



Facultad de Artes y Ciencias

Licenciatura en Psicología

“Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta”

Alumno: Tatiana Del Valle Alemán

Director: Mg.Lic. Paula Ulivarri

AUTORIDADES

Rector

Ing. Rodolfo Gallo Cornejo

Vicerrectora Académica

Mg. Constanza Diedrich

Secretaria General

Lic. Silvia Álvarez

Decana de la facultad de artes y ciencias

Lic. María dolores Medina Bouquet

Secretaria Académica

Dr. Adriana Iburguren

Jefa del Departamento de Psicología

Lic. Sonia Edith Guijarro

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a mi mamá, por todo el cariño y aliento, yo sé que estarías orgullosa.

A mi familia, que me apoyaron y ayudaron durante toda la vida y en la carrera, no me alcanzara la vida para agradecerles.

A Paula Ulivarri, que me acompañó durante todo el proceso de tesis y me enseñó sobre el trabajo psicológico y la investigación, una gran profesional y directora.

Al gerente general del Hospital Edgardo Bouhid, quien me abrió amablemente las puertas de la institución.

Al personal del hospital por la buena predisposición.

A la cacique de la Misión San Francisco, Leticia, Fray Elbio, quienes me abrieron las puertas de la comunidad.

Tema:

“Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta”

INDICE

Introducción.....	1
Planteamiento del problema.....	2
Justificación.....	3
Viabilidad.....	5
Antecedentes.....	6
Consideraciones éticas y legales.....	13
Marco Teórico.....	14
Capítulo 1: Salud Publica.....	14
1.1 Atención Primaria de la Salud.....	15
1.2 Programa de atención primaria de la Salud en Salta.....	15
1.3 Trabajo Sociocomunitario.....	21
1.4 Psicología de la Salud.....	23
Capítulo 2: Accesibilidad al sistema de Salud.....	26
2.1 Barreras en la accesibilidad al sistema de salud.....	32
Capítulo 3: Comunidades originarias/ Situación general.....	34
3.1 Legislaciones en salud de los pueblos originarios.....	36
3.2 Leyes internacionales, nacionales y provinciales.....	38
3.3 Comunidad Ava Guaraní / Historia.....	52
3.4 Contexto Actual.....	55
Metodología.....	57
1. Anticipación de sentido.....	57
2. Definiciones conceptuales y operacionales.....	57
3. Nivel y tipo de investigación.....	60
4. Diseño de Investigación.....	61

5. Contexto y periodo.....	62
6. Participantes.....	64
7. Procedimiento de recolección de información.....	66
8. Coreografía de análisis.....	71
Análisis de datos.....	72
Conclusiones.....	104
Recomendaciones y Sugerencias.....	109
Referencias Bibliográficas.....	111
Hoja de Evaluación.....	119

Resumen

La siguiente investigación tuvo el objetivo de estudiar la accesibilidad a los servicios de salud de la comunidad Ava Guaraní en la localidad de Pichanal, desde una perspectiva de la Psicología Comunitaria y Salud Pública, en un contexto periurbano.

Metodológicamente se adoptó un enfoque cualitativo y el diseño de investigación de Teoría Fundamentada. Los instrumentos que se usaron para la recolección de datos fueron: observación participante, bitácora de campo, entrevistas y grupo focal. Se utilizó un enfoque cualitativo, ya que se orientó en la búsqueda y recolección de información de una realidad determinada en un contexto específico, es así que adquirió carácter descriptivo ya que se buscó generar información sin modificarla, de aquellas personas que viven en la Misión y se autodenominan perteneciente a la comunidad Ava Guaraní y miembros del equipo de Salud del Área Operativa II.

Entre los resultados se encontró que en la comunidad Ava Guaraní de la Misión San Francisco existen barreras de tipo geográfico, administrativo, económico y cultural. Se puede decir que en el Área Operativa II, predominan las políticas y servicios de salud regidos desde una concepción de salud biologicista, que no contempla los factores históricos, culturales, sociales y económicos de la comunidad. Siendo necesario que se pueda implementar la ley de salud intercultural, que busca el objetivo de llegar a un diálogo entre el sistema de salud formal y los sistemas de salud propios de los Pueblos, respetando y manteniendo la diversidad, articulando formas de garantizar los derechos de la comunidad a la salud. Sin embargo como aspecto positivo se encontró que tanto los agentes sanitarios, los monjes franciscanos y referentes, por su cercanía con la comunidad, han desarrollado un vínculo de confianza que les permite conocer las problemáticas y necesidades en la Misión, por lo cual estos actores sociales se constituyen en facilitadores a los servicios de salud que deben ser tenidos en cuenta para mejorar la accesibilidad.

Abstract

The following investigation had the objective of studying the accessibility to health services of the Ava Guaraní community in the town of Pichanal, from a perspective of Community Psychology and Public Health, in a peri-urban context.

Methodologically, a qualitative approach and the Grounded Theory research design were adopted. The instruments used for data collection were: participant observation, field log, interviews and focus group. A qualitative approach was used, since it was oriented towards the search and collection of information of a certain reality in a specific context, thus it acquired a descriptive character since it sought to generate information without modifying it, of those people who live in the Mission and call themselves belonging to the Ava Guaraní community and members of the Health team of Operational Area II.

Among the results, it was found that in the Ava Guaraní community of the San Francisco Mission there are geographical, administrative, economic and cultural barriers. It can be said that in Operational Area II, health policies and services governed from a biological health conception predominate, which does not contemplate the historical, cultural, social and economic factors of the community. Being necessary that the intercultural health law can be implemented, which seeks the objective of reaching a dialogue between the formal health system and the health systems of the Peoples, respecting and maintaining diversity, articulating ways to guarantee the rights of community to health. However, as a positive aspect, it was found that both the health agents, the Franciscan monks and referents, due to their proximity to the community, have developed a bond of trust that allows them to know the problems and needs in the Mission, for which these social actors they constitute facilitators to health services that must be taken into account to improve accessibility.

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo tuvo como tema de investigación la “Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta”, con un abordaje desde la psicología comunitaria y de salud pública.

Es una investigación con un enfoque cualitativo que se centró en la búsqueda y recolección de información en una realidad determinada en un contexto específico: en la localidad de Pichanal, correspondiente al Área Operativa (AO) II, según la regionalización sanitaria provincial, la cual se encuentra en el departamento de Orán, al norte de la Provincia de Salta, Argentina. Además se basó en el diseño de la Teoría Fundamentada dentro de la cual se eligió el Diseño Sistemático como manera de análisis y abordaje de los datos que se recolectarán.

Los participantes de la investigación estuvieron conformados por miembros de la comunidad Ava guaraní de la Misión San Francisco y miembros del equipo de salud del Área Operativa II. Para llevar a cabo la recolección de datos se utilizó observación participante, entrevistas a profundidad, bitácora de campo y grupo focal.

Reconociendo que la accesibilidad en una comunidad puede estar determinada por distintos factores como el geográfico, el económico, y el administrativo, en esta investigación sabiendo que se trata de una comunidad originaria y al estar atravesada por un contexto intercultural, es necesario, también reconocer ,sobre todo, la importancia de la accesibilidad simbólica, considerando que la cultura se integra al proceso de salud enfermedad atención, para debatir las cuestiones específicas sobre las particularidades de esta población y la formación/atención de los profesionales de la salud para poder avanzar en la garantía del derecho a la salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Pregunta de investigación:

Tomando como objeto de estudio a la comunidad aborigen Ava- Guaraní de la Misión San Francisco, la localidad Pichanal, departamento Orán, Salta ¿Cuáles son las percepciones y prácticas en relación a la accesibilidad, tanto del equipo de salud del Hospital “Dr. Edgardo Bouhid”, AO II, Pichanal como de los miembros de la comunidad?

Objetivo general:

- ✓ Identificar los obstáculos y facilitadores a la accesibilidad al servicio de salud pública en la comunidad aborigen Ava- Guaraní de la Misión San Francisco en AO II, Pichanal
- ✓ Establecer relaciones entre las percepciones y prácticas del equipo de salud del Hospital “Dr. Edgardo Bouhid”- AO II, y la comunidad originaria que vive en la localidad Pichanal, provincia de Salta sobre la accesibilidad a los servicios de salud.

Objetivos específicos:

- ✓ Caracterizar las acciones sanitarias que se llevan a cabo en relación a las comunidades originarias, en el Hospital “Dr. Edgardo Bouhid”, AO II.
- ✓ Identificar e indagar las percepciones y prácticas sobre la accesibilidad a los servicios de salud, tanto de los miembros del equipo de salud del Hospital “Dr. Edgardo Bouhid”- AO II, localidad de Pichanal, provincia de Salta, como así también de la comunidad de esa localidad.
- ✓ Indagar los elementos que configuran las prácticas del equipo de salud que trabaja en el AO II, Pichanal que facilitan o limitan el acceso a la salud de las comunidades originarias.

JUSTIFICACION:

La iniciativa de esta investigación, basada en la indagación de los determinantes de accesibilidad al sistema de salud pública y en especial al servicio de psicología, surge de un primer y previo acercamiento en el marco de las prácticas socio comunitarias en la comunidad originaria Ava Guaraní. A partir de este contacto se pudo detectar situaciones complejas como pobreza, adicción y violencia, generadoras de un escenario comunitario de vulnerabilidad psicosocial. Si bien para Ceriani (2020), el marco jurídico contempla el derecho a la salud para los pueblos originarios, a lo largo de la historia la accesibilidad a los servicios de salud vienen siendo vulnerada por diferentes razones, por lo cual resulta importante visibilizar sus problemáticas y detectar aquellos obstáculos o facilitadores de la misma ya sea para corregirlos o promoverlos.

Existen diversos grupos dentro del tronco guaraní, localizados en América del Sur con rasgos compartidos y especificidades lingüísticas, económicas, territoriales, sociológicas, etc. Entre ellos se encuentran los guaraníes del Noroeste Argentino (NOA); dentro de estos, tradicionalmente se diferencian tres sub grupos de acuerdo a matices culturales y dialectales: Simbas, Ioseños y Ava (Gustafson, 2014), y es en este último sub grupo que se centrará esta investigación.

En la región norte de la Provincia de Salta, numerosas comunidades guaraníes viven inmersas en ciudades y pueblos de los Departamentos Orán, Rivadavia y San Martín, estas comunidades periurbanas viven en constante situación de contacto con la sociedad de la que forman parte. Debido a este carácter periurbano de la comunidad guaraní de la Misión San Francisco, su previo reconocimiento y mi lugar de residencia cercana a la misma, el trabajo de investigación resulta factible y accesible.

Esta investigación partirá del cuestionamiento sobre determinantes y sus implicancias en la accesibilidad a los servicios de salud pública en la comunidad originaria Ava Guaraní de la Misión San Francisco de la localidad de Pichanal, del departamento Orán, en la Provincia de Salta.

Su importancia radica en los conceptos que la componen aportando conocimiento a la ciencia, al equipo de salud y en particular al saber de la psicología sobre esta población, inmersa geográficamente en un contexto no rural.

Este trabajo de investigación realizado en el contexto mencionado, muestra su relevancia social, ya que teniendo en cuenta los determinantes de la accesibilidad, busca que se generen propuestas contextualizadas que permitan proponer al Estado acciones efectivas en relación a las comunidades originarias que tienen bajo su responsabilidad. Es decir que podría servir para la planificación del accionar de los actores de la salud pública, adecuando proyectos, intervenciones y prácticas en esta comunidad y otras de similares características. Generando mecanismos que permitan la obtención y la satisfacción de los servicios de salud, algo fundamental para el éxito de la salud pública y el estado.

La construcción de conocimiento que la investigación propone brindara información que permita la toma de decisiones cuyo objetivo no será más que mejorar las condiciones de vida de la población solucionando los problemas y optimizando los recursos.

VIABILIDAD:

La investigación denominada “*Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta*” se considera viable, ya que se cuenta con todos los recursos y condiciones para que sea llevada a cabo.

- Recursos materiales: bitácora de campo, cuaderno con hojas A4, lapiceras, CDS, pen drive.
- Recursos tecnológicos: computadora, impresora, grabadora, celular.
- Recursos humanos: equipo de investigación. Directora y metodóloga de Tesis,
- Recursos Financieros: dinero suficiente para solventar los gastos requeridos.

ANTECEDENTES:

Para el planteamiento de los antecedentes se realizó una búsqueda de artículos científicos vinculados con los conceptos principales del trabajo.

Las investigaciones encontradas se organizaron de acuerdo a la procedencia de la misma, internacional, nacional y local.

Internacional:

Galicia Vargas, J. I., & Rivera Gordillo, E. (2017). *La accesibilidad a servicios de salud, en comunidades indígenas asentadas en la Ciudad de México* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de la Ciudad de México: Colegio de Ciencias y Humanidades: Licenciatura en Promoción de la Salud).

El objetivo consistió en indagar las condiciones de acceso a los servicios de salud de comunidades indígenas Mazahuas, Otomies y P'urhepechas asentados en el D.F de México. La metodología utilizada fue cualitativa con técnicas como entrevista a profundidad y grupos focales. Como conclusión se encontró que la desigualdad de los pueblos indígenas se ve reflejada en barreras referentes a la infraestructura de las instituciones, y barreras lingüísticas ya que los centros de salud del D.F no son accesibles para los indígenas debido a que las inmediaciones no son entendibles lingüísticamente. Por lo tanto, para los autores, se encontró que si bien se habla de “universalidad de la salud” por parte del estado mexicano, es un concepto que no se lleva a la práctica debido a diversos factores, como por ejemplo el personal de salud ya que por un lado, un sector del personal de salud brinda un servicio de mala calidad y el resto del personal hace lo que puede con lo que brinda el estado.

Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89

El objetivo fue realizar un análisis teórico sobre la accesibilidad como proceso y producto. Como conclusión se resaltó que la importancia de la accesibilidad radica en la existencia de mecanismos que permitan la obtención del servicio y la satisfacción de la necesidad de atención médica, algo vital para lograr el éxito de las políticas pública. Se llegó a la conclusión que la adecuación de las estrategias para hacer accesible los servicios médicos es importante ya que las necesidades y condiciones de la población son diversificadas.

Amoroz Solaegui, I. (2011). El derecho a la salud en comunidades indígenas del Estado de Chiapas. *Revista pueblos y fronteras digital*, 6(11), 8-37

Desde la perspectiva de los derechos humanos se analizan las políticas públicas en salud, el cumplimiento efectivo del derecho a la salud por parte del Estado hacia las actuales condiciones de salud y el acceso a los servicios de salud de los pueblos originarios en las regiones Altos, Norte y Selva del estado de Chiapas.

Frente al desdibujamiento del Estado y los magros resultados de las políticas públicas en salud, los pueblos indígenas se enfrentan cada día al intento de acceder a los servicios de salud, a la subordinación y discriminación, condicionados por su pertenencia cultural, lingüística o política.

Este trabajo muestra la grave situación de salud que viven en la actualidad los pueblos originarios ante un sistema de salud cada vez más deficiente e ineficaz. Asimismo comenta las posibilidades de la existencia de mecanismos que hagan exigible y justiciable el derecho a la salud por parte de la población y del Estado, y las demandas y alternativas que se han escuchado desde los pueblos, particularmente en relación con la salud donde los derechos fundamentales para ser efectivos tienen que adquirir un sentido más operacional para la gente y cuyo reto es político.

Juárez-Ramírez, C., Villalobos, A., Saucedo-Valenzuela, A. L., & Nigenda, G. (2021). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 34, 546-552.

El objetivo de la investigación realizada en **Oaxaca, México** fue analizar las barreras que enfrentan las mujeres indígenas para acceder a los servicios obstétricos. Para

realizar la investigación el diseño fue de tipo transversal descriptivo que abarco tanto métodos cuantitativos como cualitativos como entrevistas semi estructuradas y observación no participante, con una muestra intencionada no probabilística. Se encuestó a 149 mujeres indígenas de Oaxaca, México durante 2017 y 2018. Después de realizar un análisis exhaustivo se encontró que las principales barreras fueron: disponibilidad (horarios de atención, aspectos geográficos), accesibilidad (carencia de recursos financieros), aceptabilidad (prácticas ancestrales vs. recomendaciones médicas) y continuidad del servicio (dificultades para ingresar al segundo nivel de atención y a especialidades médicas). Se llegó a la conclusión de que si bien el modelo de atención en redes posibilita el acceso a los servicios obstétricos no garantiza la atención, por tanto se hace necesario mejorar: la infraestructura de las instituciones como de los procesos de atención, desde una perspectiva de derechos humanos y de equidad en salud.

Nacional:

Ceriani, S. V. (2020). Procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, itinerarios y políticas de salud intercultural en pueblos indígenas de Formosa. In *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.*

La investigación se llevó a cabo en 4 comunidades del pueblo originario Qom, el objetivo fue abordar la dinámica de accesibilidad psicosocial cultural a los servicios de salud. Utilizó una metodología cualitativa exploratorio- descriptivo con relevamiento y análisis de datos desde la perspectiva etnográfica. Las herramientas de recolección de datos utilizada fue trabajo de campo, observación participante y entrevistas semi dirigidas a los pobladores indígenas qom (73), profesionales de salud del hospital Misión Laishi y agentes sanitaria del primer nivel de atención (14). Se llegó a la conclusión sobre lo fundamental que conlleva repensar los discursos hegemónicos instalados por el sistema de salud como única posibilidad de acceso al derecho de salud en los pueblos originarios, así como también interrogarse por otras prácticas de salud en las comunidades (acceso a la salud y

formas de sanar), que entran en tensión con modos de territorializar la salud que impone el modelo médico hegemónico.

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

La investigación se llevó a cabo en comunidades indígenas de Misión Laishi, y tuvo por objetivo indagar sobre las barreras o facilitadores psicosociales culturales para el acceso al sistema de salud de los pueblos originarios de la provincia de Formosa. La metodología utilizada fue cualitativa exploratoria descriptiva con entrevistas abiertas y semi dirigidas a profesionales y agentes del sistema de salud (14 en total), y a la población de comunidades indígenas de Misión Laishi (13 en total). Como conclusión encontraron que existen barreras tales como en la comunicación de ambas poblaciones, falta de empatía en los profesionales, discriminación en algunos niveles de atención, fallas en la implementación de las políticas públicas y programas de salud en las comunidades.

Ceriani, S. V. (2017). Políticas públicas y circuitos de salud en comunidades Qom de la provincia de Formosa, Argentina. In 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.

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 analiza 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

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., ... & Stolkner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 201-209.

