra entrevista realizada en el Chaco Central por el mismo investigador de este trabajo. Estas prohibiciones, también se escuchan en varios otros relatos indígenas de la zona, como también se pudo observar y escuchar en una ocasión (2017), en la comunidad Uj'e' Lhavos del pueblo nivaclé en Filadelfia, una lectura bíblica por un menonita en conmemoración la fundación de Uj'e' Lhavos, donde se hablaba de olvidar los dioses de los antepasados para servir y ser leal a un único Dios⁸.

Las determinaciones sociales de la salud indígena

Filadelfia es un distrito con una enorme diversidad de culturas, con una población total de 22.265 habitantes (Municipalidad de Filadelfia, 2020). El distrito de Filadelfia alberga, principalmente a comunidades indígenas que conforman cinco pueblos distintos que representan el 48% de la población total del distrito, luego se encuentran los barrios latinos con el 29% de la población total y, por último, los barrios menonitas que serían de población minoritaria, que representan a un 23% de la población total.

⁷ Vocablo en guaraní que significa "soplar".

⁸ En la biblia menonita, se refería al pasaje de Josué, 24: 14-25.

Para un análisis de esta configuración social actual, el aspecto histórico es relevante y, teniendo en cuenta el tema del estudio, la categoría *determinación social de la salud* sirve para abordar al objeto de la salud desde:

Un proceso histórico, dialéctico, complejo y multidimensional que abarca la producción de condiciones de salud y de vida, cuyo desarrollo se genera en medio del gran movimiento entre la sociedad y la naturaleza, sometido a su vez a las relaciones productivas y sociales de un sistema de acumulación de poder y cultura. (Casallas, 2017, págs. 404-405)

Las tierras del Chaco Central, donde hoy está asentado el distrito de Filadelfia, eran el territorio ancestral del pueblo indígena Enlhet Norte (Kalisch & Unruh, 2018). Sin embargo, hace casi cien años la colonización del territorio Enlhet comenzó con tres sucesos impactantes:

Los preparativos de la guerra del Chaco (1932-1935) a partir de mediados de la década 1920, la inmigración sorpresiva y masiva de los colonos menonitas a partir de 1927 y una epidemia de viruela en 1932/33 que cobró la vida a más que la mitad del pueblo. (Kalisch, 2022, pág. 61)

168

La historia Enlhet, cuando es relatada por ellos mismos, habla de la violencia y el despojo que sufrieron desde los años 30, luego de la llegada de los menonitas y, casi al mismo tiempo que el conflicto bélico entre Paraguay y Bolivia que, ellos consideran, se luchó en y por su territorio (Kalisch, 2018)

Estos acontecimientos se dieron con el impulso del Estado paraguayo que prestó especial atención a las tierras chaqueñas por una inminente disputa geopolítica con Bolivia, construyendo discursivamente a la región como una zona de frontera, representada como *tierra de nadie*, espacialmente *desierta y aislada* o como un *infierno verde*, por tanto, abierta a ser ocupada y desarrollada económicamente (Canova, 2011; 2015).

Al principio, los menonitas se relacionaron horizontalmente con los Enlhet, sin embargo, a los 10 años de esta relación, los Enlhet perdieron la totalidad de sus territorios, no sin antes de la misión “Luz a los indígenas” organizada por los menonitas para evangelizar a los indígenas nativos (Plett, 1979; Marqués, 2017; Allen, Calles de Polvo, 2018).

Luego de este proceso violento que atravesaron los Enlhet: la colonización menonita, la viruela y la Guerra del Chaco, la evangelización indígena por parte de los menonitas, sentaron las bases para lo que el geógrafo y teórico social, David Harvey (2012), llama *acumulación por desposesión*, como una etapa amarga pero necesaria por la que el orden social tenía que pasar para llegar a una situación que posibilite alguna otra forma alternativa.

Los Enlhet fueron reducidos a los llamados por los menonitas como “campamentos de indios” o “campamentos de trabajo”, actualmente llamados como “barrios obreros”, en reducidas proporciones de tierra, que pertenecen a las colonias menonitas. En Filadelfia, quedó la comunidad Cacique Mayeto, asentada sobre una tierra, propiedad de la Cooperativa Fernheim, en base a un contrato de comodato entre la Cooperativa y la comunidad.

La dimensión de la tierra de Cacique Mayeto es de 15 hectáreas y la población es de casi 1.000 personas (Municipalidad de Filadelfia, 2020). Asimismo, la comunidad fue organizada como “barrio” por la Cooperativa, con terrenos particulares y servicios públicos básicos proveídos por la Cooperativa y por el Estado (Allen, 2018).

Con la expansión del capitalismo agrario e industrial en el Chaco paraguayo, otros grupos indígenas fueron llegando a Filadelfia en busca de trabajo. Así se fundaron los “barrios obreros” de los pueblos indígenas Nivaclé, Uj’e’ Lhavos (Allen, 2018); Guaraní Ñandéva, Colonia 5; Guaraní Occidental, Yvopey Renda (Saldívar, 2018) y Ayoreo, Guidai Ichai (Allen, 2018).

Todas estas comunidades fueron organizadas por la colonia menonita de forma similar que Cacique Mayeto, pero con ciertas particularidades de acuerdo con su relación histórica con la sociedad menonita. La mayoría de estos pueblos indígenas que se acercaban a la ciudad formando asentamientos precarios, sufrieron desalojos de la ciudad antes de que se les permitiera establecerse como “barrios obreros”. La comunidad que más desalojos sufrió (cerca de 10) es Guida Ichai, del pueblo Ayoreo, que pudo establecerse en el 2015 recién.

Las y los antiguos pobladores de Yvopey Renda del pueblo Guaraní Occidental, se establecieron en el año 1964, luego de sufrir también

un desalojo de la ciudad anteriormente (Saldívar, 2018). Como los otros grupos indígenas que se acercaban a la ciudad de Filadelfia, luego de los desalojos e intentos de reubicación fuera de la ciudad por parte de la colonia menonita, siempre volvían todos o un grupo a la ciudad buscando trabajo.

Fue así como se construyó la configuración social de la ciudad de Filadelfia de la actualidad, con la diversidad de culturas existentes. Con el desarrollo pujante de la industria y comercio lácteo y ganadero, con dirección de la sociedad menonita y la explotación de fuerza de trabajo indígena, fueron llegando también grupos “latinos” o “paraguayos”⁹ de la Región Oriental del país en busca de trabajo, formando también los llamados “barrios latinos”.

En este proceso de formación económico y social, la sociedad menonita fue ganando terreno también en el campo del poder político, luego de la presencia más institucional del Estado, anteriormente casi inexistente. En este contexto surge el gobierno departamental de Boquerón como institución y la municipalización de Filadelfia (2006), en el mismo año que la oficialización del sistema AMH por ley (Municipalidad de Filadelfia, 2014).

El paradigma de la determinación social se plantea en la interfase del materialismo crítico, la economía política y la ecología política en su diálogo con una versión crítica de las ciencias de la salud, el ambiente y la sociedad. Se propone descifrar el movimiento de la vida, de su metabolismo histórico en la naturaleza, de los modos de vivir típicos (económicos, políticos, culturales) y del movimiento de los geno-fenotipos humanos, en el marco del movimiento de la materialidad social cuyo eje es la acumulación de capital, nombre que toma en nuestras sociedades la reproducción social. (Breilh, 2013, pág. 21)

La violencia estructural y el enfoque médico de la AMH

Teniendo en cuenta el breve desarrollo anterior de los procesos histórico, económico, político y social del Chaco Central paraguayo y, específicamente, en el distrito de Filadelfia, desde todo punto de vista

⁹ Así son llamados por las y los indígenas y menonitas las y los paraguayos de la Región Oriental que van a Filadelfia.

se observan las bases de la *violencia estructural* ejercida contra los pueblos indígenas:

Una violencia de intensidad constante que puede tomar varias formas: racismo, sexismo, violencia política, pobreza y otras desigualdades sociales. A través de la rutina, del ritual o de los transcurso difíciles de la vida, esta violencia estructural pesa sobre la capacidad de las personas para tomar decisiones sobre sus vidas. (Castro & Farmer, 2003, pág. 30)

El sistema AMH se enmarca en este contexto histórico, como sistema de salud impuesto por la sociedad menonita como Modelo Médico Hegemónico (MMH), la biomedicina, cuyas principales características de enfoque en los procesos de salud, enfermedad y atención son las siguientes:

Biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación médico/paciente asimétrica y subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez, 2003, pág. 194)

Necesidad de atención en salud desde el pluralismo médico

El enfoque biomédico de atender los padecimientos de una población con una gran diversidad cultural se impone en oposición al enfoque del *pluralismo médico*, cuyo concepto reconoce la “coexistencia y convergencia de distintas formas de explicar y atender la enfermedad correspondientes con diferentes modelos de atención médica que operan de forma interrelacionada y de los cuales las personas y grupos sociales hacen uso” (Leslie, 1976, 1978, citado en Rodero & Merino, 2018).