Este trabajo se enmarca en una línea Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. El proyecto marco indagó la accesibilidad y dignidad en la atención de usuarios de servicios de salud dependientes del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. En este trabajo se presentan cinco experiencias sobre la accesibilidad a servicios de salud, donde lo que unifica el criterio de selección de los diferentes grupos es la vulnerabilidad social que presentan. Metodología: se desarrolla una metodología de estrategia cualitativa. Se tomaron como unidades de análisis a usuarios, población no usuaria y trabajadores del hospital seleccionado. Conclusiones: Pensar la accesibilidad al sistema de salud como un vínculo que se construye entre los sujetos y los servicios implica analizar tanto las condiciones y discursos de los servicios como las condiciones y representaciones de los sujetos en tanto estos manifiestan la modalidad particular que adquiere la utilización de los servicios

Local:

Miranda, E. M., Sánchez, H. D. I., & Bergagna, A. (2020). El acceso al sistema de salud de la población originaria. Una mirada de enfermeros wichís. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 1(11), 8-11.

El trabajo de investigación se llevó a cabo en la ciudad de Tartagal de la provincia de Salta, y tuvo como objetivo conocer las limitaciones, oportunidades y amenazas como condicionantes para la accesibilidad al sistema de salud de las comunidades originarias. La metodología fue de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo y, se entrevistaron a enfermeros pertenecientes al pueblo Wichí que se desempeñan en el sistema público de

salud. Como conclusión las dificultades encontradas fueron: idiomáticas lingüística, distancia geográfica, factores propios de los establecimientos de salud, infraestructura, discriminación y estigma, rechazo y mal trato.

Leavy, M. P. (2016). Entre el privilegio y la vulnerabilidad. Reflexiones antropológicas en torno a la salud pública, derechos especiales y relaciones interétnicas en una comunidad Ava guaraní de Salta.

Considerando la estrecha vinculación entre salud indígena y el reconocimiento territorial, el trabajo propone analizar desde una perspectiva antropológica las relaciones entre una comunidad ava-guaraní y el sistema de salud pública, en el marco de las reivindicaciones indígenas por el derecho a la tierra en el departamento de Orán, Salta. La indagación propuesta pretende entonces visualizar como los conflictos territoriales se entraman en la organización del sistema de salud pública e influyen en el acceso a la atención sanitaria. En primer lugar, se describe el marco normativo institucional que ha generado el reconocimiento especial hacia los sujetos indígenas y las políticas de gobierno destinadas hacia dicho colectivo que observamos en el caso estudiado. En segundo lugar, se realiza una breve contextualización de la zona de estudio, para describir los procesos de distribución de la tierra, las relaciones laborales y los diversos grupos étnicos que viven en dicha localidad. En tercer lugar, se describe como se organiza territorialmente la atención a la salud en los sectores rurales por parte del sistema de atención pública. Por último, se analizan las relaciones de los integrantes de la comunidad con los distintos representantes del sistema de salud pública y las interpretaciones de los demás habitantes del paraje sobre las reivindicaciones al derecho indígena a la tierra.

Lorenzetti, M. (2011). Relaciones interétnicas y prácticas de atención de la salud en el Chaco Salteño. *Corpus. Archivos virtuales de la alteridad americana*, 1(2).

En este trabajo analizó en qué términos se problematizan, desde el ámbito sanitario, las condiciones de salud de las comunidades indígenas periurbanas del departamento de San Martín (Salta, Argentina). Puntualmente examino como, y a través de que itinerarios, los indígenas se vuelven visibles dentro de la estructura hospitalaria, atendiendo a los circuitos de atención médico-asistenciales sustentados en lo que se propone como “adecuación cultural”. A través de un análisis situado de las iniciativas socio-sanitarias es

posible entender en que sentido el “hacer vivir” planteado desde el sistema público de salud es experimentado por los indígenas asistidos como una forma encubierta de “dejar morir”. Es a partir de re-construir la trama de relaciones en juego y sus condicionantes que pueden hacerse inteligibles las fricciones que suscita el planteo del derecho a la salud cuando queda reducido, hegemónicamente, sólo al acceso de la atención médica.

A diferencia de otros usuarios del sistema, para el indígena la capacidad de ser recepcionado en el hospital pasaba, entonces, por conseguir algún referente/efector de salud que pudiera representarlo en el servicio de atención. Así problematizada, la salud indígena refleja y traduce jerarquías implícitas de humanidad entre la población “solvente” blanca y la “no solvente” indígena

Lorenzetti, M. I. (2013). Experiencias de sufrimiento, memorias y salud en las comunidades wichí de Tartagal. *Cuadernos de antropología social*, (38), 131-151.

Sobre la base de las experiencias de sufrimiento narradas por los wichí de las comunidades peri-urbanas de Tartagal (provincia de Salta, Argentina), el trabajo analiza los modos en que encuentran expresión sus construcciones de salud-enfermedad. Puntualmente, indagó cómo estas son re-creadas en la interacción con los discursos y prácticas médico asistenciales vigentes. Las memorias de sus trayectorias sociales devienen un recurso para dar significación a las experiencias de sufrimiento y cuestionar las interpretaciones hegemónicas que explican sus condiciones de vida. En este marco, el espacio de la experiencia indígena se va entrelazando con un horizonte de expectativas donde sus reivindicaciones de salud buscan trascender nociones hegemónicas que constriñen las acciones a un asunto de índole biomédico.

Así, mientras para el sistema de salud el problema de las condiciones de vida de las comunidades aborígenes responde a una inadecuada administración de la asistencia brindada desde el Estado, para los wichí sus cuerpos enfermos-sufrientes remiten a situaciones de desposesión constante.

CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES:

Esta investigación se encuentra bajo las normativas éticas y legales puesto que se desarrolló bajo las normas que se exponen en la Ley del Ejercicio Profesional de Psicólogos/as de la Provincia de Salta, N°6063/83 y el Código de Ética Nacional de la Federación de Psicólogos/as de la República Argentina. De la Ley N°6063/83, se tomó en consideración los artículos:

Capítulo II. Deberes del psicólogo con la sociedad y con sus pacientes

- Art. 85° - incisos: a) Cuidar al paciente atendiendo a su condición humana; b) en ninguna circunstancia emplear cualquier método que disminuya la resistencia física o mental del ser humano; c) no hacer distinción de nacionalidad, religión, de raza, de partido o ideología política, de clase social, etc.; f) cooperar con los todos los medios al alcance a la vigilancia, protección y prevención, así como al mejoramiento de los individuos y la comunidad.

Capítulo V. Del secreto profesional

- Art. 89° - El secreto profesional es un deber que nace de la esencia misma de la profesión.

Es una obligación, revelarlo sin justa causa provocando o pudiendo provocar daños a terceros es un delito previsto por el Artículo 156 del Código Penal.

Del Código de Ética Nacional de la Federación de Psicólogos de la República Argentina, se hará énfasis en el respeto por los derechos de intimidad, privacidad, autonomía, bienestar y la dignidad de las personas. Por lo cual, procuraremos y aseguraremos confidencialidad, utilizando la información que se obtenga de forma reservada, sin divulgación o revelación de la misma que pudiera perjudicar a los participantes o terceros.

La recolección de información solo se atenderá a los fines de la investigación. Así mismo, se otorgara a cada participante un Consentimiento Informado avalando su participación voluntaria y con conocimiento de lo que se realizará asegurando la libertad de poder participar o retirarse cuando lo desee.

MARCO TEORICO

Capítulo 1:

Salud publica

La salud pública es la disciplina encargada de la protección a nivel poblacional, y como tal busca mejorar las condiciones de salud de las comunidades a través de la prevención, promoción y recuperación de la salud.

La salud pública se fundamenta en los Derechos Humanos y en la búsqueda de la justicia social como garantía del bienestar colectivo. El desarrollo de esta disciplina se encuentra caracterizado por la participación comunitaria, la responsabilidad colectiva sobre la salud y el papel del Estado en el cumplimiento de estos objetivos; por otro lado la modalidad de trabajo de la Salud Publica se basa en la interdisciplinario, intersectorialidad y el enfoque comunitario y preventivo (Martínez y Herrando, 2011)

La salud pública es muy amplia, es un conjunto de saberes y técnicas y prácticas que buscan mejorar la salud, el bienestar y la calidad de vida de la población, mediante más acceso a oportunidades y servicios sociales. Tiene una serie de características propias, la primera de carácter social, ya que es una respuesta a los problemas sociales, en segundo lugar es una respuesta institucionalizada es decir perduran en el tiempo y conlleva un compromiso del estado, finalmente es una interdisciplina en donde convergen los distintos saberes y técnicas. Es un campo de conocimiento y de acción e intervención, promoción, prevención primaria, secundaria terciaria y la asistencia.

1.1 Atención primaria de la salud

La cuestión de la accesibilidad a los servicios de salud ha sido y continúa siendo un tema relevante, la cual comenzó a gestarse como preocupación de los gobiernos hace 60 años con la conferencia Internacional de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y UNICEF en Alma Ata (Rusia), el cual busco organizar los sistemas sanitarios bajo el objetivo de “salud para todos en el año 2000”, es así como nace la llamada Atención Primaria de la Salud (APS) en dicho documento se la define como:

“asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación.” (Declaración de Alma-Ata, 1978).

En dicho documento aparecen como sus componentes principales, la cobertura total, la participación comunitaria e integración intersectorial, tecnología apropiada, incorporación de saberes y recursos locales, además de entender a la salud como parte del desarrollo local. Importante síntesis de cuestiones en la que los expertos depositaban el logro de mejores condiciones de salud para quienes carecían de ella. (Torres Aliaga, Torres Secchi, 2008)

1.2 Programa de atención primaria de la salud en Salta

Varios autores coinciden (Sacchi, 2008; Ulivarri, 2015; OPS, 2020), en afirmar que la APS en Salta y Jujuy no comenzó con la declaración de Alma- Ata sino más bien con el Programa de Salud Rural, primero en Jujuy de la mano del médico Jujeño Carlos Alberto Alvarado (1904-1986) y en Salta a partir del año 1978 con el Medico Tucumano Enrique Tanoni, que luego se convertiría en el Programa de Atención Primaria (APS) a partir del año 1983 (con el reinicio de la democracia en la Argentina) “Si bien en 1978 fue la reunión

de Alma Ata; a nivel nacional hay una fecha que es anterior a ésta que es muy pero muy importante... que es 1966-1967, en la Provincia de Jujuy. Y aquí tenemos que poner obligatoriamente al Dr. Alvarado, Carlos Alvarado... es el primero en implementar... no se llamaba APS, se llamaba salud rural” (Ulivarri, 2015, p.2).

APS es una estrategia que hace hincapié en el primer nivel de atención pero abarca a toda la población y hace hincapié en el Agente Sanitario, definido en el Manual del Agente Sanitario como “un trabajador de salud que promociona, realiza acciones de atención primaria, planifica y sistematiza su trabajo y realiza visitas domiciliarias programadas a todas las familias de su sector”. Es caracterizado como “parte importante del equipo de salud, se forma y se elige porque es del lugar, son los ojos y oídos del equipo de salud, facilitan y canalizan las respuestas entre el equipo de salud y la comunidad, realiza una atención precoz y derivación oportuna del enfermo, especialmente en zonas aisladas, forma parte de los procesos de capacitación permanente del Área Operativa y hasta participa de los pases médicos de sala con el paciente por él derivado cuando sea necesario” (OPS,2020). Esta estrategia no solo incluye al agente sanitario sino a todos los profesionales de los servicios de salud.

La evolución del Programa de APS desde el año 1978 fue de crecimiento sostenido en cuanto a su cobertura poblacional y geográfica. Aquí es donde la Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud tuvo el rol de consolidar la propuesta de trabajo en Salta y terminó con la discusión acerca de si se trataba de “medicina para pobres” y para población de difícil acceso geográfico a servicios de salud o si era una propuesta válida para toda la población (OPS, 2020).

En el año 2005 con el Decreto N° 2411 de Regionalización Sanitaria, se crea cuatro Regiones Sanitarias (Norte, Sur, Este y Oeste), asistidas por un sistema de redes de atención. Actualmente la regionalización sanitaria en la provincia establece cuarenta y ocho áreas operativas en todo el territorio provincial y seis hospitales especializados en la ciudad de Salta. El Área Operativa es definida como la unidad técnica para la programación, ejecución y evaluación de las actividades de atención de la salud y enfermedad y el medio ambiente, esta conducida por un Gerente General acompañado por los Gerentes de Atención a las Personas, Sanitario y Administrativo, y cada Área Operativa tiene un

servicio de salud cabecera, que es el de mayor nivel de atención, a los que se suman servicios dependientes del primer nivel: Los Centros de Salud, Puestos Sanitarios y Puestos Fijos (Llaya, 2007; Ministerio de Salud Pública Prov. De Salta).

Las áreas operativas se distribuyen en cuatro regiones sanitarias:

- Norte: quince áreas operativas.
- Sur: diez áreas operativas.
- Oeste: veintiuna áreas operativas.
- Centro: dos áreas operativas.

Los hospitales especializados de la ciudad de Salta, que son referencia provincial, son:

- Hospital Público Materno Infantil.
- Hospital del Milagro. Enfermedades infecciosas.
- Hospital “Dr. Arturo Oñativia”. Endocrinología.
- Hospital San Bernardo. General de agudos.
- Hospital de Salud Mental “Dr. Miguel Ragone”.
- Hospital “Papa Francisco”. General de agudos.

Regionalización sanitaria según áreas operativas (AO)

Nº	Denominación del área operativa	Zona geográfica	Región sanitaria	Red de atención
I	Colonia Santa Rosa	Norte	Norte	Orán
II	Pichanal	Norte	Norte	Orán
III	Aguaray	Norte	Norte	Tartagal
IV	Morillo	Chaco salteño	Norte	Orán
V	Santa Victoria Oeste	Puna	Oeste	Valle de Lerma y Puna

VI	Iruya	Puna	Oeste	Valle de Lerma y Puna
VII	Salvador Mazza	Norte	Norte	Tartagal
VIII	Santa Victoria Este	Chaco salteño	Norte	Tartagal
IX	Embarcación	Norte	Norte	Orán
X	Nazareno	Puna	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XI	Orán	Norte	Norte	Orán
XII	Tartagal	Norte	Norte	Tartagal
XIII	Rivadavia	Chaco salteño	Norte	Orán
XIV	Las Lajitas	Sur	Sur	Güemes
XV	J. V. González	Sur	Sur	Güemes
XVI	El Quebrachal	Sur	Sur	Güemes
XVII	El Galpón	Sur	Sur	Metán
XVIII	Rosario de la Frontera	Sur	Sur	Metán
XIX	Metán	Sur	Sur	Metán
XXI	El Tala	Sur	Sur	Metán
XXII	General Güemes	Sur	Sur	Güemes
XXIII	Apolinario Saravia	Sur	Sur	Güemes
XXIV	Cafayate	Valle Calchaquí	Oeste	Cafayate
XXV	San Carlos	Valle Calchaquí	Oeste	Cafayate
XXVI	Molinos	Valle Calchaquí	Oeste	Cachi
XXVII	Cachi	Valle Calchaquí	Oeste	Cachi
XXVII I	General Mosconi	Norte	Norte	Tartagal
XXIX	San Antonio de los Cobres	Puna	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXX	Cerrillos	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXXI	Hipólito Yrigoyen	Norte	Norte	Orán
XXXII	Rosario de Lerma	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXXII I	Chicoana	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXXI	El Carril	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna

V				
XXXV	Coronel Moldes	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XXXV	La Viña	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
I				
XXXV	Guachipas	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
II				
XXXV	El Potrero	Sur	Sur	Metán
III				
XXXI	La Caldera	Centro	Centro	Hospitales de Capital
X				
XLIV	Alto de la Sierra	Chaco salteño	Norte	Tartagal
XLVI	Campo Quijano	Quebrada del Toro	Oeste	Valle de Lerma y Puna
XLVIII	Seclantás	Valle Calchaquí	Oeste	Cachi
XLIX	Urundel	Norte	Norte	Orán
L	La Merced	Valle de Lerma	Oeste	Valle de Lerma y Puna
LI	La Unión	Chaco salteño	Norte	Orán
LII	La Poma	Valle Calchaquí	Oeste	Cachi
LIII	Angastaco	Valle Calchaquí	Oeste	Cafayate
LV	Papa Francisco	Ciudad de Salta	Centro	Sureste
LVI	Hospital Materno Infantil	Ciudad de Salta	Centro	Noroeste
Total de áreas operativas: cuarenta y ocho				

Fuente: Sistematización de la experiencia en Atención Primaria de la Salud. Salta, Argentina. Edición 72. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO, p. 21-22.

Los niveles de complejidad (Llaya, 2007, Ministerio de Salud Pública de Prov. Salta; OPS, 2020), en la atención sanitaria de la provincia son cuatro:

- Nivel I. Cuatrocientos cincuenta y nueve servicios. Son servicios de atención ambulatoria únicamente, ubicados en el periurbano de las grandes ciudades y áreas rurales. Se diferencian en:

- Centros de salud: ciento treinta servicios. Cuentan con la atención de profesionales que residen en la localidad (medicina general, pediatría, tocoginecología, odontología, nutrición y en algunos casos laboratorio de rutina). Se encuentran dispersos en todo el territorio provincial.

Puestos sanitarios: doscientos cincuenta y ocho servicios. Son atendidos por personal de enfermería que reside en la localidad y disponen de atención médica periódica y programada. Funcionan distribuidos en toda la provincia.

- Puestos fijos: setenta y un servicios. Funcionan en escuelas, centros vecinales o casas de familias del ámbito rural. El equipo de salud (médicos, enfermeras, agentes sanitarios) se traslada de forma periódica para atender a poblaciones de difícil acceso ubicadas en distintos parajes provinciales.

- Nivel II. Este nivel está compuesto por los hospitales cabecera de área operativa, que disponen los servicios de atención ambulatoria y de emergencia en consultorios externos, internación no diferenciada. Además cuentan con laboratorio y radiología de rutina. La provincia cuenta con 36 servicios distribuidos en ella.

- Nivel III. Nueve servicios. Lo conforman hospitales cabecera de áreas operativas, que sirven de referencia a otras áreas vecinas. Los hospitales cuentan con atención ambulatoria, internación diferenciada en las cuatro clínicas básicas, además de algunas especialidades críticas, servicios de apoyo diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad. En la provincia se cuenta con 9 servicios ubicados en el interior.

- Nivel IV. Está conformado por hospitales de máxima complejidad, que tienen capacidad para resolver la casi totalidad de problemas de atención médica. Sirven de referencia a una zona sanitaria. Actualmente la provincia cuenta con 7 hospitales de máxima complejidad.

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020), el programa de APS en Salta tiene un modelo de organización y metodología de trabajo muy bien estructurado, uno más de los factores decisivos para su sostenibilidad durante más de cuarenta años

1.3 Trabajo socio comunitario

Existen autores (Montero, 2004; Lapalma, 2012), que se plantearon la tarea de caracterizar y esquematizar el trabajo sociocomunitario. Una de las primeras autoras en hacerlo fue Maritza Montero (2004), quien en un primer momento realiza una síntesis teórica sobre las prácticas comunitarias, en el cual define a los roles en el trabajo comunitario como no excluyentes sino más bien complementarios; colocando en el centro del control y poder a los miembros de la comunidad a quienes define como “actores sociales” o “agentes internos” en donde se debe tener en cuenta: sus conocimientos históricamente producidos, su saber sobre la comunidad, sus problemas y su cultura. Por otro lado define a los psicólogos como “agentes externos”, quienes actuarán en el proceso con sus conocimientos psicológicos, científicos y culturales. Ambos actores darán lugar a lo que Montero (2004), define como Acción Transformadora, lo cual implica que ambos sujetos serán transformados en su relación, adquiriendo conocimiento mutuo y produciéndose una relación dialéctica de transformaciones mutuas.

Por su parte Lapalma (2012), hace mención de una propuesta de intervención llamada “Niveles Múltiples en la intervención Comunitaria”, este modelo concibe una intervención basada en una triada vincular conformada por: 1) La población, 2) los equipos de facilitación externos y 3) un proyecto. Este autor, considera que una de las características principales de la intervención comunitaria es lograr “procesos intencionales de cambio”, es decir lograr a través de la participación el crecimiento de los recursos de la comunidad ya sean físicos, psicosociales y socioculturales, el desarrollo de organizaciones propias y finalmente lograr la modificación de sus representaciones sociales, su rol en la sociedad y revalorizar sus propias acciones para transformar las condiciones que los marginan y excluyen.

Estos procesos intencionales de cambio implican: un diagnóstico inicial, la consideración de las alternativas de acción, planificación, implementación y evaluación del

proceso, lo anteriormente mencionado va acompañado de una investigación participativa, la consideración de la diversidad cultural, los intereses de los actores sociales, y la conflictividad intersubjetiva. Para el autor mencionado, aún con el diagnóstico, el trabajo socio comunitario necesita reunir tres aspectos (Lapalma, 2012):

1. Legitimación del diagnóstico por parte de la comunidad; generar a partir de esa condición un proceso de participación activa orientada a modificar aspectos de la realidad, y la generación de recursos y capacidades en la población.

2. Una perspectiva epistemológica, ontológica, metodológica, ética y política de la psicología comunitaria. Es decir, la población es un actor social activo en la construcción de conocimientos, en la modelación de la realidad, que constituye un proceso de influencia recíproca. En este caso el rol del psicólogo es el de un facilitador de procesos, y la metodología de acción es la investigación participativa. Por tal motivo la construcción de conocimientos es compartida, de manera que el saber (popular-científico), tanto en su producción como en los efectos transformadores que pudiera lograr en su aplicación, confieren al proceso un carácter político en los actores sociales involucrados.

3. La presencia de psicólogos en los equipos interdisciplinarios con formación para intervenir desde este esquema conceptual y operativo.

Los proyectos comunitarios tienen un diseño que puede ser expresado a través de los siguientes ítems (Lapalma, 2012):

- Identificación de un área de interés común, diagnóstico de situación.
- Diseño y preparación del proyecto
- Discusión y aprobación
- Obtención de apoyo financiero
- Ejecución
- Acciones de consolidación grupales, procesos reflexivos, capacitación, consultorías vinculadas al desarrollo autogestivo y organizacional, identificación de redes

- Retiro paulatino de los equipos de facilitación
- Consolidación.

1.4 Psicología de la Salud

Cuando se habla sobre el “campo de la salud”, es necesario hablar de su relación con la psicología, que no solo se refiere a la “salud mental”, área asociada a la psicología en las representaciones del público, clasificaciones e incluso en los organigramas oficiales (Calatayud, 2015). Si bien la psicología estudia fenómenos relacionados a procesos subjetivos y de comportamiento, pero en el campo de la salud su papel va más allá de la “salud mental”.

Para Calatayud (2015), el campo de la salud, está comprendido por diferentes planos como: la salud de las personas con sus determinantes, biológicos, ambientales, económicos, sociales, psicológicos, cultural y espiritual; los conocimientos, representaciones, saberes, prácticas en relación con la salud y enfermedad; políticas públicas, sistemas, programas e instituciones relacionadas con la promoción de la salud; leyes, políticas y prácticas que garanticen el derecho a la salud y finalmente la participación de los ciudadanos en la gestión y/ o toma de decisiones sobre su propia salud.

Debido a la insatisfacción de los psicólogos con el modelo clínico tradicional, a partir de la década de 1960, comenzó a plantearse la psicología orientada al campo de la salud. La psicología de la salud puede definirse como:

“la rama aplicada de la psicología que se dedica al estudio de los componentes subjetivos y de comportamiento del proceso salud-enfermedad y de la atención de la salud. Consecuentemente, a la psicología de la salud le interesa el estudio de aquellos procesos psicológicos que participan en la determinación del estado de salud, en el riesgo de enfermar, en la condición de enfermedad y en la recuperación, así como las circunstancias interpersonales que se ponen de manifiesto en la prestación de los servicios de salud, lo que se expresa en el plano práctico en un amplio modelo de actividad que incluye acciones útiles para la promoción de salud,

la prevención de las enfermedades, la atención de los enfermos y personas con secuelas, y para la adecuación de los servicios de salud a las necesidades de los que los reciben” (Calatayud, 2015, p. 122).

El campo de trabajo para la psicología de salud, es variado, tal como los individuos, grupos, comunidades, instituciones y la sociedad, dependiendo de la complejidad del problema para lograr mejorar la salud; así como también incluye aquellos problemas que derivan de la atención de la salud y la enfermedad (Calatayud, 2015).

Por otro lado para el autor, la psicología de la salud trabaja desde la integralidad bio-psico-social-espiritual y cultural, tanto desde el discurso y la práctica. Por lo cual esta rama de la psicología hace énfasis en la promoción y prevención, dejando de lado el modelo medico restringido.

La psicología de la salud tiene dos planos en cuanto a las intervenciones prácticas en el campo de la salud: el primero es de carácter más general y se refiere a la formulación de políticas de salud, diseño de programas nacionales o regionales o diseño y aplicación de programas de formación en RR.HH. de los servicios de salud donde se integre una orientación psicológica. El segundo es de carácter más particular y tiene que ver con la participación de la psicología en las instituciones de salud de diferentes tipos (Calatayud, 1997).

Las intervenciones prácticas de carácter más general resultan importantes debido a su alcance y la posibilidad de desarrollar trabajos de investigación, evaluaciones de su impacto, los cuales ayudarían a generar mayor credibilidad hacia la psicología como un recurso de los sistemas y servicios de salud. Calatayud (1997), menciona ejemplos de las actividades derivadas de la integración con la psicología:

- a) Identificación de las tendencias del estado de salud de la población: formulando las prioridades en política sanitaria ya sea de una región o país, y dar asesoramiento sobre cómo pueden abordarse las variables psicológicas presentes.
- b) Formulación/ modificación de modelos de servicios: como atención primaria, identificando las necesidades en salud e indicando como deben ser

contempladas las variables psicológicas y que actividades deben ser trabajadas de acuerdo a esas variables.

- c) Formulación / ejecución de programas de nivel nacional o regional relacionados con problemas de salud específicos: dirigidos a ciertos factores de riesgos, como: tabaquismo, hábitos dietéticos poco saludables, enfermedades de transmisión sexual, prevención de enfermedades crónicas, consumo problemático, promoción de la planificación familiar y los programas generales dirigidos a la promoción de la salud.
- d) formulación de enfoques y programas para la formación de recursos humanos para el sector de la salud: ya que se observa la necesidad en los profesionales de salud tener recursos para interpretar las variables psicológicas en los problemas que trabajan.
- e) Diseño / ejecución de procedimientos para la evaluación de la satisfacción de los usuarios con los servicios de salud: uno de los objetivos de la psicología de la salud es aplicar el conocimiento psicológico para mejorar la calidad de los servicios de salud y que estos respondan a las necesidades de la población. Contar con un sistema que permita conocer las expectativas, nivel de satisfacción, accesibilidad de los servicios resultara de mucha utilidad.

Capítulo 2

Accesibilidad al sistema de salud

En el desarrollo de la historia de la psicología comunitaria, hubo distintos planteamientos que marcan una crítica y a su vez una construcción de la ciencia. Las diferentes teorías presentadas determinan el desarrollo teórico en un contexto e historia determinado, por lo que abordarlos individualmente significaría favorecer una hegemonía teórico práctico y científico; lo que repercutiría en el futuro abordaje psicológico.

La accesibilidad de la población al sistema de salud ha sido y constituye una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias, constituye un área prioritaria de investigación, y a su vez una variable de gran impacto en la salud de la población, (Landini et al., 2014).

La inaccesibilidad a los servicios de salud, relacionada con barreras idiomáticas, culturales y de ubicación geográfica es una fuerte problemática presente en todas las comunidades que habitan el territorio provincial (Bergagna, 2012, p. 124).

La accesibilidad como concepto, ha sido muy estudiado a lo largo de los años debido a su importancia teórica y práctica en el ámbito de la salud pública, representando un nexo entre la población y el sistema de salud. Si bien existen diferentes definiciones y clasificaciones del concepto elaborado a lo largo de los años en lo sucesivo del texto se tratará de detallar alguno de sus principales modelos teóricos que la explican. Algunos autores (Carbone, 2017, Frenk, 1985; Hirmas, 2013), mencionan en primer lugar a modelos como el de Donabedian, Andersern y Aday y uno de los más utilizados para definirla como el modelo de Tanahashi, conocido como el “modelo de atención efectiva”. Para Hirmas et., al (2013), la descripción de los diferentes modelos resulta de ayuda para entender el concepto de accesibilidad el contexto en el que se da y para qué es utilizado.

Una de las primeras conceptualizaciones sobre la accesibilidad surgen de autores como Donabedian (Frenk, 1985), quien la define como un proceso que va más allá de la presencia o disponibilidad de un recurso en un momento y lugar en específico, e implica las características del recurso que facilitan o dificultan el uso del mismo por parte de los

potenciales clientes (p. 438). Para el modelo de Donabian, la accesibilidad puede entenderse como el grado de “ajuste” entre el sistema de salud (con sus recursos) y la población (con sus características), con lo cual el acceso a la salud se mediría estudiando aquellos aspectos socio-organizacionales y geográficos (Carbone, 2017).

En segundo lugar se encontraron las teorizaciones de Andersen y Aday quienes tienen un enfoque económico de la accesibilidad (Sánchez-Torres, 2017), en el cual se realiza una clasificación de los determinantes de acceso a la salud en tres etapas o niveles; el primero es presentar un problema de salud, el segundo utilizar un sistema de salud formal y el tercero tiene que ver con la percepción de la calidad del servicio. Para Andersen y Aday (Frenk, 1985), la accesibilidad se puede medir observando el uso real de los servicios de salud y en base a ello señalar los determinantes que más influyen en la accesibilidad (Sánchez-Torres, 2017).

Las teorizaciones de Tanahashi son conocidas como “modelo de cobertura efectiva”, entiende a la accesibilidad como el resultado de recibir la atención de manera satisfactoria que la población necesita, el objetivo de este modelo es detectar necesidades insatisfechas de determinados grupos sociales, a fin de identificar aquellas barreras que limitan el acceso a la atención sanitaria (Carbone,2017), en este sentido el modelo propuesto con Tanahashi es similar al modelo de ejercicio de derecho a la salud y como política pública propuesto por la OMS (Sánchez-Torres, 2017). Tanahashi (Hirmas et al., 2013; Carbone, 2017; Sánchez-Torres, 2017), concibe a la atención sanitaria como un proceso que implica 4 etapas:

- 1- Disponibilidad: tiene que ver con los servicios que brinda el centro de atención (como disponibilidad de servicios del programa o centro de atención, recursos humanos, equipos, insumos, infraestructura e información (Hirmas et al., 2013).
- 2- Accesibilidad: Tanahashi describe tres tipos de accesibilidad:
 - Accesibilidad física o geográfica: Se refiere a las distancias que existen entre los centros de salud y las personas, la conectividad, los medios de transporte disponibles para el usuario y el tiempo que le conlleva a este desplazarse de un lugar a otro. Un accidente geográfico podría ser una barrera que impida acercarse

los servicios a la población (Carbone, 2017). Es en este sentido que para Sánchez-Torres (2017), se convierte en un determinante del estado de salud de las poblaciones y de los problemas de accesibilidad; influyendo de manera importante sobre las transiciones epidemiológica, demográfica y nutricional. Siendo un limitante para la integración política y económica perpetuando las inequidades y exclusión social.

- Accesibilidad organizacional o administrativa: relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención.
 - Accesibilidad financiera o económica: está relacionada según Carbone (2017), a aquellos gastos que deban hacer las personas para acceder al servicio como por ejemplo el transporte, la pérdida económica en caso de ausentarse al trabajo por asistir al servicio de salud, gastos adicionales o la falta de recursos para afrontar dichos gastos constituirá una barrera para acceder al servicio de salud.
- 3- Aceptabilidad de los servicios: para autores como Hirmas et al, (2013), la aceptabilidad de los servicios está relacionada a la percepción que tenga la población sobre las prestaciones del servicio de salud, la cual está influenciada por factores sociales culturales y religiosos como creencias, normas, valores, trato y privacidad. Teniendo en cuenta estos factores, los establecimientos y servicios de salud deben ser respetuosos y culturalmente adecuados a la población o comunidad, a su vez sensibles a los requisitos del género y ciclo de la vida, esto es respetando las subjetividades, el género y la edad de las personas (Sánchez-Torres, 2017).
- 4- Contacto con el servicio La cuarta etapa está conformada por la adaptación de los servicios y calidad a las personas (Carbone, 2017). Además, esto implica brindar una atención apropiada y adecuada a la necesidad de la población, es decir es un concepto que implica el cumplimiento de la atención y satisfacción de la persona que lo necesita (Hirmas et al., 2013; Sánchez-Torres, 2017).
- 5- Cobertura efectiva: en esta etapa ya se habla de personas que reciben el servicio propiamente dicho. En este sentido al alcanzar la cobertura efectiva, se debe

identificar las barreras que se presentan, en primer lugar, detectar aquellos que no acceden o lo hacen con mayor dificultad e identificando en qué etapas del proceso estas barreras se presentan para así realizar intervenciones específicas (Hirmas et al., 2013).

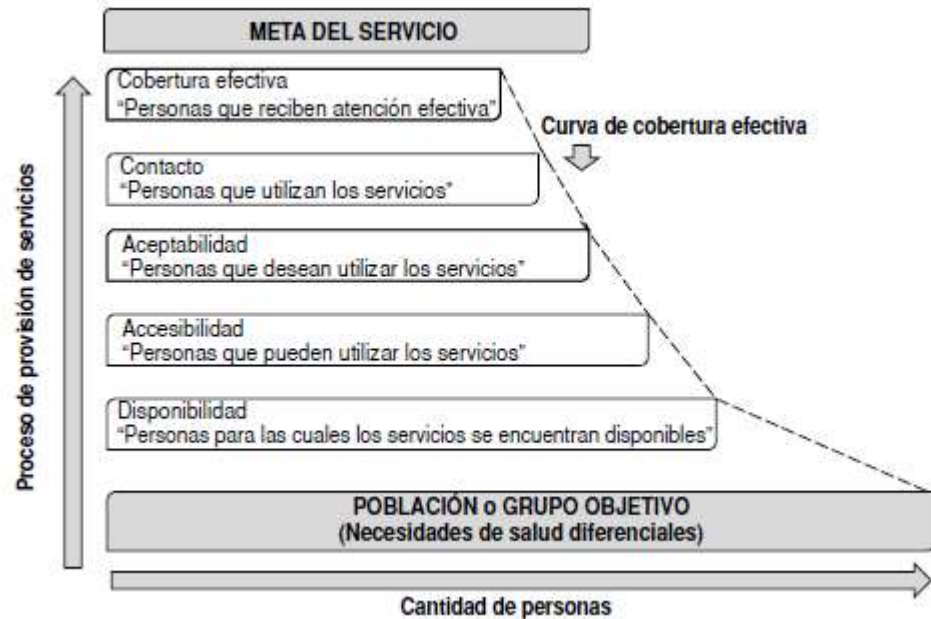


FIGURA 1. Modelo de evaluación de equidad de acceso y barreras para lograr cobertura de salud universal con equidad

Fuente: Hirmas Adauy M, Poffald Angulo L, Jasmen Sepúlveda AM, Aguilera Sanhueza X, Delgado Becerra I, Vega Morales J. Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. Rev Panam Salud Pública. 2013;33(3):223–9. P.

El acceso o abandono de los servicios de salud puede explicarse por elementos facilitadores y obstáculos o barreras que pueden identificarse en las distintas etapas del proceso, en donde existen grupos sociales vulnerables que enfrentan diversas barreras y no acceden a los servicios (Hirmas et al., 2013). Con lo cual se puede decir que el modelo de Tanahashi permite identificar diversos tipos de barreras y facilitadores en el acceso a la atención sanitaria para conocer las debilidades y potencialidades del sistema de salud a fin

de mejorar el acceso y reducir las inequidades en el acceso al sistema de salud (Carbone, 2017), y elaborar un instrumento de chequeo para evaluar el acceso a la atención sanitaria (Zaldúa et al., 2007).

Si bien se nombraron uno de los primeros modelos y más utilizados respecto de la accesibilidad algunos autores (Carbone, 2017; Zaldúa et al., 2007), consideran que estos abordajes no toman en cuenta los valores, creencias y representaciones de la salud que tienen los actores, es decir no abordan aspectos subjetivos de la accesibilidad como la cultura.

Los abordajes que fueron explicitados anteriormente no estudian el conjunto de valores, creencias y representaciones de la salud que tienen los actores. No se centran en estudiar los aspectos subjetivos al momento de estudiar la accesibilidad a los servicios de salud. Es por esto que se podrían agregar más clasificaciones de accesibilidad (Carbone, 2017) como:

Accesibilidad cultural: según Sánchez-Torres (2017), se refiere a la concepción de los beneficiarios del sistema, a fin de establecer si pueden o no ser considerados como aceptables por su destinatarios, esto es, los servicios deben calificarse como apropiados a las necesidades prioritarias y, por tanto, deben ofrecer asistencia de calidad (Sánchez-Torres, 2017). En este sentido se tiene en cuenta la escucha y el respeto por los tiempos o ritmos de las personas durante la comunicación en el proceso de atención sobre todo si se habla en un contexto de diferencias culturales, por lo que Ceriani (2015), determina como necesario el establecimiento del Dialogo Intercultural para favorecer la interacción entre diferentes poblaciones (profesionales de la salud-comunidades originarias) que también requiere de personal idóneo como enfermeros o agentes de la salud originarios de las comunidades, quienes puedan traducir al médico o profesional aquello que no entienda sobre la dolencia o necesidad de la persona, facilitando la comunicación y empatía durante el proceso de atención con estas poblaciones.

Accesibilidad Simbólica: Para Comes et al, (2006), al definir accesibilidad desde la oferta, no se estaría considerando que los sujetos también construyen accesibilidad. Si se piensa que un posible problema en la accesibilidad a los servicios de salud, tiene que ver exclusivamente con la oferta, se estarían obviando las representaciones, los discursos y las

prácticas de la población. Es por esto que dichos autores lo piensan como un problema de encuentro/desencuentro entre los servicios de salud y la población.