Lo que domina en las sociedades actuales, dentro de los diferentes conjuntos sociales estratificados que las constituyen y más allá de la situación de clase o de la situación étnica, es lo que se conoce como *pluralismo médico*, término que refiere a que en nuestras sociedades la mayoría de la población utiliza potencialmente varias formas de atención no sólo para diferentes problemas, sino para un mismo problema de salud. (Menéndez, 2003, pág. 186)

En dicho sentido, en el contexto de Filadelfia, las intervenciones culturales en salud se vuelven complejas y requiere de una comprensión de la cultura como clave para comprender las diferentes y diversidad de formas en que las personas experimentan y entienden la salud y la enfermedad. La comprensión de cada cultura que alberga el distrito de Filadelfia y su relación con la salud y la enfermedad es fundamental para el desarrollo de intervenciones de salud efectivas y culturalmente apropiadas (Langdon & FB, 2010).

Esta comprensión, evidentemente, implicaría también estudiar, comprender y rescatar las “prácticas curativas y medicamentos tradicionales” de las distintas culturas indígenas que acuden a la clínica, cuyo aspecto, si bien se expresa en la ley, se omite desde la administración de la AMH.

Algunas comunidades indígenas del Chaco Central reclaman la construcción de hospitales públicos en sus comunidades (Tierraviva, 2021) y que puedan aportar el seguro al Estado, porque los aportes que realizan no se ven reflejados en la calidad de la atención ni en los costos que implica estar enfermos en la zona, cuando se trata de ir más allá de las consultas.

172

Las relaciones de poder entre la población menonita y la población indígena están claramente marcadas por la hegemonía económica-política-cultural menonita, que constituye la clase patronal de la zona. Esto quiere decir que, si bien los asegurados indígenas pueden participar de las asambleas de la UTA, las decisiones sobre modificaciones o cambios del servicio AMH, las toman, finalmente, la patronal menonita.

Por su parte, todos los discursos oficiales menonitas, de distintos medios de comunicación local, se menciona que el sistema de AMH es un sistema autónomo, independiente y que cada caja es administrada con base a esas condiciones, pudiendo cambiar las normas si la situación requiriese por las partes involucradas, sin embargo, la administración de las Cajas AMH, queda fuera del alcance de los indígenas que aportan gran parte de lo recaudado.

La AMH, a pesar de su enfoque como MMH, si bien es positivo para ciertos grupos de indígenas dependientes laboralmente de los menonitas, al final constituye un servicio privilegiado ante la mayoría

que no accede fácilmente a un servicio de atención a la salud pública, ni siquiera mencionando la calidad, el enfoque o el modelo del sistema público en Paraguay.

La experiencia indígena rescatada desde la comunidad Yvopey Renda, del pueblo Guaraní Occidental, con relación a la AMH implementada en la Clínica Indígena Filadelfia y el nivel de atención, da cuenta de una necesidad enorme de que cada comunidad indígena cuente con un sistema de salud público propio, con nuevo enfoque de salud y con servicios integrales, oportunos y de calidad, en el sentido también de respeto y adaptación a sus culturas tradicionales.

Este cambio de enfoque también traería consigo un cambio de modelo de atención tradicional o el biomédico, centrado en la enfermedad y la atención curativa individual, hacia un modelo de atención integral, centrado en la salud, la promoción, la prevención y la atención integral y continua de las necesidades de salud de la población (Bertolozzi & De la Torre, 2012), es decir, hacia un modelo enfocado desde la salud colectiva.

Conclusión

La experiencia en salud, de atención y tratamiento de las y los miembros de la comunidad indígena Yvopey Renda de Filadelfia, da cuenta de la práctica de autoatención como primera opción ante los padecimientos. Como segunda opción, se encuentra el sistema AMH, con enfoque biomédico como MMH de la zona.

Sin embargo, esta segunda opción es solamente para una minoría de la población de Yvopey Renda que cuentan con el seguro del sistema AMH. La condición principal necesaria para acceder a este servicio de salud es estar vinculado/a laboralmente de forma estable con patrones menonitas.