La accesibilidad según la OMS (2000) es entendida como un medio necesario para lograr un fin, sería en este caso una meta instrumental. Cuanto más accesible sea un sistema de salud, mayor debería ser la utilización del mismo por parte de la población, para mejorar su salud (Carbone, 2017).

Sánchez- Torres (2015), presenta el concepto de accesibilidad de manera más compleja con respecto a los demás autores en donde la define como una doble vertiente o como un concepto de dos aristas por un lado como “proceso”, en el cual el proceso abarca todos aquellos elementos que convergen para lograr la atención médica de manera oportuna y como “producto”, en donde se convierte en uno de los componentes de la atención efectiva de la cual habla Tanahashi, la accesibilidad implica la conjunción de aspectos económicos, culturales, sociales, geográficos y de contexto, que va más allá del derecho de las personas de recibir atención médica, de la disponibilidad de las instituciones y de los medios para lograrla.

Para Comes et al, (2007), la accesibilidad es un concepto complejo, para lo cual hace falta incluir en su análisis la dimensión relacional, es decir pensar en la población, servicios de salud y la relación entre ambos en donde los servicios de salud son productores de discursos que se entran en representaciones y prácticas de la población, emergiendo diferentes modos de acercamientos y utilización, por tanto la define como una relación entre los servicios de salud y los sujetos en la que, ambos contendrían en sí mismos tanto la posibilidad o no de encontrarse.

La importancia del concepto radica según Sánchez-Torres (2015), en el mismo concepto de salud, el cual no solo abarca síntomas y condiciones físicas sino también todo el contexto, que si bien puede satisfacer la necesidad de atención también puede abarcar factores que inhiban en acceso o atención médico necesario. Por eso se hace necesario estudiar la accesibilidad porque es un concepto que permite identificar aquellos elementos que intervienen en el proceso de atención. Lograr el máximo nivel de accesibilidad para población representa una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias, pero existen barreras que dificultan el acceso a los servicios de salud.

2.1 Barreras en la accesibilidad al servicio de salud

La accesibilidad ha sido definida como la forma en que los servicios de salud se acercarían a la población. Este concepto fue entendido como un problema de la oferta y sería necesario, desde esta óptica, eliminar las barreras que se pudieran interponer. Para Carbone (2017) y, son aquellas situaciones o condiciones que dificultan o se interponen en el acceso al sistema de salud. Las barreras fueron caracterizadas como:

- Geográficas: Se incluyen los limitantes geográficos como las distancias geográficas que imposibiliten el acercamiento de los servicios a la población por ejemplo un accidente geográfico, barrera construida por el hombre como una autopista (Comes, 2017).
- Las barreras económicas: Tienen que ver con limitantes económicos que impidan el acceso a los servicios de salud, por ejemplo falta de recursos para pagar el transporte o medicamentos (Comes, 2017).
- Las barreras administrativas: Son limitantes del orden administrativo que impiden o dificultan el acceso a los servicios de salud como la organización de los servicios, horarios de atención o el sistema de entrega de turnos (Comes, 2017).
- Las barreras culturales: son barreras que implican una diferencia y choque de culturas entre el personal de los servicios de salud y la población, implica una incompatibilidad entre los códigos y pautas de vida de las personas según el idioma, idiosincrasias, edad, genero, identidad de pertenencia, imaginario social y representaciones sociales entre los dos sectores mencionados (Ferrara,1985; Lorenzetti, 2011, Comes,2017). Estas barreras son más frecuentes en las comunidades originarias, que para Lorenzetti (2011), aparecen expresadas en frases del personal de salud como médicos enfermeras y personal administrativo tales como: “no se saben comunicar”, “no pueden contar lo que les pasa”, “algunos no hablan, ni entienden el castellano”, “son cerrados”, “manejan otros tiempos”, “ellos se automarginan” (p.8).

- Barreras simbólicas: Comes et al, (2007), en base a su experiencia de trabajo definen a la barrera simbólica como aquella en donde el imaginario social y las representaciones pueden constituirse en barreras. En nuestra experiencia de trabajo y tomando palabras del Profesor Samaja¹, la redefinimos como barrera simbólica en tanto consideramos que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras.

Los componentes nombrados anteriormente son fácilmente reducibles por la influencia inequívoca en ellos de la estructura social, y no es algo menor cuando se habla de determinantes en la accesibilidad a los servicios de salud, según informes de la Comisión de Determinantes de la salud de la Organización Mundial de la Salud a nivel mundial las personas socialmente desfavorecidas tienen menos acceso a los servicios sanitarios básicos y al sistema de salud en su conjunto, es por ello que a nivel poblacional enferman y mueren con mayor frecuencia aquellos grupos que pertenecen a posiciones sociales menos privilegiadas (Martínez y Herrando, 2011).

Sobre todos ellos hay que agregar el peso particular en nuestro caso de la accesibilidad cultural. Compatibilidad de códigos que abarca desde la definición de lo que es enfermo, el momento de consultar y el modo de curarse.

Las condiciones sociales y económicas de las mayorías, la pobreza y dificultades de los gobiernos para el financiamiento, la organización y la gestión del sector salud, encuadraron como prioritario el concepto de equidad, para orientar las políticas de salud. La definición de equidad de la Organización Mundial de la Salud supone que “todos deben tener oportunidad de lograr plenamente su potencial de salud, y de un modo más pragmático, nadie debe estar desfavorecido en la medida que pueda evitarse” (Whitehead M.34).

Capítulo 3

Comunidades originarias /Situación general

Los Pueblos originarios (o indígenas). Son “los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial” (art. 1.a., Convenio 169, Organización Internacional del Trabajo, 1989).

Es importante resaltar que ninguna de las definiciones que existen sobre los indígenas es absoluta; todas ellas son relacionales (ponen en relación diferentes elementos) y están referidas a un hecho particular: el contacto con el mundo occidental, que implicó el despojo de los territorios utilizados por tales pueblos: (Paz., Chauqi., Piselli, & Soruco, 2016).

A pesar de algunos cambios de paradigmas y legislaciones internacionales y nacionales, en América Latina existe una notable brecha entre la población indígena y los no indígenas (Conferencia Mundial de Pueblos Indígenas, 2014). Esta brecha se observa en la desigualdad económica que se asocia a condiciones de desventaja en materia de inclusión al mercado. Los trabajadores indígenas tienen menos posibilidades de obtener un empleo estable que incluya beneficios sociales tales como seguridad social, seguro de salud, fondos de jubilación y otras compensaciones de ley, como ocurre en el caso de la comunidades originarias Ava Guaraní y Wichi del departamento Orán, que en su mayoría son trabajadores rurales pero no acceden a los beneficios prestacionales ya que se constituyen como trabajadores en negro. Incluso, si un indígena cuenta con educación superior su remuneración podría diferir sustancialmente de aquella que percibe una persona no indígena con las mismas calificaciones. Además, los pueblos indígenas no se han beneficiado equitativamente del crecimiento exponencial y la democratización de nuevas tecnologías (Conferencia Mundial de Pueblos Indígenas, 2014: 10) citado en Paz et al, (2016).

“El conocimiento sobre estos pueblos, aunque fragmentado, muestra sostenidamente mayor incidencia de la pobreza, menor ingreso, escolaridad y esperanza de vida,

mayor mortalidad infantil y materna, y menor acceso a la salubridad y al agua potable. En síntesis, los pueblos indígenas (...) enfrentan una situación de exclusión y discriminación con relación a la población no indígena, lo que constituyen un hecho inaceptable a la luz de los tratados internacionales” (Del Pópulo y Oyarce, 2005, p. 17) citado en Paz et al, (2016), p. 241.

Si bien el estado nacional argentino y el estado provincial salteño han avanzado en el reconocimiento de los derechos específicos de los pueblos indígenas durante los últimos veinte años, es importante resaltar que la población originaria sufren bajos niveles de desarrollo económico y social en comparación con los sectores no indígenas del país según informes de UNICEF. Siguiendo la línea del mismo estudio se encontró en el 23, 5% de los hogares indígenas no tienen sus necesidades básicas satisfechas, siendo Salta una de las provincias con niveles más alarmantes siendo el 57, 4 % de los hogares indígenas, es decir más de la mitad (Anaya, 2012:16) citada en Paz et al, (2016).

Salta cuenta con una población de 79.204 individuos que se declaran indígenas o descendientes de pueblos indígenas u originarios, lo que representa un porcentaje del 6,5% respecto de la población total de la provincia (INDEC, 2010). Se trata de una cifra considerablemente superior a la nacional, teniendo en cuenta que el 2,3% de la población argentina se reconoce indígena o descendiente de pueblos indígenas u originarios.

En cuanto a la composición de las diversas etnias, Salta presenta la mayor diversidad de pueblos indígenas en el país. En total nueve pueblos están reconocidos a nivel provincial: wichí (con anterioridad denominados maticos), chorote (iyojwaja o iyojwujwa), qom (toba), tapyy o tapiete, chulupí (niwaklé), chané, guaraní (chiriguano), diaguita calchaquí y kolla (Buliubasich, 2009) citado en Paz et al, (2016).

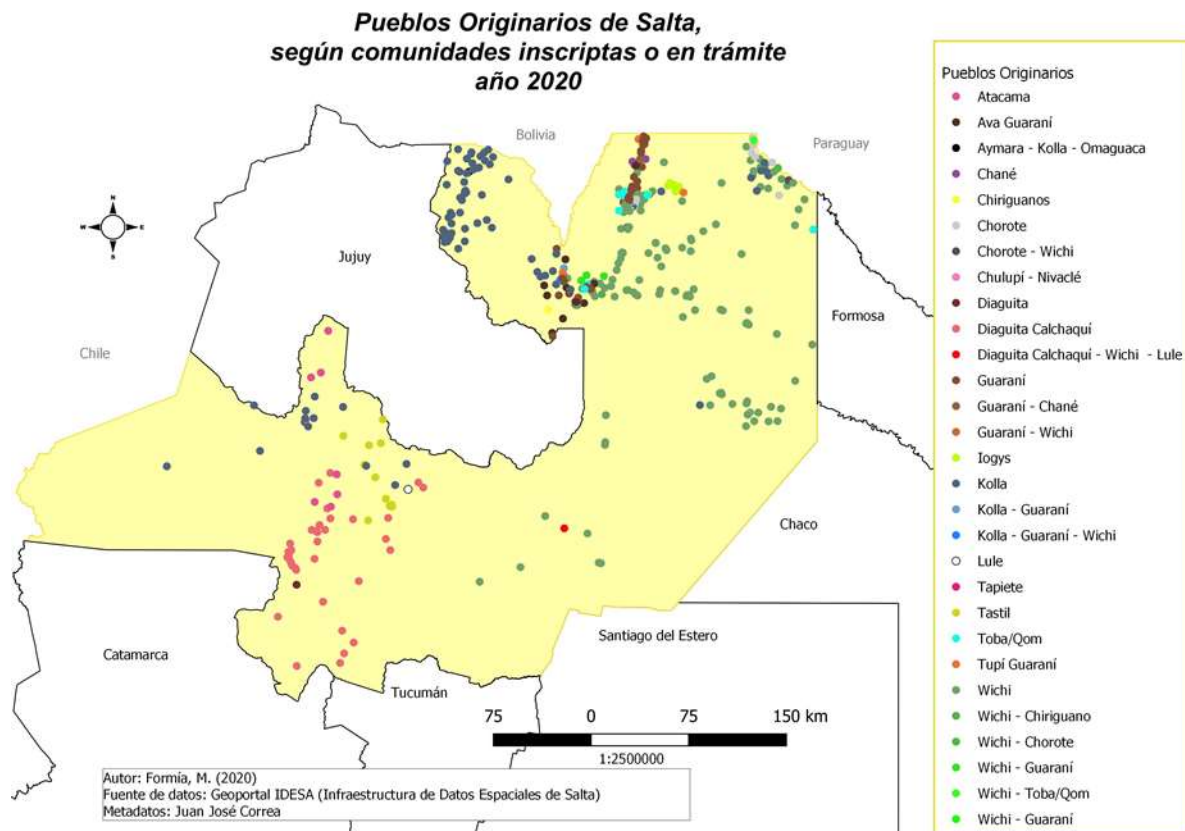


Figura 2. Pueblos Originarios de Salta, según comunidades inscriptas o en trámite en el año 2020.

Fuente: Abeledo, S., Acho, E., Aljanati, L. I., Aliata, S., Aloí, J., Alonso, M. F., ... & Weiss, M. L. (2020). Informe ampliado: efectos socioeconómicos y culturales de la pandemia COVID-19 y del aislamiento social, preventivo y obligatorio en los Pueblos Indígenas en Argentina-Segunda etapa, junio 2020.

3.1 Legislaciones en salud de los pueblos aborígenes

La historia de los pueblos originarios en Argentina es extensa y se ha caracterizado por la histórica vulneración y segregación de sus derechos. Las campañas militares del siglo XIX perpetraron un verdadero genocidio sobre estos pueblos. Luego en el año 1853 con la constitución solo se limitó a “conservar un trato pacífico con los indios” (Mereminskaya, 2011). En el año 1989 en los artículos 24 y 25 del Convenio número 169 de la

Organización Internacional del Trabajo (OIT,2014), sobre Pueblos Indígenas y Tribales, se hace mención sobre el derecho a la salud de los pueblos originarios en tanto dispone que el estado deberá velar por proporcionar servicios de salud adecuados y brindar los medios para que sean ellos quien organicen y controlen dichos servicios bajo su responsabilidad desde un enfoque comunitario teniendo en cuenta los determinantes de acceso a la salud; focalizándose en la estrategia de atención primaria, priorizando la formación y empleo de personal sanitario de la comunidad local (p.53-54).

En Argentina se realizó la ratificación del Convenio 162 de la OIT en 1992 aprobado por ley 24.071; al cual le siguió la ley sobre Política Indígena y Apoyo a las comunidades Aborígenes N ° 23.302 aprobada en 1985 en la cual se especificaba una serie de puntos referidos a la propiedad de la tierra, derechos y programas de educación y finalmente la protección de la salud (artículos 18,19 y 21) de sus integrantes cuya implementación debía estar a cargo del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), cuyo primer reglamento fue aprobado recién en 1989 (Garay, 2017).

En la reforma constitucional de 1994 se reconoce la preexistencia de los pueblos originarios y establece garantizar el respeto a su identidad y educación bilingüe pero esto no fue llevado a cabo de manera satisfactoria como ha ocurrido siempre (Mereminskaya, 2011).

En el año 2007, se realiza la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (Naciones Unidas, 2007), como un compromiso político a nivel internacional a fin de proteger los derechos de los pueblos indígenas, particularmente se habla en su artículo 24 sobre el derecho a poseer sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas en salud, algo de lo cual ya hablaba en 1985 la ley argentina N° 23.302, pero que muchos autores denuncian en la actualidad no se cumple (Comes, 2007; Lorenzetti, 2011; Ceriani, 2015; Torres Aliaga; Torres Secchi, 2008)

En el año 2011 por Resolución 439 se creó el “Área de Salud Indígena” en la órbita del Programa Médicos Comunitarios - Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, en un todo de acuerdo a lo consagrado en el artículo 75, inciso 17 de la Constitución Nacional (Garay, 2017).

3.2 Leyes Internacionales, nacionales y provinciales

OMS (1946) Constitución de la Organización Mundial de la Salud.

Un antecedente que entiende la salud como un derecho en la jurisprudencia internacional, viene recogido en la Constitución de la OMS (Organización Mundial de la Salud) de 1946, en donde se establece que “el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. Esta Constitución se ampara en el Art. 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos: “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios...”

Desde la OMS se propician Acuerdos Internacionales y Declaraciones Conjuntas de los países miembros que van señalando estrategias para alcanzar, con equidad, los mejores niveles posibles de salud en la población.

OMS/UN (1978). Declaración de Alma Ata. África

Establece que “la Atención Primaria de Salud es la atención sanitaria esencial, basada en la práctica, en la evidencia científica y en la metodología y la tecnología socialmente aceptables, accesible universalmente a los individuos y las familias en la comunidad a través de su completa participación, y a un coste que la comunidad y el país lo pueden soportar, a fin de mantener cada nivel de su desarrollo, un espíritu de autodependencia y autodeterminación”.

Senado de la Nación Argentina (1985). Ley 23.302. Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Indígenas

Consagra en el Art. 1 la participación del indígena con sus propias pautas culturales en la vida del país. En el Art. 5, crea el “Instituto Nacional de Asuntos Indígenas como entidad descentralizada con participación indígena, que dependerá en forma directa del Ministerio de Salud y Acción Social. En el Art. 18 prevé que “la autoridad de aplicación

coordinará con los gobiernos de Provincia la realización de planes intensivos de salud para las comunidades indígenas... Se promoverá la formación de personal especializado para el cumplimiento de la acción sanitaria en las zonas de radicación de comunidades”. En igual principio en el Art.19 considera “prioritario el diagnóstico y tratamiento mediante control periódico, de enfermedades contagiosas, endémicas y pandémicas en toda el área de asentamiento de las comunidades indígenas...”, el Art. 20 fomenta “...planes de saneamiento ambiental, en especial para la provisión de agua potable, eliminación de instalaciones inadecuadas, fumigación y desinfección, campañas de eliminación de roedores e insectos y lo demás que sea necesario... educación sanitaria de sus integrantes y el acceso a una vivienda digna”.

Finalmente, en el Art.21 sugiere que “En los planes de salud... deberá tenerse especialmente en cuenta el respeto por las pautas establecidas en las directivas de la Organización Mundial de la Salud, respecto de la medicina tradicional indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas; y la formación de promotores sanitarios aborígenes especializados en higiene preventiva y primeros auxilios”.

OMS (1986). Declaración de Ottawa. Canadá

Afirma que las políticas de salud “deben adaptarse a las necesidades locales y a las posibilidades específicas de cada país y región y tener en cuenta los diversos sistemas sociales, culturales y económicos”.

Provincia de Salta (1986). Ley 6373. Ley de promoción y desarrollo del aborígen.

La presente Ley tiene por objetivo promover el desarrollo pleno de las comunidades aborígenes, fomentando su integración en la vida provincial y nacional. En este marco, la Ley regula, entre otros aspectos, la adjudicación de tierras, previo relevamiento de los asentamientos aborígenes existentes.

En su capítulo VI, relacionado a la salud, refiere: se determinará la obligatoriedad de que todos los profesionales del área sanitaria, médicos, bioquímicos, nutricionistas, enfermeros y otros, que desarrollen sus actividades en zonas de asentamientos aborígenes, tomen previo conocimiento de los aspectos socioculturales de la población bajo su

atención. Además, se implementarán las coordinaciones y acciones necesarias para: a) incrementar la infraestructura sanitaria existente creando centros sanitarios con atención permanente, para la real cobertura total de la población aborigen; b) facilitar el acceso de jóvenes de cada grupo étnico a carreras relacionadas con la salud, medicina, enfermería, nutrición y otras; c) implementar un sistema de becas de estudio a efectos de dar cumplimiento a lo establecido en el inciso anterior; d) revalorizar culturalmente la "medicina empírica" vigente en cada grupo étnico, reconociendo y respetando su aporte en conocimientos, procurando una natural inserción del aborigen al sistema sanitario; y e) incorporar representaciones aborígenes en los consejos asesores sanitarios que indica la Ley 6277.

Aclaración: Los consejos asesores sanitarios (CAS) corresponden a las Áreas Operativas, definidas en la Ley 6277 (1984) como territorio de responsabilidad sanitaria de cada Servicio de Salud. Se integran los hospitales y centros de salud dependientes. Los CAS están conformados por el Director del Área Operativa y representantes de la jurisdicción: centros vecinales, municipios, obras sociales, etc. Entre sus funciones: a) hacer conocer al Director del Área Operativa las necesidades y opiniones de los sectores que representan en materia de salud; b) Garantizar la participación activa de los sectores que representan en la administración de los recursos para la salud y en la evaluación de los resultados sanitarios; c) Conocer y adherir cuando corresponda a las decisiones de la Dirección del Área en la administración de los recursos físicos, financieros y humanos que constituyen la infraestructura y el presupuesto de gastos de salud del Área Operativa; d) Evaluar permanentemente el logro de las metas definidas para el Área Operativa en materia de cobertura, eficacia, eficiencia de las acciones de Salud; e) Promover los ajustes organizativos y administrativos que correspondan para el logro de las metas del Programa de Salud del Área Operativa; y f) Promover la coordinación intersectorial que garantice el apoyo de las áreas de educación, gobierno municipal, producción, comunicaciones, obras sociales, trabajadores, etc. para el logro de las metas del Programa de Salud del Área Operativa.

Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.

Se propone la concertación de políticas de salud con los pueblos originarios de cada país.

La Reunión de Winnipeg fue de naturaleza consultiva, en la que se prepararon una serie de recomendaciones para la OPS, los Gobiernos Miembros y otras organizaciones, que fueron luego ratificadas por el plenario y los participantes. Durante las deliberaciones se identificaron y adoptaron los siguientes principios fundamentales, dentro de los cuales se condujeron los debates y surgieron las recomendaciones. Estos principios son los siguientes: a) la necesidad de un abordaje integral a la salud; b) el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas; c) el derecho a la participación sistemática; d) el respeto y la revitalización de las culturas indígenas, y e) la reciprocidad en las relaciones.

La Reunión de Winnipeg ratificó la importancia de abordar la Salud de los Pueblos Indígenas en relación con el contexto geopolítico y social, a la luz de los procesos históricos en curso.

Senado de la Nación Argentina (1992). Ley 24.375. Convenio sobre Diversidad Biológica

En el art. 8, inciso J, establece que “Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente”.

OPS (1993). Salud de los Pueblos Indígenas. Canadá

En su artículo 25, inciso 1, establece, “Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental”. Asimismo, en su inciso 2 afirma que “estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados”.

Constitución de la Nación Argentina (1994). Reforma

“Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural, reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitarias de las tierras que tradicionalmente ocupan, y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano, ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y demás intereses que los afecten”.

Provincia de Salta (1996). Ley 6841. Plan de Salud Provincial.

Establece que la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) será el eje del sistema de salud provincial. En la Provincia de Salta la implementación de la estrategia de APS se asienta en gran medida en las actividades del Agente Sanitario, pensado como “un miembro de la comunidad en la cual va a realizar su labor, conocedor de las características sociales, productivas, culturales, geográficas de la comunidad, nexo entre la comunidad y el sistema de salud”.

La ley dispone en el Art 15 que la política de asistencia de la salud se funda en el sistema de redes de servicios de salud. En el Decreto 2.411/05 Art 6 indica que el Ministerio fijará el marco regulatorio de organización y funcionamiento de las Áreas Operativas, el Sistema de Redes de Atención y del Sistema de Referencia y Contrarreferencia”, por lo cual la Provincia se divide en 4 Zonas Sanitarias y 48 Áreas Operativas, en redes de complejidad creciente.

Provincia de Salta (1998). Constitución provincial.

La Provincia reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas que residen en el territorio de Salta. Reconoce la personalidad de sus propias comunidades y sus organizaciones a efectos de obtener la personería jurídica y la legitimación para actuar en las instancias administrativas y judiciales de acuerdo con lo que establezca la ley. Reconoce y garantiza el respeto a su identidad, el derecho a una educación bilingüe e intercultural, la posesión y propiedad de las tierras fiscales que tradicionalmente ocupan, y regula la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano. Asegura su

participación en la gestión referida a sus recursos naturales y demás intereses que los afecten de acuerdo a la ley. El Gobierno Provincial genera mecanismos que permitan, tanto a los pobladores indígenas como no indígenas, con su efectiva participación, consensuar soluciones en lo relativo con la tierra fiscal, respetando los derechos de terceros.

Provincia de Salta (2000). Ley 7121. Desarrollo de los Pueblos Indígenas de Salta.

Establece la creación del Instituto Provincial de los Pueblos Indígenas de Salta (IPPIS), que entre sus objetivos plantea, “Adecuar las políticas en educación, salud, vivienda y seguridad social y económica, destinadas a este sector de la población” y en el capítulo VI referido a la Salud dispone, “Art. 29 - El IPPIS, en coordinación con los organismos específicos, determinará la obligatoriedad de que todos los profesionales del área sanitaria, médicos, bioquímicos, nutricionistas, enfermeros y otros, que desarrollen sus actividades en zonas de asentamientos aborígenes, tomen previo conocimiento de los aspectos socioculturales de la población bajo su atención” Además, el Instituto implementará las coordinaciones y acciones necesarias para fortalecer la infraestructura sanitaria, facilitar el acceso de jóvenes indígenas a carreras relacionadas con la salud, revalorizar la Medicina Empírica vigente en cada grupo étnico e incorporar representantes indígenas en los Consejos Asesores Sanitarios.”

Senado de la Nación Argentina. Ley 25929 (2004). Parto Humanizado.

Promueve que se respete a la familia en sus particularidades –raza, religión, nacionalidad- y que se la acompañe en la toma de decisiones seguras e informadas en el proceso del nacimiento.

OMS (2005). Los determinantes de la salud.

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Los determinantes sociales de la salud explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, esto es, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades

persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: 1) Mejorar las condiciones de vida cotidianas; 2) Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos; y 3) Medición y análisis del problema.

Esas disparidades, en el ámbito de la salud, pueden estar asociadas a: a) características sociales de la madre y del niño (edad, raza/etnia, ingreso económico y educación); b) características individuales de la madre (conocimiento, actitudes, creencias y prácticas de salud); y c) a servicios de salud (acceso, calidad del cuidado, tipo de servicio).

Senado de la Nación Argentina (2009). Ley N° 26529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.

Capítulo I Art 2: El paciente tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza (diversidad cultural), sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. Asimismo, el paciente y sus acompañantes tienen derecho a un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales

Ministerio de Salud (2007). Estudio de las muertes de menores de 5 años en la Argentina (EMMA).

En relación a la situación en Argentina, el Ministerio de Salud Pública de Nación, junto con UNICEF, en Aportes para el análisis y reducción de la muerte de menores de 5 años en la Argentina. Resultados y conclusiones del EMMA (2007) confirman que, si bien la tendencia observada en la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) muestra una curva descendente en las últimas décadas, particularmente significativa entre 2005 y 2009, existen, sin embargo, diferencias según jurisdicción, que dan cuenta de importantes inequidades.

Entre sus conclusiones, este informe afirma que

Las estrategias centrales para alcanzar las metas definidas para el año 2015 deberán incluir la implementación de acciones orientadas a disminuir la proporción de las defunciones por causas evitables, favoreciendo principalmente la cobertura de la población; y mejoras sustantivas en la calidad de atención, fortaleciendo los recursos humanos y sosteniendo acciones de monitoreo que permitan valorar los cambios o bien ajustar las acciones en marcha. (p.7)

A partir de esto, se resaltan las problemáticas a superar:

- La inadecuación en relación a la calidad tanto en el registro como en el diagnóstico,
- Fallas en el tratamiento oportuno y la comunicación con las familias,
- La falta de comités de mortalidad, y
- La necesidad de la realización de autopsias verbales.

Ministerio de Salud (2008). Plan Estratégico para la Reducción de la Mortalidad Materna y la Mortalidad Infantil 2009-2011.

Este informe plantea, entre otras cosas, el establecimiento de metas y compromiso formal, un plan de trabajo, la capacitación servicio, regionalización y participación comunitaria en el proceso de salud, con énfasis en el desarrollo y fortalecimiento local, y contemplando la integralidad en la definición de políticas públicas. Sumado a esto, la conformación de comités de mortalidad locales fue un punto esencial. Este Plan fue firmado, de manera progresiva por las provincias priorizadas del NOA y NEA, incluida Salta.

Ministerio de Salud (2016). Diagnóstico de situación 2005-2014.

En relación a la salud materno infantil, este Informe afirma que durante el 2014 la TMI del país de menores de 5 años fue de 12.2%.

El 86,5% correspondieron a defunciones de menores de 1 año, por lo cual, la estructura de causas de muerte de menores de 5 años, está fuertemente determinada por las defunciones infantiles.

Entre jurisdicciones, Salta se encuentra entre las 10 provincias que superan la media nacional (15.2%).

El análisis de las causas de mortalidad de los niños menores de 5 años en el país presenta una distribución similar a lo largo de los últimos años. La primera causa, en los últimos 10 años, fueron las afecciones perinatales, responsables de cerca de más del 40% de las defunciones en cada uno de los últimos años. La segunda causa son las malformaciones congénitas que representan durante todo el período entre 21 y 26,4% de las defunciones en este grupo etario, incrementando levemente su peso relativo durante dicho período (2005: 21,7%. 2014: 26,4%). Entre las afecciones perinatales y las malformaciones congénitas son responsables de más del 60% de las muertes infantiles en cada uno de los últimos años.

Ley Nacional de Salud Mental N° 26657 (2010)

Sancionada en diciembre del 2010, fue la primera legislación específica del campo de la salud mental a nivel nacional. Si bien no enuncia explícitamente la interculturalidad, se puede vincular algunos de sus artículos a la misma. En su primer artículo hace mención del derecho a la protección de la salud mental de todas las personas y pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental que se encuentran en territorio nacional, el carácter universal del artículo permite incluir la protección de la salud de las comunidades originarias.

El tercer artículo, se reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”, esta definición de la salud mental si bien no habla explícitamente de interculturalidad, lo hace al reconocer al sufrimiento humano en sus diversas dimensiones (Orzuza, 2014). Siguiendo la misma línea el artículo ocho, promueve la atención en salud mental de manera interdisciplinaria, abriendo la posibilidad de otras interpretaciones sobre el sufrimiento psíquico, por lo tanto

estos dos artículos abren el camino para una perspectiva intercultural, al posibilitar la inclusión de las concepciones y prácticas de las comunidades originarias para los problemas de salud mental (Orzuza, 2014).

Siguiendo con el análisis del tercer artículo se señala que “en ningún caso puede hacerse diagnóstico en el campo de la salud mental sobre la base exclusiva de: falta de conformidad o adecuación con valores morales, sociales, culturales, políticos o creencias religiosas prevalecientes en la comunidad donde vive la persona.” En este párrafo se hace mención a los saberes, prácticas y concepciones de los pueblos originarios, ya que es necesario conocer las cosmovisiones de los pueblos para poder garantizarlo, debido a lo que se interprete desde el saber occidental como padecimiento puede ser significado culturalmente de una manera distinta.

Orzuza (2014), también incluye en su análisis al noveno artículo de la ley, el cual habla sobre el proceso de atención, el cual debe realizarse preferentemente fuera del ámbito hospitalario, con un abordaje interdisciplinario e intersectorial, basado en los principios de atención primaria de la salud, orientado a la restitución de los lazos sociales; y es a partir de este artículo que se pueden construir intervenciones que incorporen los saberes y las interpretaciones de los pueblos originarios. Por último, se menciona al artículo 36 que insta a que cualquier desarrollo en política de salud mental tenga mecanismos claros y eficientes de participación comunitaria.

UNICEF (2010). Informe anual 2010. NY: EEUU.

A nivel internacional, el informe realizado por UNICEF durante el 2010, en relación a las metas del milenio Progreso para la Infancia, analiza la realidad a nivel mundial sobre la mortalidad en menores de 5 años (TMM5). Del mismo se rescatan los siguientes puntos:

- La mayoría de las muertes infantiles que tienen lugar en los países en desarrollo se deben a causas que se pueden prevenir o tratar.
- En todas las regiones, la mortalidad de menores de 5 años es mayor en las zonas rurales.

- La mortalidad de menores de 5 años es mayor entre las madres con menor nivel de educación.

- La mortalidad de menores de 5 años es mayor en los hogares pobres.

- La mortalidad de menores de 5 años es por lo general mayor entre los niños que las niñas.

OMS (2011). Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud

Se acuerda promover el enfoque de los determinantes sociales de la salud para afrontar las inequidades sanitarias en la Región.

En el punto 6 considera que las inequidades en materia de salud se deben a las condiciones de la sociedad en la que una persona nace, crece, vive, trabaja y envejece; esas condiciones se conocen como determinantes sociales de la salud. Ello abarca las experiencias de los primeros años, la educación, la situación económica, el empleo y el trabajo digno, la vivienda y el medio ambiente, y sistemas eficaces de prevención y tratamiento de los problemas de salud. Considera que la salud y el bienestar de la población son características fundamentales de lo que constituye una sociedad del siglo XXI exitosa, integrada y justa, es coherente con nuestro compromiso a favor de los derechos humanos en el ámbito nacional e internacional.

Aclaración: Se denominan determinantes de la salud al conjunto de factores tanto personales como sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o de las poblaciones. Se pueden dividir a estos determinantes de la salud en dos grandes grupos: 1) Aquellos que son de responsabilidad multisectorial del estado y son los determinantes económicos, sociales y políticos; y 2) Los de responsabilidad del sector Salud, dentro del accionar del estado en beneficio de la salud de la población, en lo que se refiere a vigilancia y control en unos casos y de promoción y actuación directa en otros. Estos factores determinantes de la salud son: a) Aquellos relacionados con los estilos de vida; b) Los llamados factores ambientales; c) Los factores relacionados con los aspectos genéticos y biológicos de la población; y d) Los relacionados con la atención sanitaria o sea los relacionados con los servicios de salud que se brindan a las poblaciones.

Provincia de Salta (2014). Ley 7.856. Creación de una Red de Apoyo Sanitario Intercultural e Interinstitucional para Pueblos Originarios.

A partir de esta norma, que aún falta reglamentar, se crearía la Red de Salud Interinstitucional e Intercultural para pueblos originarios SUMAJ KAUSAI (Buen Vivir) que tendrá como Objetivos: a) Focalizar y coordinar los problemas de salud y socioculturales, socioeconómicos y de identidad que afectan a los pacientes de los pueblos originarios; b) Garantizar una adecuada y equitativa atención médica y accesibilidad a la alta complejidad médica; c) Facilitar la asistencia a los familiares durante la derivación médica con la correspondiente contención social, que faciliten la concreción de estos requerimientos, en el marco de un ambiente de respeto a sus valores culturales y ancestrales, que les permitan alcanzar el Sumaj Kausay (Buen Vivir).

También busca la incorporación de Facilitadores Interculturales Bilingües necesarios para la cobertura de los Hospitales, a efectos de permitir una adecuada armonización intercultural entre el sistema de Salud y el paciente originario, garantizando su atención y contención.

Así como garantizar albergues institucionales de tránsito dentro del ejido hospitalario, para brindar hospedaje, manutención y acompañamiento integral al paciente originario y su familia, mientras sea necesaria su permanencia por motivos estrictamente vinculados a su atención de salud.

Naciones Unidas (2015). Hacia una nueva agenda de desarrollo sostenible.

En el año de 2000, la Organización de las Naciones Unidas (ONU), al analizar los mayores problemas mundiales, estableció 8 objetivos para el milenio, siendo la reducción de la mortalidad infantil el Objetivo del Milenio 4 (ODM 4), que objetiva reducir en 2/3 la tasa global de mortalidad infantil, entre 1990 y 2015.

En el 2015, los Estados miembros de las Naciones Unidas adoptaron la Agenda 2030 y sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con el objeto de alcanzar un mundo justo, equitativo e inclusivo. El Objetivo 3 (ODM3) busca "Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades". Dentro de este objetivo se encuentran: a) reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada

100.000 nacidos vivos; b) poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos; c) garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales; d) Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

ONU (2015). Objetivos del desarrollo del milenio.

Argentina asumió los compromisos propuestos por la Organización de las Naciones Unidas (ONU/UN) en el marco de los Objetivos de Desarrollo del milenio, donde se propuso reducir 2/3 la Mortalidad de Menores de 5 años, lo cual implicaba alcanzar en el año 2015 una TMM5 de 9,9%.

Entre las causas se encuentran seis factores que influyen en 70% a casi 90% de todas las muertes infantiles. Estas son: infecciones respiratorias agudas, en su mayoría neumonía (19%), diarrea (18%), malaria (8%), paperas (4%), VIH/SIDA (3%) y factores neonatales, especialmente nacimientos prematuros, asfixia al nacer, e infecciones (37%). La desnutrición está presente en más de la mitad de las niñas y niños que mueren en el primer mes de vida.

Las familias pobres a menudo son incapaces de obtener la atención médica más básica para sus hijos. Una atención médica insuficiente o tardía contribuye a más del 70% de todas las muertes de menores de cinco años.

Los países con sistemas de salud débiles y frágiles no han podido establecer estrategias de salud efectivas para la sobrevivencia infantil que son cruciales para reducir las muertes de menores de cinco años, y especialmente las muertes neonatales. Los servicios básicos de salud son insuficientes, así como la nutrición, la provisión de agua y las instalaciones sanitarias.

OMS/ONU (2018). Declaración Astaná. Conferencia mundial sobre Atención Primaria de la Salud

Es el último Acuerdo Internacional, se refuerza a la estrategia de APS como el camino y se compromete en pos de los Objetivos de Desarrollo Sustentable.

La Declaración de Astaná se realizó en medio de un creciente movimiento mundial para lograr una mayor inversión en atención primaria de salud, con el fin de alcanzar una cobertura universal de salud. Los recursos de salud se han centrado abrumadoramente en intervenciones hacia enfermedades individuales en lugar de en sistemas de salud sólidos e integrales, una brecha destacada por varias emergencias de salud en los últimos años.

Para resumir el apartado de las Leyes, el derecho a la salud es un derecho humano fundamental. El mismo está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las Constituciones de países de todo el mundo. Para comprender la importancia de promover este derecho se considera necesario explicitar a qué nos referimos cuando hablamos de salud, porque entenderla como un derecho implica analizarlo como una responsabilidad del Estado. El Estado debe garantizar el acceso a la salud.