El/la empleador/a o el/la empleado/a debe registrarse al sistema y ambos deben aportar mensualmente 15% a la caja de la AMH; 5% el empleado de su salario y 10% el patrón sobre el salario del empleado o empleada. Según el entrevistado para este estudio, este sistema

constituye un privilegio para los indígenas que acceden al servicio, a pesar de las limitaciones que reconoce del mismo.

Estas limitaciones y dificultades son la falta de acceso al seguro por parte de la mayoría de los miembros de las comunidades beneficiadas, la atención es limitada en la clínica, el horario es limitado y existe una falta de cobertura para ciertos servicios médicos más complejos que requieren de hospitales.

Además, antes de los reclamos por maltrato y discriminación en la clínica por la pareja entrevistada de Yvopey Renda, la pareja no se sentía cómoda ni respetada a su cultura y manifiestan seguir observando esa práctica hasta hoy día hacia otros y otras indígenas de la zona que son atendidos/as en la clínica.

Durante la observación participante, se notó que la clínica cuenta con enfermeras de dos pueblos indígenas de la zona (Nivaclé y Enlhet Norte) que, al menos, en la comunicación en su lengua nativa, constituye un avance hacia una mejor atención en salud culturalmente hablando, pero tanto doctores como encargados siguen siendo de la población menonita como en todos los ámbitos de la sociedad del distrito de Filadelfia.

174

El seguro médico de la AMH se implementó como un sistema de salud exclusivamente para los indígenas que habitan alrededor de las tres colonias menonitas del Chaco central (Neuland, Fernheim y Loma Plata), es decir, no es un sistema creado ni controlado por ellos/as, sino se encuentra en manos de la administración menonita. Por dicho motivo, la relación de la implementación del seguro AMH con la identidad cultural y la autonomía de los/as indígenas en la sociedad menonita, es una relación asimétrica.

Sin embargo, las y los indígenas que no cuentan con este seguro y que no pueden aliviar sus padecimientos con la medicina tradicional de sus pueblos o con los métodos que implica la autoatención, tienen que recurrir, si logran, a otros centros de salud, más alejados de sus comunidades, como el Hospital Regional de Mariscal Estigarribia. Sin servicios de ambulancia ni muchos buses internos, la llegada a más de 20 km, muchas veces no se puede por los costos que implican los servicios de taxi o particulares de la zona.

Esta conclusión se suma a las reivindicaciones o propuestas de algunas comunidades indígenas sobre su necesidad de mejoramiento del acceso a la salud pública, con reconocimiento y abordaje desde sus propias culturas como un derecho humano básico para un sector de la población paraguaya considerado entre los más vulnerables por diversos estudios.

Referencias

- Allen, F. (Director). (2018). Calles de Polvo [Película].
<https://www.youtube.com/watch?v=gl39uPfvQcw>
- Allen, F. (Director). (2018). Comunidad Ayoeode GUIDAI ICHAI - Indígenas Urbanos del Chaco Central [Película].
<https://www.youtube.com/watch?v=GSAaMIYUJ7M>
- Allen, F. (Director). (2018). Comunidad Enlhet Cacique Mayeto - Indígenas Urbanos del Chaco Central [Película].
<https://www.youtube.com/watch?v=B7SBxeydAU0>
- Allen, F. (Director). (2018). Comunidad Nivačle UJ'E' LHAVOS - Indígenas Urbanos del Chaco Central [Película].
https://www.youtube.com/watch?v=Q_XytdFD6pk&t=18s
- ASCIM. (2018, 9 de enero). AMH. Asociación de Servicios de Cooperación Indígena Menonita. <https://ascim.org/index.php/es/amh>
- Bertolozzi, M., & De la Torre, M. (2012). Salud colectiva: fundamentos conceptuales. *Salud Areandina*, 24-36.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 13-27.
- Cabrera, G. (2021). Entrevista a informante clave [Entrevista por N. Valdez].
- Canova, P. (2011). Del Monte a la Ciudad: Producción Cultural de los Ayoreode en el Chaco Paraguayo. *Suplemento Antropológico* 46, 275-316.
- Canova, P. (2015). Los Ayoreo en las colonias menonitas. Análisis de un enclave agro-industrial en el Chaco paraguayo. En F. Bossert & N. Richart (Eds.), *Capitalismo en las selvas. Enclaves industriales en el Chaco y Amazonía indígenas (1850-1950)* (pp. 271-286). Ediciones del Desierto.
- Casallas, A. (2017). La medicina social-salud colectiva latinoamericanas: una visión integradora frente a la salud pública tradicional. *Revista Ciencias de la Salud*, 397-408. <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6123>
- Castro, A., & Farmer, P. (2003). El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima. *Cuadernos de Antropología Social*, (17), 29-47.
- Cooperativa Fernheim Ltda. (2021, 14 de abril). El Chaco avanza.
<https://www.facebook.com/cooperativafernheim/videos/827736724506094/>
- DGEEC. (2018). Principales resultados. Encuesta Permanente de Hogares 2016-2017. https://www.ine.gov.py/Publicaciones/Biblioteca/eph2016-17/PEPH_2016%20-2017.pdf
- González, L. (2023, 11 de abril). Entrevista Etnográfica en Yvopey Renda [Entrevista por N. Valdez].
- Harvey, D. (2012). El enigma del capital. Lavel S.A.
https://base.socioeco.org/docs/harvey_david_-_el_enigma_del_capital_y_las_crisis_del_capitalismo_-_akal.pdf
- INE. (2015). Población. Instituto Nacional de Estadística.
<https://www.ine.gov.py/default.php?publicacion=2>