El marco legal actual resulta suficiente para el reconocimiento de las diferentes cosmovisiones y la rica presencia de poblaciones originarias que habitan nuestro país, de la cual la Provincia de Salta alberga la mayor diversidad. Pero no se han podido concretar de forma efectiva, políticas públicas que permitan el cumplimiento de los derechos en salud. En lo cotidiano nos encontramos con políticas y servicios de salud regidos desde una concepción de salud biologicista, que no contempla factores históricos, culturales, sociales, económicos. A esto se llama Modelo Médico Hegemónico basado en la enfermedad más que en la promoción y prevención de salud. A diferencia de este modelo, las cosmovisiones ancestrales de los Pueblos Originarios en América son integrales, entienden a la salud como una construcción social, histórica y cultural, multidimensional (conformada por dimensiones físicas, psíquicas, sociales, sobrenaturales, espirituales y culturales) y determinada por factores económicos, políticos, sociales, culturales, religiosos, etc.

Por ello, la salud integral y el derecho a la salud se vinculan con las posibilidades de las personas de lograr un desarrollo pleno y una mejor calidad de vida.

En el sistema sanitario local es necesario, entonces, que se desarrollen procesos que tengan como punto de partida el conocimiento y reconocimiento de la realidad local, sus habitantes y cultura, y la noción de salud y enfermedad existentes en cada comunidad. Esto debería comenzar en los ámbitos de formación académica pre grado y continuar en la capacitación permanente de los equipos de salud.

Asimismo, la incorporación de personas de pueblos originarios como trabajadores de salud contribuye a una mejor accesibilidad y utilización del sistema sanitario y a la vez propicia cambios institucionales, que si bien son incipientes y no se constituyen como un diálogo de saberes, crean espacios de respeto y entendimiento.

El concepto de salud intercultural involucra el objetivo último de lograr un diálogo equilibrado entre el sistema de salud biomédico y los sistemas de salud propios de los Pueblos, respetando y manteniendo la diversidad, así como buscando formas de articulación capaces de garantizar los derechos que los asisten y den cumplimiento a la Consulta Libre, Previa e Informada para toda política pública y de investigación en salud que se pretenda para mejorar la salud de los Pueblos Originarios.

3.3 Comunidad Ava Guaraní / Historia

La Misión San Francisco se encuentra en el denominado “cruce de Pichanal”, ubicado en la intersección de las rutas 34 y 50 de la citada localidad en el departamento salteño de Orán. En dicho asentamiento conviven aproximadamente unos 7000 guaraníes, que suelen ser caracterizados regionalmente como “entreverados”, es decir, de filiación tanto Ava como Chané. La Misión fue fundada por el sacerdote franciscano Roque Chielli a principios de la década de 1970, conjuntamente con unas ochenta familias que habían sido desalojadas del paraje “La Loma” por las autoridades del Ingenio San Martín de El Tabacal. Allí funcionaba la antigua Misión San Francisco del Altozano del Tabacal, creada por el mismo fraile en el año 1938. Con la mecanización de la zafra, que se inicia en la década de

1960, la mayoría de estos guaraníes perdieron sus tierras y su empleo en el ingenio, y debieron migrar forzosamente hacia Pichanal (Bugallo, 2008).

Muchos de los guaraníes de la zona pueden ofrecer testimonios pormenorizados, que cuentan con un alto grado de coincidencia. La descripción de “La Loma”, nos da una idea de un espacio donde los guaraníes tenían cierta autonomía para el acceso a los recursos naturales a pesar de que la mayoría de los hombres trabajaba en el ingenio. En el sector conocido como “La Capilla” estaba instalada la antigua Misión. La aldea era de tipo circular y hacia el centro de un amplio patio compartido estaba instalada una capilla de madera, al lado de la escuela y de una cancha de fútbol. Detrás de las casas, que apuntaban al centro, cada familia tenía su siembra y sus animales. Sin embargo, a partir de la década de 1960 –o según algunos testimonios desde unos años antes–, comienzan las presiones por parte de la familia Patrón Costas, los propietarios del ingenio, para desalojar el predio aduciendo que las tierras les pertenecían. Para esa misma época comenzaron los despidos de trabajadores. Con el correr de los años la situación se volvió cada vez más violenta, llegando a las amenazas, las violaciones y a la agresión física, ejercida entre otros por el célebre “Pérez Fuentes”, una simba (nombre regional dado a los guaraníes “tradicionalistas”) que respondía a las órdenes de los propietarios. (Bugallo, 2008)

Llegó así un momento en que la situación fue insostenible. Entonces el fraile Roque Chielli les comunicó a sus seguidores que era necesario emprender la búsqueda de nuevas tierras para asentarse. Las gestiones realizadas por el franciscano y sus fieles, según nos contaron, llegaron incluso hasta el gobernador de la provincia de Salta.

El siguiente es un extracto de un testimonio grabado a una integrante de la Misión que presenció dichas reuniones:

El Padre Roque, un día tocó la campana como a eso de las 3 de la tarde, y nos dijo: “Yo quiero que ustedes me ayuden, vamos a buscar tierras porque no se puede vivir así”. Y los viejitos lloraban, porque no sabían dónde irse... Entonces agarró y me ha llevado a mí y a mi primo a Orán. Yo tenía 17 años, en el año sesenta. “¿Vos te animás a acompañarme?”, me dijo el Padre. “Vamos a buscar a Pizzetti, que tiene tierras para vender, hablémosle”. Luego habló con el Rotary Club, el Club Argentino, la Sirio-libanesa. Bueno y entonces nos han invitado, y han invitado al

dueño de estas tierras. Y fuimos. Y le dijo: “¿Para qué quiere usted para esta gente?, ¡Es mucho!, ¿Tiene plata?, ¡Para ellos tiene que ser una hectárea!”. Éramos 80 familias. “Y bueno, por lo menos cuatro, cinco, seis hectáreas” le dijo el Padre. “¿Pero usted tiene cantidad para comprar?, ¿Plata?”, ¡Era interesado el tipo! “Y sí, yo tengo un poco”, le dijo el Padre, “pero vamos a ver a los superiores míos y yo los voy a hablar”. Después ha aparecido otro hombre, otro finquero sería, porque yo en esos tiempos no sabía que gente, que son ellos, no sabía ni hablar castellano. Y ofreció donar tierras por el río Bermejo, pero es lejos del pueblo, para allá para San Agustín, para esos lados. Pero hemos ido, hemos limpiado las cuatro hectáreas y no se podía, es lejos del pueblo... ¡Hemos sufrido mucho!... Hasta que Pizzetti aflojó. Y teníamos que ir hasta Salta...yo no conocía la ciudad. El Padre nos dijo: “Tienen que ponerse la ropa típica”. ¡Hacía un frío!, ¡Descalzos!... Y entramos a la gobernación en tiempo de los militares, que nadie entra ahí. Y habló con el gobernador, sería. Y ahí ha conseguido. Y el gobernador ha llamado al dueño de estas tierras para que venda. Y ahí dice que le ha dado veinticuatro horas para que reúna la plata. Luego fuimos al convento San Francisco y el Padre habló con los curitas, los superiores de él serían. Yo sentía que lo retaban. Y después parece que le habrán dicho que sí y se volvió para acá... En el '68. Miren cuantos años. Del '58 al '68 son diez años que hemos sufrido. ¿Fuerte no? A lágrimas, llanto. Y bueno en el '68 ya hemos conseguido. Y miren de aquí hasta el ingenio cuantos kilómetros hay, como seis o siete. Y del ingenio para allá, hay como cinco. Son como doce kilómetros que hay que venir de allá para acá... ¡A pie! (Bugallo, 2008, p. 155).

Los relatos continúan explicando cómo fue el proceso de reinstalación grupal en Pichanal. Los trabajos de desmonte en las tierras adquiridas implicaron varios años de esfuerzo. Finalmente, en el año 1970, unas ochenta familias guaraníes terminaron de asentarse en este nuevo predio de la localidad de Pichanal, en el denominado “primer loteo”. Los integrantes de la nueva Misión San Francisco todavía recuerdan con lujo de detalles, y con mucho orgullo, la cantidad de trabajo invertido en su reconstrucción. (Bugallo, 2008).

3.4 Contexto Actual:

La Misión San Francisco cuenta con una población de 12.000 habitantes en 43 hectáreas y 1100 lotes. La situación de las familias es de marcada pobreza y exclusión social generada por un alto nivel de desempleo (índice de desocupación mayor al 40%) y/o subocupación. Esta situación se manifiesta en la falta de recursos económicos indispensables para satisfacer necesidades básicas, en alimentación, salud y vivienda. La exclusión social se presenta fuertemente en los jóvenes, con muy reducidas opciones laborales formales y restringido acceso a la educación superior, los jóvenes no tienen forma de proyectarse, por lo que el consumo problemático de sustancias adictivas se convierten en una salida recurrente. Por su parte las mujeres son víctimas de la violencia, el abuso y son empujadas a la prostitución, incluso a edades incipientes, resultando en embarazos adolescentes, el abandono de la escuela y lo que todas estas problemáticas conllevan.

En la comunidad conviven de la etnia Ava guaraní, kollas que provienen de Bolivia, wichis y criollos que provienen del chaco debido a la deforestación masiva en los últimos años. Tienen convenio con varias instituciones que trabajan allí como la UCA, UCASAL con la facultad de veterinaria en relación a la castración de los perros de la comunidad. Además, también trabajan con SEDRONAR, por el consumo problemático, son dos psicólogos que actualmente están trabajando y que van esporádicamente a la misión.

Como se mencionó anteriormente es una comunidad que atraviesa una situación compleja y esto se pudo corroborar en un trabajo realizado en el marco de las practicas pre profesionales socio comunitarias realizadas en el año 2020, en donde se pudo trabajar a través de una radio comunitaria, donde estas situaciones eran constantemente mencionadas por los actores sociales quienes describían a algunos miembros como “acostumbrado a los abusos en el trabajo, fiestero”, esto en referencia a la carencia en las condiciones laborales en las fincas o la falta del mismo, sumado a la problemática de los consumos, el cual genera preocupación debido a la corta edad a la que comienzan y los problemas de violencia que conllevan.

Otro problema, es la prostitución infantil y adolescente, esto ocurre por varios factores, el hecho de ser una comunidad pobre, vulnerable, y por estar ubicada frente al

cruce de Pichanal, en donde hay gran cantidad de camioneros y taxistas, además la mayoría de los niños no tienen “contención” en su familia por lo cual desde corta edad vagabundean en las calles, y asisten a comedores comunitarios de la zona, como “TEKOVE KATU” debido a la gran cantidad de niños que sufren desnutrición; este comedor comunitario quien recibe donaciones brinda alimento a más de 1200 niños.

METODOLOGIA

Anticipación de sentido

La presente investigación no cuenta con anticipación de sentido, ya que la misma será el resultado del estudio obtenido a partir de la inmersión en el campo y la consecuente recolección de datos. Al tratarse de una investigación cualitativa, las categorías surgirán a partir de los datos obtenidos por los diferentes instrumentos seleccionados. Sin embargo, a continuación se presentan categorías previas que complementan y guían la investigación.

Definiciones conceptuales y operacionales:

1. Categoría previa: Accesibilidad a los servicios de salud en la comunidad Ava Guaraní.

Dimensión:

- Accesibilidad a los servicios de salud:

Se presenta el desarrollo teórico de “la accesibilidad como proceso y producto. El proceso consiste en los elementos que convergen para cumplir con los objetivos de otorgar atención médica de manera oportuna. Como producto, es uno de los componentes de la atención efectiva. La accesibilidad por sí misma está supeditada a la conjunción de aspectos económicos, culturales, sociales, geográficos y de contexto. Más allá del derecho de las personas para recibir atención a su salud, de la disponibilidad de las instituciones y de los medios para lograrla”. (Sánchez Torres, 2015, pág. 82)

Sub-dimensiones:

- Accesibilidad física o geográfica: Se refiere a las distancias que existen entre los centros de salud y las personas, la conectividad, los medios de transporte disponibles para el usuario y el tiempo que le conlleva a este desplazarse de un lugar a otro. Un accidente geográfico podría ser una barrera que impida acercar los servicios a la población (Carbone, 2017). Es en este sentido que para Sánchez-Torres (2017), se convierte en un determinante del estado de salud de las poblaciones y de los problemas de accesibilidad; influyendo de manera importante

sobre las transiciones epidemiológica, demográfica y nutricional. Siendo un limitante para la integración política y económica perpetuando las inequidades y exclusión social.

- Accesibilidad organizacional o administrativa: relacionada con requisitos administrativos para la atención, y con la modalidad para obtener horas y horarios de atención
- Accesibilidad financiera o económica: está relacionada según Carbone (2017), a aquellos gastos que deban hacer las personas para acceder al servicio como por ejemplo el transporte, la pérdida económica en caso de ausentarse al trabajo por asistir al servicio de salud, gastos adicionales o la falta de recursos para afrontar dichos gastos constituirá una barrera para acceder al servicio de salud.
- Accesibilidad cultural: según Sánchez-Torres (2017), se refiere a la concepción de los beneficiarios del sistema, a fin de establecer si pueden o no ser considerados como aceptables por su destinatarios, esto es, los servicios deben calificarse como apropiados a las necesidades prioritarias y, por tanto, deben ofrecer asistencia de calidad (Sanchez- Torres, 2017). En este sentido se tiene en cuenta la escucha y el respeto por los tiempos o ritmos de las personas durante la comunicación en el proceso de atención sobre todo si se habla en un contexto de diferencias culturales, por lo que Ceriani (2015), determina como necesario el establecimiento del Dialogo Intercultural para favorecer la interacción entre diferentes poblaciones (profesionales de la salud-comunidades originarias) que también requiere de personal idóneo como enfermeros o agentes de la salud originarios de las comunidades, quienes puedan traducir al médico o profesional aquello que no entienda sobre la dolencia o necesidad de la persona, facilitando la comunicación y empatía durante el proceso de atención con estas poblaciones.
- Accesibilidad Simbólica: Para Comes et al, (2006) al definir accesibilidad desde la oferta, no se estaría considerando que los sujetos también construyen accesibilidad. Si se piensa que un posible problema en la accesibilidad a los servicios de salud, tiene que ver exclusivamente con la oferta, se estarían obviando las representaciones, los discursos y las prácticas de la población. Es por esto que dichos autores lo piensan como un problema de encuentro/desencuentro entre los servicios de salud y la población.

2. Categoría previa: Barreras de accesibilidad

Dimensión:

- Barreas de accesibilidad: Para Carbone (2017) y Comes et al, (2007), son aquellas que dificultan o se interponen en el acceso al sistema de salud. .

Sub-dimensiones:

- Barreras Geográficas: Se incluyen los limitantes geográficos como las distancias geográficas que imposibiliten el acercamiento de los servicios a la población por ejemplo un accidente geográfico, barrera construida por el hombre como una autopista (Comes, 2017).
- Barreras económicas Tienen que ver con limitantes económicos que impidan el acceso a los servicios de salud, por ejemplo falta de recursos para pagar el transporte o medicamentos (Comes et al., 2017).
- Barreras administrativas: Son limitantes del orden administrativo que impiden o dificultan el acceso a los servicios de salud como la organización de los servicios, horarios de atención o el sistema de entrega de turnos (Comes et al., 2017).
- Barreras culturales: son barreras que implican una diferencia y choque de culturas entre el personal de los servicios de salud y la población, implica una incompatibilidad entre los códigos y pautas de vida de las personas según el idioma, idiosincrasias, edad, genero, identidad de pertenencia, imaginario social y representaciones sociales entre los dos sectores mencionados (Ferrara, 1985; Lorenzetti, 2011, Comes et al., 2007).
- Barreras simbólicas: “En nuestra experiencia de trabajo y tomando palabras del Profesor Samaja1, la redefinimos como barrera simbólica en tanto consideramos que el imaginario social y las representaciones también pueden constituirse en barreras” (Comes et al., 2007, p. 202).

Nivel y tipo de investigación

La investigación cuenta con un enfoque cualitativo, ya que se centró en la búsqueda y recolección de información en una realidad determinada en un contexto específico: la localidad de Pichanal, y desde la el criterio de la Salud Publica en el Área Operativa (AO) II, la cual se encuentra en el departamento de Orán al norte de la Provincia de Salta, Argentina; buscando la interpretación y el entendimiento de los fenómenos, que puedan surgir en todos sus aspectos relacionados al planteamiento del problema.

Es así, que su interpretación se realizó de manera inductiva, teniendo como foco poder conocer el contexto y su población relacionada en profundidad. Para ello se utilizó recursos disponibles, para lograr una mayor inmersión en el campo y así poder responder a la pregunta de investigación generando nuevos conocimientos en relación a la accesibilidad a los servicios de salud en la comunidad Ava Guaraní.

Lo mencionado anteriormente direccionó el alcance de dicha investigación, ya que al no manipular ni controlar variables y al ser realizada en el ambiente natural de los/as participantes, la misma adquiere un carácter descriptivo, ya que se buscó generar información, sin modificarla, a partir de la población en relación a la accesibilidad a los servicios de salud en la comunidad Ava Guaraní.

Diseño de Investigación

Para determinar el diseño de la investigación, se parte del supuesto de que toda investigación cualitativa es única en sí misma y está sujeta a un contexto en particular; por lo que su diseño corresponde a la manera general de emprender la investigación. Como dice Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2006) “es más bien una forma de enfocar el fenómeno de interés” (p.686).

El diseño que se utilizó en este caso, es el de “Teoría Fundamentada”, la cual según Hernández Sampieri, Fernández y Baptista (2006) “utiliza un procedimiento sistemático cualitativo para generar una teoría que explique en un nivel conceptual una acción, una interacción o un área específica” (p.687). La misma es denominada “sustantiva” o de “rango medio” y está caracterizada por la relación que establece con un contexto o situación particular. Los datos que se obtuvieron de la misma poseen su propia riqueza de interpretación; es el mismo procedimiento el que concibe el entendimiento del fenómeno que se estudia.

Contexto y Período

El contexto en donde se llevó a cabo dicha investigación es en la Misión San Francisco, ubicada en la localidad de Pichanal, en el departamento Orán al noreste de la provincia de Salta, Argentina. Dicha localidad se encuentra a 202km de la capital salteña, se encuentra en el cruce de la Ruta Nacional 50 y la ruta Provincial 5 posee una importante actividad económica y se encuentra dentro del perímetro de la reserva de biosfera de las Yungas.

En la Misión San Francisco habita un importante grupo de comunidades originarias pertenecientes a la etnia Avá Guaraní, wichi, kollas y criollos que provienen de la región del chaco salteño. Esta comunidad se encuentra asentada aproximadamente desde los años 70, y cuenta con 43 hectáreas donde conviven, actualmente, alrededor de 12.000 habitantes, hoy ubicados en una zona periurbana.

La situación de las familias es de marcada pobreza y exclusión social generada por un alto nivel de desempleo (índice de desocupación mayor al 40%) y/o subocupación. Esta situación se manifiesta en la falta de recursos económicos indispensables para satisfacer necesidades básicas, en alimentación, salud y vivienda. La exclusión social se presenta fuertemente en los jóvenes, con muy reducidas opciones laborales formales y restringido acceso a la educación superior, los jóvenes no tienen forma de proyectarse, por lo que el consumo problemático de sustancias adictivas se convierten en una salida recurrente. Por su parte algunas de las mujeres son víctimas de la violencia, abuso y en ocasiones son empujadas a la prostitución, incluso a edades incipientes.

Desde el sistema de salud, la localidad de Pichanal pertenece al Área Operativa II que está conformada por doce sectores de APS (Programa de Atención Primaria de la Salud) y cuenta con un Hospital Base: Dr. Edgardo Bouhid, el cual pertenece al ámbito de la salud pública de la provincia de Salta, con un perfil de complejidad que corresponde al Nivel II de acuerdo a la clasificación establecida por el sistema, tiene distintos servicios entre ellos: medicina general, atención ambulatoria, internación, diagnóstico, medicina preventiva, servicio de psicología, obstetricia.

El periodo en que se realizó la recolección de información para la investigación es en el año 2022.

Participantes

Los participantes de la investigación fueron

- a. Personas viven en la Misión San Francisco y se autodenominen perteneciente a comunidad originaria Ava Guaraní, en la Misión San Francisco aproximadamente viven 12.000 personas.

Criterio de inclusión: personas mayores de 18 años que den su consentimiento informado, que se autodenominen pertenecientes la comunidad Ava Guaraní y que residan en la comunidad.

Criterio de exclusión: no participaran aquellas personas que no sean de la comunidad Ava Guaraní o no residan en la Misión San Francisco, y no firmen el consentimiento informado.

- b. Miembros del equipo de salud del AO II, Pichanal de la provincia de Salta.

Criterios de inclusión:

Tipo de personal: profesionales y no profesionales (técnicos, agentes sanitarios, administrativos, encargados de maestranza).

Tipo de actividad: con contacto con población perteneciente a la comunidad investigada

Lugar de trabajo: urbano/rural

Contexto asistencial: hospital, centros de salud, puestos sanitarios, atención primaria.

Criterio de exclusión: personal del equipo de salud que no dé su consentimiento informado.

Se utilizó un consentimiento informado mediante el cual podían aceptar o no participar voluntariamente, resguardando su identidad y con la seguridad que la información que se recolecte está bajo la normativa ética correspondiente del investigador.

Al contar con un enfoque cualitativo y teniendo en cuenta el planteamiento del problema, la muestra se centró bajo el concepto de saturación teórica, es decir que se recolecta información hasta que la misma se sature, ya que al tener dicho enfoque se rige por criterios teóricos de saturación y no por un número probabilístico, con lo cual no se busca generalizar información sino analizarla, describirla y lograr cierto entendimiento para generar una teoría mediante las distintas perspectivas y experiencias de los participantes.

Procedimiento de recolección de información

El procedimiento de recolección de información está basado en aquellos aspectos que fueron pertinentes para la misma investigación, como ser las distintas perspectivas de los/as participantes, sus experiencias de vida en relación a las percepciones y prácticas de accesibilidad de los servicios de salud de los miembros de la comunidad Ava Guaraní como de los equipos de salud del Hospital Dr. Edgardo Bouhid.

El procedimiento de recolección de información se llevó a cabo teniendo en cuenta distintas herramientas para la investigación cualitativa: observación participante, entrevista en profundidad y la bitácora de campo.

- Observación participante: “constituye el eje vertebrador del trabajo de campo en la cual se lleva a cabo la construcción del producto etnográfico”(Vasilachis, 2006. p. 124), metodológicamente hablando implica la combinación de diferentes técnicas constituyendo un método complejo y riguroso para llevar a cabo la investigación, sobre todo en el contexto en el cual se va a llevar a cabo la investigación una comunidad originaria, la cual posee particularidades propias del contexto y de los actores sociales. Su accesibilidad se llevará a cabo mediante la participación en el equipo de APS del A.O. y en la comunidad de la Misión San Francisco en sus percepciones y prácticas en cuanto a la accesibilidad a los servicios de salud, lo que facilitará analizar la información e interpretar aspectos teóricos para entrelazar la recolección de datos y responder a la pregunta de investigación.
- Entrevista en profundidad: “Es uno de los tres componentes más importantes de la investigación cualitativa” (Vasilachis, 2006. p. 29). La entrevista será una herramienta clave para el conocimiento de la trama socio cultural de la comunidad en relación a la accesibilidad a los servicios de salud, especialmente para profundizar en la comprensión de los significados y puntos de vista de los actores sociales a estudiar (Vasilachis, 2006). Es a partir de la entrevista, que permitirá generar la información ya que desde ella partirán las preguntas pertinentes a los objetivos de esta investigación, en el encuentro cara a cara con los actores sociales teniendo en cuenta las manifestaciones verbales y no verbales, registrando la información a través de grabaciones y anotaciones; para luego poder interpretarla,

analizarla y describirla. Previamente se contará con una serie de criterios para ayudar a recolectar el tipo de información adecuada para el análisis de los datos. Esto permitirá comprender las percepciones y prácticas en relación a la accesibilidad a los servicios de salud de la comunidad originaria como del equipo de salud del hospital. En un momento previo a la realización de la entrevista, los participantes firmarán un consentimiento informado, en el cual se aclara las condiciones éticas y legales del encuentro.

- Bitácora de campo: es un método en el cual se realiza un registro minucioso y riguroso de la información a través de la percepción sobre lo que la gente dice y como lo dice, anotando detalladamente cada característica y acontecimiento de la vida social con las impresiones y sentimientos personales del investigador (Vasilachis, 2006. p. 112). Esta herramienta resultará de utilidad ya que dichas anotaciones permitirán evitar confundir la percepción del investigador del contexto y la muestra. A su vez la bitácora de campo se complementará con la observación participante, para realizar luego el análisis de datos de manera más exhaustiva.
- Grupo focal: Debido a los horarios de los agentes sanitarios se decidió hacer grupos focales de discusión. Se realizó en el puesto sanitario de la Misión San Francisco, antes de que comiencen sus visitas sanitarias a las familias de la comunidad. El Grupo focal de discusión o Focus Group, es una técnica de las dinámicas de grupo, que se define como un grupo simulado y manipulable, convocado para que discuta y se expresen la confrontación de opiniones. Por lo tanto el grupo de discusión permite la recolección de datos o que aporten aspectos relevantes y comportamientos concretos (Hernández Sampieri, et al., 2006). Para Aigner (2002), el propósito de esta técnica es obtener información asociada a conocimientos, actitudes, sentimientos, creencias y experiencias con una profundidad que no sería posible obtener a través de la observación, entrevista personal o encuesta social.

Previamente a la recolección de datos, se le presentó a cada participante el siguiente consentimiento informado:

Consentimiento informado

Investigación: Trabajo Integrador Final

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: **“Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta”**

La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma: _____

Fecha: _____

A raíz de lo planteado anteriormente se presentará la guía con los tópicos con que contará la entrevista, partiendo de una dimensión macro a una dimensión micro con la finalidad de evitar un incremento de ansiedad que haya podido perjudicar la toma de la misma y el curso de la investigación.

Datos personales:

Edad:

Sexo:

Domicilio:

Personal del AO II:

Dimensión Institucional:

- Servicios que brinda el Hospital Dr. Edgardo Bouhid.
- Visita de los profesionales de la salud perteneciente al mismo
- Accesibilidad al sistema de salud (administrativa, simbólica, económica).
- Motivos de utilización del servicio de salud (personal, familiar y social)
- Percepciones y prácticas sobre la accesibilidad a los servicios de salud.
- Acciones sanitarias en las comunidades originarias.
- Practicas del equipo de salud del Hospital que faciliten/ limiten acceso a la salud dela comunidad originaria.

Vínculo equipo de salud- comunidad originaria:

- Relación/vínculo equipo de salud con las comunidades.
- Dificultades en relación/vínculo.
- Percepciones sobre la comunidad.

Miembros de la comunidad Ava Guaraní

Dimensión Socio-cultural:

- Pertenencia étnica
- Modalidad de vida (familiar, social, etc)
- Trabajo (formal, informal)

- Problemáticas existentes en la comunidad

Dimensión personal-relacional:

- Relación ante problemáticas con los profesionales de la salud.
- Salud / Enfermedad
- Acceso a los servicios de salud, experiencias.
- Percepciones y prácticas sobre la accesibilidad a los servicios de salud.
- Pensamiento/ expectativas sobre la labor del equipo de salud.

Así como en el desarrollo de la entrevista, los grupos focales necesitan mantener una estructura y organización tal que permita el funcionamiento y dinámica enriquecedora. Se trabajó con una guía similar de ejes para las entrevistas, y de igual forma que en las entrevistas fue grabado con el previo consentimiento de los participantes

GUIA GRUPOS FOCAL DE DISCUSIÓN (FOCUS GROUP)

Eje N° 1: Dimensión institucional

- Servicios: ¿Qué servicios brinda el equipo?
- Demanda: ¿Cuál es el servicio de salud más usado por la comunidad de la Misión San Francisco? ¿Cuál es el motivo?
- Percepciones y prácticas sobre la accesibilidad: ¿Qué impedimentos tiene el equipo de salud para la llegada (o trabajar) a la comunidad? ¿Qué facilidades tiene el equipo de salud para llegar o trabajar en la comunidad?

Eje N° 2: Dimensión relacional

- Relación/vínculo con la comunidad: ¿Cómo consideran la relación o vínculo de la comunidad con el equipo de la salud? ¿Por qué?
- Percepciones sobre la comunidad: ¿Qué percepciones tienen usted sobre la comunidad de la misión San Francisco?

Coreografía de Análisis

En la investigación se trabajó con la Teoría Fundamentada, dentro de la misma se eligió el Diseño Sistemático como manera análisis y abordaje de los datos que se recolectarán. Este diseño sistemático consta de una serie de pasos que permitirán un análisis de datos mediante una codificación abierta.

En un primer momento denominado “Codificación abierta” se revisó toda la información recabada obtenida a través de la observación participante, bitácora de campo y entrevistas, a partir de allí se generaron categorías significativas las cuales corresponderán a los ejes de la información seleccionados para poder entender la representación en estudio. Las categorías que resultaran de dicha codificación estarán divididas en sub categorías que contienen detalles de la misma categoría a la que pertenece.

En un segundo momento denominado “Codificación axial”, se seleccionó de manera abierta la categoría que se considere más importante, y de mayor relevancia para el proceso de investigación, que se designará como “Categoría Central”. De manera posterior se procedió a relacionarla con otras categorías. Se concluyó una vez que se logró un diagrama que muestre las relaciones que existen entre las distintas categorías.

El último momento se establece como “Codificación Selectiva”, en el cual se comparó el diagrama de categorías con el esquema emergente; a partir de esta relación surgieran hipótesis teóricas que serán de relevancia para escribir una narración en la que se vinculen dichas relaciones de categorías explicando así el fenómeno de estudio de esta investigación científica.

Análisis de datos

Para realizar el análisis de datos y lograr categorizarlos se tuvo en cuenta el diseño de la Teoría Fundamentada y sus elementos, como así también las herramientas con las que se trabajó para poder recolectar información: las anotaciones en la bitácora de campo, las conversaciones y entrevistas llevadas a cabo mediante la inmersión inicial y profunda en el campo.

La entrevista como una herramienta de recolección de datos, fundamental en este trabajo, fueron grabadas quedando no solo como un elemento concreto para el análisis sino como una forma de facilitar la lectura. En un primer momento se desgrabaron estas entrevistas, a partir de allí se llevó a cabo una lectura u análisis en profundidad de las mismas, lo que permitió comenzar a triangular los datos obtenidos con las anotaciones de bitácora y la observación participante y lograr categorizarlos.

Así una vez que dichos esquemas tomaron relación con los aspectos teóricos que fueron necesarios tener en cuenta para un mejor análisis, se comenzó a diferenciar las distintas categorías y sub categorías que emergieron de dicho análisis logrando de esta manera identificar los obstáculos, facilitadores, percepciones y prácticas. Todo esto en relación a la accesibilidad a los servicios de salud tanto del personal del Área Operativa O II y de los miembros de la comunidad de la Misión San Francisco. Las categorías que se desarrollaron son barreras: geográfica- económica, administrativa, simbólica- cultural, las problemáticas, facilitadores a la accesibilidad a los servicios de salud y percepciones y prácticas de la comunidad y del equipo de salud a los servicios de salud.

Accesibilidad del Sistema de Salud - Área Operativa II

La accesibilidad al sistema de salud es un concepto de utilidad teórica y práctica que constituye una prioridad para el sistema de salud, lograr el máximo nivel de accesibilidad para la población representa una de las principales preocupaciones de las políticas sanitarias (Sánchez-Torres, 2015).

La accesibilidad, corresponde a la relación entre los servicios de salud (Comes et. al, 2007), y la comunidad, que se manifiesta como proceso y producto, donde el proceso

tiene que ver con todos aquellos elementos que convergen para llegar a una atención y como producto a la atención efectiva, donde se presentan diferentes factores que influyen dicho proceso, como ser la posición geográfica en donde se encuentra la comunidad, los recursos económicos con que cuenta dicho sector, los recursos administrativos y por último los más significativos los factores culturales o simbólicos: las representaciones, discursos, prácticas, necesidades y cultura que tiene la comunidad sobre los servicios de salud y sus actores. Este último factor se destaca mucho más en la accesibilidad de la salud, porque se trata de una investigación sobre una comunidad originaria del interior de la provincia y el acceso a la salud se ve afectado.

La comunidad Ava Guaraní de la Misión San Francisco, se encuentra en la zona del “cruce” en la localidad de Pichanal, perteneciente al Área Operativa II, la cual cuenta con un hospital de nivel de complejidad II, cuatro puestos rurales y ocho puestos sanitarios, de los cuales dos se encuentran en la comunidad. Hay que destacar que la accesibilidad en la misma puede ser analizada desde muchos puntos de vista, por ser una comunidad originaria peri urbana.

Como se dijo anteriormente, al ser una comunidad originaria peri urbana se encuentra barrada por muchas cuestiones que no solo se refieren a su contexto socio cultural y geográfico sino también por las condiciones de la región sanitaria del Norte correspondientes al Área Operativa II, Hospital Dr. Eduardo Bouhid¹. Es una comunidad que esta compuesta por 12.000 habitantes aproximadamente, las calles son de tierra y está dividida en tres loteos. La situación de las familias es de marcada pobreza y exclusión social, con una alta tasa de desempleo y sub ocupación. Las viviendas cuentan con electricidad, pero no cuentan con gas natural o envasado por lo que algunas utilizan el fuego a leña para cocinar, algunos tampoco cuentan con servicios de cloacas por lo que tienen pozos sépticos. En las viviendas generalmente conviven más de una familia perteneciente a dos o tres generaciones.

¹ Cabe destacar que en los últimos años se cambió el nombre al hospital debido a que el nombre que lleva actualmente es a manera de rendirle homenaje a quien fuera el primer médico de pichanal por su larga trayectoria en salud pública, llamándose anteriormente Hospital Dr. Vicente Arroyabe

Para poder entender la accesibilidad a los servicios de salud en la comunidad, se exponen y explican los resultados de la recolección de datos llevados a cabo en esta investigación, como las barreras, facilitadores, percepciones y prácticas de los actores sociales.

❖ *Barreras*

❖ *Geográfica- Económica*

En primer lugar se debe tener en cuenta que el Área Operativa II, cuenta con un hospital cabecera de complejidad Nivel II, que solo dispone de atención ambulatoria y de emergencia (guardia) en consultorios externos, internación no diferenciada, laboratorio y radiología de rutina, si bien hace unos meses se implementó la atención de especialistas estos lo hacen una vez al mes y no alcanza a cubrir la demanda de la comunidad.

Esto representa un problema ya que no llega a una atención de tercer nivel, es decir no pueden acceder a especialistas como traumatología, cirugía, etc. Debiendo ser derivados o acudir por sus propios medios al hospital de Orán, el cual también no da abasto a cubrir las necesidades sanitarias de la región.

“los partos naturales acá. Y si son partos por cesárea allá en Orán porque no tenemos quirófano. Tener una terapia intensiva, tener profesionales, no tenemos muchos profesionales, no tenemos traumatólogo por ejemplo que se podría solucionar en un consultorio, no hay. Cuando tenemos esos problemas tenemos que viajar a Orán”
(Referente de centro comunitario).

“tenemos un hospital de referencia de alta complejidad, pero el hospital de alta complejidad está desbordado, hay especialidades que no hay y [...] la gente de Pichanal un poco que ya está cansada y un poco que no es cosa sencilla decir: “bueno me voy a Orán dos o tres veces por semana”, hay personas que son muy carentes de recursos con las cuales yo he tomado contacto por ejemplo estuve con caciques o referentes desde la zona de tres palmeras, nueva Jerusalén, de misión wichi, en donde ellos me dicen “es sencillo poder derivarlo a un paciente pero nosotros tenemos que salir al cruce, conseguir un remis” entonces ahí fallamos, ahí se pierde la consulta entonces que pasa, eso va en

detrimiento de la acción de lo que se debe concretar con ese paciente” (Gerente del hospital)

El tema de la accesibilidad geográfica es significativo, si bien el hospital de Orán se encuentra aproximadamente a unos 30 km de Pichanal, son distancias significativas cuando acontece una emergencia médica para los miembros de la comunidad.

“obvio lo primero que tendríamos que tener es un quirófano y los profesionales porque por ahí tenemos una urgencia hasta que llegamos a Orán, vos has visto a veces la gente muere ya... en el camino... pasó varias veces así con vecinos [...] una vez yo me acuerdo que iba acompañando a una compañera eh... hace muchos años iba acompañando a una señora que era amiga y en el transcurso desde que vamos hasta Orán, le hicieron la cesárea, el bebé ya había muerto en el vientre de la señora, cosa que si tendríamos un quirófano acá no ocurrirían esas cosas” (Referente de un centro comunitario)

Como se había mencionado anteriormente la comunidad Ava Guaraní de la Misión San Francisco está ubicado frente del cruce de Pichanal y el hospital se encuentra a más de 2 kilómetros de distancia, si bien en la Misión existen dos puestos fijos, ellos solo cuentan con el servicio de enfermería y con atención clínica una vez a la semana, y solo funcionan por la mañana, por lo cual si necesitan de atención médica de urgencia tienen que asistir al hospital, que por su distancia se debe tomar un colectivo o remis para llegar, y muchas veces no cuentan con recurso económico para poder pagar el boleto.