- Kalisch, H. (Director). (2018, 30 de octubre). Los enlhet en Boquerón [Película]. <https://www.youtube.com/watch?v=ZpOBHLU-lic>
- Kalisch, H. (2022). Educación y aprendizaje. La condición colonial. *Atlántica. Revista de Arte y pensamiento*, (2), 60-76.
- Kalisch, H., & Unruh, E. (2018). ¡No llores! La historia enlhet de la guerra del Chaco. Centro de Artes Visuales/Museo del Barro, Nengvaanemkeskama Nempayvaam Enlhet & ServiLibro.
- Langdon, E., & FB, W. (2010). Antropología, salud y enfermedad: una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), [09 pantallas].
- Marqués, I. (2017). Menonitas 1927-1935. Colonización y evangelización en el Chaco paraguayo. *Revista Latino-Americana de História*, 6(17), 176-191.
- Martínez, J. (2023, 11 de abril). Entrevista Etnográfica en Yvopey Renda [Entrevista por N. Valdez].
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- Municipalidad de Filadelfia. (2014). Historia. <https://www.filadelfia.gov.py/el-municipio/historia/>
- Municipalidad de Filadelfia. (2020, 17 de julio). POUT. <http://www.filadelfia.gov.py/wp-content/uploads/2020/08/3.DIAGNOSTICOSOCIAL17.07.2020.pdf>
- Plett, R. (1979). Presencia menonita en el Paraguay. Origen, doctrina, estructura y funcionamiento. Instituto Bíblico de Asunción.
- Rodero, P., & Merino, I. (2018). Desigualdades y salud urbana en el Paraguay. Aperturas antropológicas y colaboraciones interdisciplinarias. En P. Rodero & I. Merino (Eds.), *Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción* (pp. 5-42). SV Servicios Gráficos.
- Rodero, P., & Merino, I. (2018). Procesos de salud, enfermedad y atención en las familias de la periferia sur de Asunción. En P. Rodero & I. Merino (Eds.), *Salud, enfermedad y pobreza urbana. Estudio de los procesos de salud, enfermedad y atención de las familias en la periferia sur de Asunción* (pp. 42-163). SV Servicios Gráficos.
- Saldívar, A. (Director). (2018). Documental YVOPEY RENDA [Película]. https://www.youtube.com/watch?v=8-Zp-hU_nGk
- Siemens, Y. (2023, 11 de abril). Entrevista al encargado de la Clínica Indígena Filadelfia [Entrevista por N. Valdez].
- Tierraviva. (2021, 15 de diciembre). Tierraviva a los Pueblos Indígenas del Chaco. Indígenas reclaman Hospital Público para asegurar acceso a salud. <https://www.facebook.com/watch/?v=324129412683798>
- Urquiza, B. (2023, 11 de junio). Consulta al líder indígena sobre último censo interno en la comunidad Uj'e' Lhavos [Entrevista por N. Valdez].
- Yegros, F. (2021). Entrevista a informante clave [Entrevista por C. Ríos].

Sobre el autor:

Nolberto Valdez: Investigador en Ciencias Sociales, sociólogo y comunicador social. Se desempeña como consultor independiente. Investigador en el Centro de Estudios Rurales Interdisciplinarios (CERI). Integrante de equipos de investigación en PROCIENCIA 2, Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) en el Área de Comunicación Social.