*“el hospital es lejos a veces tenes que ir a qué hora que se yo... para encontrar un turno”
(Agente Sanitario del puesto fijo en la misión)*

De igual forma la investigadora pudo observar en el puesto fijo que un anciano asistió para que le coloquen la vacuna antigripal ya que manifestaba estar resfriado y sentirse mal, las agentes sanitarios presentes le recomendaron que asista a la guardia del hospital para que lo atiendan y el manifestó que no iría ya que es “muy lejos” para él y que volvería al puesto fijo cuando se recupere para que le coloquen la vacuna.

Otro punto a tener en cuenta tiene que ver con la disponibilidad de ambulancias, son muy pocas con las que cuenta el Área Operativa para dar abasto a toda la comunidad en

general, esto es un punto de vista compartido no solo por los miembros de la comunidad sino también por el personal de salud.

“Quizás en cuanto a lo geográfico se dificulta, nosotros tenemos con respecto al parque automotor contamos con cuatro ambulancias de las cuales dos están en reparación, contamos con dos y una que... entonces muchas veces por la falta de recurso se dificulta la atención, igualmente logramos que se brinde la atención.” (Gerente de atención a las personas)

“Por el medio de transporte muchas veces la ambulancia no llega a tiempo o el hospital demora más y pide ayuda o tiene que pagarse un remis para ir al hospital. En cualquier momento cuando no está la ambulancia, lo que pasa es que hay tres ambulancias pero hay un solo chofer y tiene que estar las 24 hs, entonces hay una derivación y se va a Orán o a chaco y demora y se quedan sin ambulancia.” (Cacique de la comunidad)

❖ Administrativa

El acceso al sistema de salud también va a depender de una administración de la misma, es decir la burocracia para acceder de alguna forma a la salud. Este es un tema muy relevante, ya que en Pichanal la demanda sanitaria que existe es alta, en primer lugar debido a la cantidad de población y por el escaso recurso humano disponible en el hospital.

“nos falta el recurso humano tenemos 4 médicos de planta porque se nos jubiló hace poquito la Dra. T. eran 5 ahora son 4, que sería el Dr. R, el Dr. C, el Dr. Q y la Dra. M, ellos serían nuestros médicos de planta, el resto son contratados eventuales.” (Gerente de atención a las personas).

Desde la nueva gestión del hospital se intenta paliar la situación con la contratación esporádica de profesionales que acuden de manera mensual o semanal a través de convenios con otras instituciones, intentando dar respuesta a la demanda de turnos médicos y a la burocracia correspondiente para que la población sea atendida, pero igualmente no todos llegan a una atención efectiva.

“A veces vienen y madrugan y te dicen yo he ido y no conseguí turno, que ya se había terminado” (Agente Sanitario).

Como consecuencia, se observa que esto no es suficiente, debido a que muchas personas en la Misión quedan excluidas del sistema de salud formal, por una cuestión de accesibilidad económica o geográfica, derivando a procesos de auto atención o recurriendo a la “medicina tradicional” (Menéndez, 2003).

Si bien para Menéndez (2003), cada grupo incluye en sus actividades de autoatención, explicaciones, prácticas y productos que provienen de diferentes fuentes, es la biomedicina la que constituye una de las principales fuentes de lo mismo, ya que por un lado es ella la que promueve conductas autónomas en los pacientes como por ejemplo: aprender a leer glucosa en sangre y orina o auto inyectarse insulina; y es en estos procesos donde la gente se apropia y aprende por lo que el personal de salud y el medico enseñan más allá de la intencionalidad de hacerlo. Ahora bien el autor recomienda que se debiera impulsar una articulación entre los servicios de salud y el proceso de autoatención, para que se constituya en una estrategia central del SS.

*Claro pero después ellos nomas dicen “no... yo me compre esto y esto estoy tomando”,
“¿has ido al médico?” “no, me compre esto y ya me está pasando” (Agente Sanitario)*

“Pero a la única que la escuchamos siempre que vamos a la familia dice “ay no se estaba con diarrea, parece que es susto pero la lleve a la Manqui (curandera)” (Agente Sanitario)

*“No, no quiero molestar, muchas veces desde esa manera se recurre también a una
automedicación ¿no?” (Fray de la Misión)*

Otra cuestión es la administración organizativa y de comunicación entre los servicios de salud y la comunidad de la Misión. En ocasiones los agentes sanitarios desconocen días y horarios de la atención de los especialistas en el hospital. De esta manera la comunidad no accede a los servicios de salud de estos profesionales.

“Pero has visto... bueno... hoy día yo estaba observando de que en el hospital no saben nada nadie, nadie tiene información, los de estadística no saben, los de farmacia no saben si que medico va a atender o donde atiende...No sabíamos de médicos, doctores odontólogo donde atiende sabíamos, pero ahora como hay especialistas y cambian... cada mes es diferente el movimiento, no hay un dialogo, entonces nosotros mismos no sabemos qué día atiende el cardiólogo, porque no nos comunican” (Agente Sanitario)

“Es muy feo por ejemplo cuando uno sale y la gente nos pregunta, “¿quién atiende en el hospital?” “¿me puede decir si tal día atiende tal?”, Y yo me siento mal de decirle: no se”

(Agente Sanitario)

La falta de disponibilidad de profesionales médicos en los puestos sanitarios, los cuales van de manera esporádica, genera barreras en la accesibilidad en la población ya que muestran cierta reticencia para acudir al hospital y generalmente lo hacen cuando es una urgencia.

“Van cambiando los médicos entonces no hay un medico permanente todos los días y eso es una problemática. Al no tener un medico permanente la gente tiene que venirse hasta acá y es un problema porque la gente no se desplaza muchas veces, entonces cuando vienen al hospital es cuando ya vienen mal, y en el primer loteo es exactamente lo mismo”

(jefe de aps)

Uno de los sectores más afectados de población por la falta de profesionales y por la reticencia del mismo para acudir al hospital son las embarazadas, quienes representan una parte de la población más significativas en la Misión San Francisco.

“En las embarazadas nosotros tenemos nuestro objetivo es conseguir que sea MELON ósea médico- enfermería- laboratorio- odontología y nutrición, una embarazada con esos tipos de controles, pero por ejemplo estamos consiguiendo MEL, que es médico enfermería y laboratorio, porque por que el no tener odontólogo permanente o hacemos nutrición por un lado, no estamos haciendo médico es decir se complica para llegar a una control

óptimo para una embarazada” (jefe de APS)

“al no tener un médico permanente ahí, [...] la gente es pesada para salir o sale en lo último, muchas veces los agentes sanitarios (le) sacan turno... (y la gente) no viene y hay que andar o hay que ir a buscarlos... a veces en las chicas jóvenes el embarazo lo detectamos en el cuarto o quinto mes... ya tardío, entonces cuesta más el control” (jefe de

aps)

Como se mencionó anteriormente la falta de profesionales en el Área Operativa II, como barrera administrativa, obedece según se pudo determinar a dos factores principales,

que tienen que ver con las condiciones laborales: por un lado el contexto desfavorable y las condiciones de salario.

“¡Qué es lo que sucede!, ¿cuántos colegas quieren venir a trabajar acá?, pocos, ¿Por qué? Porque Pichanal y los lugares como estos tienen pocas cosas atractivas y nosotros no podemos entrar en la jurisdicción de la voluntad de la otra persona, el profesional va a decir “amigo ni loco voy a ese lugar” o el profesional va a decir “la verdad que me interesa la problemática voy me meto”, entonces vamos con la historia del “bueno” ¿no?, el que quiere venir a trabajar, bien, somos pocos, la demanda es terrible y la gente empieza a generar un reclamo de algo que escuchó que era un derecho (gesticula con los ojos) y entonces te empiezan a tirar, a tirar y a tirar... la guardia, el consultorio... y el cardiólogo y esto... y... “¿por qué no viene?”, entonces ese profesional tiene tres opciones: 1. Se va porqué se le quemó la cabeza 2. Se queda y se adapta al que me importa total aquí no me calienta nada, ni el sol, “nadie me va decir absolutamente nada porque nadie viene aquí”, o 3. Tener la buena voluntad de venir aquí de tener empatía con todo el hospital y la población y ver de qué manera podemos cambiar esa realidad”
(Gerente del hospital)

“Hoy en día vos sos médico y estás en un grupo de médicos que consiguen trabajo y entonces la hora guardia de acá de Pichanal, está muy por debajo del valor de Salta, “pero, ¿qué haces ahí?, venite a laburar con nosotros acá, si vos tenés una capacidad tremenda deja eso... que no sé qué” y en ese momento en donde uno está vulnerable dice “no renuncio y me voy”, así ha pasado con muchísima gente” (médico del hospital, 36)

“La verdad que es muy difícil tentar al colega a que venga a radicarse en esta zona, primero porque hay una alta demanda de lo que es trabajo y muchas veces se ve personal joven que aún no ha realizado la cuestión médica, no realizaron una especialidad, entonces trabajan un tiempo y luego se van a rendir una residencia a otro lado, por ejemplo, para seguirse especializando y luego no retornan. Ellos vienen trabajan, cumplen su guardia y luego se retiran”. (Gerente de atención a las personas)

Se considera importante destacar que muchas veces estas barreras no están al alcance de soluciones rápidas, ya que los recursos económicos también forman parte de esta problemática. La distribución de recursos en salud, hace que las diversas instituciones

jueguen un dinamismo en el que tienen que romper con lo protocolar, ya que a falta de recursos, hay que buscar soluciones rápidas. Esto quiere decir que los agentes de salud también se encuentran sumergidos en estas problemáticas, ya que hay casos en el que no se les proporciona los medios adecuados y ante ello deben buscar sus propias estrategias; las cuales rompen con el encuadramiento formal requeridos en los servicios de salud, sin embargo muchas veces es la única opción para intentar lograr una intervención y posible solución.

“Más lo más requerido y obviamente que los médicos de guardia, todas las especialidades están acá desbordadas por el simple hecho de que nosotros no tendríamos la obligación (énfasis en la palabra) de conseguir todas esas especialidades, ¿cuál sería la “teoría”? la teoría dice que nosotros debemos evaluar las patologías crónicas prevalentes más frecuentes y aquello que no podemos hacer” (Gerente del hospital)

“A veces vienen y madrugan y te dicen yo he ido y no conseguí turno, que ya se había terminado y hay veces que nosotros le sacamos el turno, ahí si hacemos bueno porque ya nos dicen ha visto?, entonces ya nosotros llamamos al alguien y le decimos que nos anoten un turnito, que ya fue y no encontró, por ejemplo, con la embarazada eso si hacemos por lo menos si o si porque tienen que ir al control...” (Agente Sanitario)

❖ *Simbólica - cultural*

En la accesibilidad a los servicios de salud, la cuestión simbólica y cultural es un tema relevante, sobre todo si se trabaja con comunidades originarias como en el caso de la comunidad de la Misión San Francisco, que a pesar de ser una comunidad peri urbana mantienen representaciones, discursos y prácticas propias de la población (Comes et al., 2006), que muchas veces implica una incompatibilidad de códigos y de pautas de vida con el personal de salud, es decir pueden convertirse en una barrera de accesibilidad si no se establece como menciona Ceriani (2015), un diálogo intercultural.

“Como guaraní la gente respetuosamente, respetan y si lo dejan para el último se va a dejar estar al último, y lo mismo pasa con los hermanos wichís que no hablan tanto tampoco, y a veces ellos están en un rincón a ver si alguien los ve o se (les) acerca y los hacen atender sino se quedan esperando hasta que los atiendan” (cacique)

Siguiendo el planteo de Comes et al, (2006), cuando se habla de accesibilidad no se habla solamente de servicios de salud desde la oferta, sino, también se tienen en cuenta las representaciones, discursos y prácticas de su población, en este caso las particularidades de la comunidad de la Misión San Francisco a la hora de recibir atención sanitaria.

“porque su visión cultural es mucho más... es como querer darle una motocicleta a un niño, son los recursos que los vamos a desperdiciar ¿Por qué?... porque nosotros los del “otro lado”, como ellos no dicen a nosotros, ni siquiera le hemos preguntado, ni siquiera nos acercamos a decirles “¿chicos, como quieren....?”, [...] y por ahí el tipo está pensando “pero si yo no te pedí esto, yo no quiero vivir así”, entonces ahí hay un error una falla de comunicación en los dos lados” (gerente del hospital)

Este planteo de una salud intercultural y de facilitadores como lo expresa la ley 7.856, es una necesidad que es demandada tanto por los miembros de la comunidad como por el personal de salud del Área Operativa

“volvemos... esta eso de la salud intercultural, que va a permitir que haya alguien que pueda acompañar y pueda decirle bueno preguntemos: “¿qué es lo que pasa? ¿Qué es lo que tenes?” y que le diga al médico: “¿bueno doctor que tiene tal persona?” (Fray de la comunidad)

“porque la persona no encuentra como llegar al lugar por desconocimiento, por falta de interpretación, por falta de voluntad no llega, por falta de turno, por falta de dinero y termina complicándose acá y ¿a dónde va a parar ese paciente?, a este hospital, entonces ahí hay una falla, yo siempre digo lo mismo, nosotros queremos ayudar a las personas que viven en todo Pichanal, nosotros debemos pensar en facilitadores” (Gerente del hospital)

Si bien las barreras culturales son algo que reconocen los actores sociales, muchas veces se termina expresando según Lorenzetti (2011), en frases del personal de salud donde los prejuicios emergen en expresiones de incomprensión por los conceptos de los usuarios en torno a la salud, que se perciben como elementos que entorpecen el servicio.

“yo personalmente no entiendo eso, no comprendo cómo pueden... la gente creo que no... no lo ve de la manera en que: “¡qué bueno viene alguien a curarnos!”, no, lo ve como:

“ah... viene este... a querer hacerse el dueño...”, a mí me dijeron: *“acá los de Pichanal somos bravos hay que ver si puede”* (gerente del hospital)

A lo largo de la investigación no solo se encontró elementos de falta de comunicación e incompreensión que producen choques culturales entre el personal de salud y los miembros de la comunidad, también en ocasiones, situaciones que han propiciado desde la resistencia al uso de los servicios, como se mencionó anteriormente, hasta casos extremos que llegaron a la confrontación, lo cual acudir a los servicios de atención aparece como fuente de tensiones y malestar psicosocial cultural.

“Bien uno de los médicos me decía que en la nueva Jerusalén con un cuchillo le decía que lo tenía que derivar a su hijo (gesticula con los ojos) “pero no... mira...” (gesto de amenaza con el cuchillo) “vas a derivar a mi hija si o si”, listo vamos a derivar a la hija si o si, entonces ya al segunda consulta vos vas así sonrisa de oreja a oreja, no vos vas y decís bueno derivo todo, yo que me voy a estar en medio de esta gente si yo vengo a trabajar y esta gente me saca un cuchillo ¿de que estamos hablando?, ¿estamos todos locos!, entonces porque pasa eso, por una falta de protección de las instituciones”
(Gerente del hospital).

Una de las respuestas que se encontró ante estas situaciones corresponde como menciona el Fray de la comunidad, a una reacción por la manera en la que se naturalizó el destrato histórico hacia la comunidad, esto resulta de importancia a la hora de poder analizar el acceso que tiene la comunidad a los servicios. Se debe tomar en cuenta sus voces, es decir sus pensamientos sobre aquellos que le brindan atención en la salud, de lo contrario, la accesibilidad se ve impedida ya que la relación que va a existir es perjudicada debido a la falta de comprensión de sus actores sociales.

“uno se cría en sistemas de maltrato en sistemas que ya vienen pre-establecidos ya o desde una cultura que tiene que corresponder a un peonaje porque hay un patrón [...]Con gente muy vulnerable, gente que nació golpeada, no le puedo decir dejen de golpear... tienen que tener un proceso para dejar de golpear, un proceso para reclamar sus derechos, tienen que aprender a tratarlos, no es como dicen “estos chahuancos, son brutos, no hacen caso no hacen lo que uno les dice”, ya eso es maltrato[...]” (fray de la comunidad).

“Paola (cacique) me decía... que muchas de las personas de ahí no van a llegar al hospital... por una cuestión de voluntad, no quieren y entonces me decía: “si ustedes quieren organizar algo con los referentes sería distinto porque ellos si van a llegar a los referentes”, y ahí entiendo, porque tiene que ver un poquito con la discriminación, con el resentimiento y tiene que ver con el miedo”. (Gerente del hospital)

Como se puede ver, el vínculo que existe entre los profesionales de la salud y la comunidad, lo consideran que se ve perjudicado por muchas cuestiones, que aluden al trato profesional, como a la falta de voluntad de la gente para hacerse valer como sujetos de derechos.

El modelo medico hegemónico (MMH), que predomina en los servicios de salud, tiene una concepción biologicista de la enfermedad, caracterizado por exclusión de la palabra del paciente, escasa inversión preventiva, una relación asimétrica medico paciente, la concepción del paciente como ignorante, único responsable de su enfermedad, donde su participación es subordinada y pasiva en las acciones sanitarias (Menéndez, 1998). A lo largo del análisis se pueden observar practicas correspondientes al MMH, que excluyen los factores económico- político- culturales para realizar las acciones sanitarias en la comunidad, es el mismo fracaso o limitaciones de este modelo que se llevan a cabo prácticas alternativas para asegurar la reproducción biosocial (supervivencia), como lo es la autoatención en la comunidad tema que se abordara con más detalle en lo sucesivo.

Otra cuestión que surgió a lo largo de la categorización tiene que ver con la territorialidad, para Ussher (2015), “el territorio es una construcción social a partir de la cual el espacio compartido adquiere sentido para una comunidad” (p.250). Es decir que los miembros de un loteo, (por ejemplo loteo 1) no dejan que otros miembros pertenecientes a otro loteo ingresen al suyo, lo que también limita el acceso a los servicios de salud, esto puede deberse a conflictos por la toma de tierras ilegales (asentamientos), que actualmente representa un problema ya que este hecho fue comentado por el consejo de ancianos a la investigadora en una reunión para tratar de subsanar el conflicto entre las comunidades de tres palmeras y la Misión San Francisco. Para Sosa Vazquez (2012), “en el territorio se despliegan conflictos, solidaridades, saberes y sentidos comunes, experiencias de vida, racionalidades, discursos, capacidades, intereses, proyectos (citado en Ussher ,2015, p.250).

La Misión San Francisco como territorio histórico, constituye un lugar que forma parte de la identidad de la comunidad Ava Guaraní, que no ha estado exento de problemas para ser adquirido como lo indica la historia del pueblo, es por eso que se ha dado un proceso de territorialización que “implica la apropiación simbólica cultural y el dominio de un espacio por una comunidad humana” (Ussher, 2015), por lo cual no sea de extrañar que cuiden su territorio de otros actores y la posible usurpación, aunque este tema puede ser estudiado en otra investigación con mayor profundidad.

“en el segundo loteo, tercer loteo... como que está muy delimitado, ellos me decían como que los espacios... el primer loteo no va a entrar al tercero y el tercero al primero o al segundo... viste como que hay un... está muy delimitado digamos no... este la barriada o la comunidad... yo por ahí tengo problemas de que vayan al centro integral comunitario del primer loteo la gente del tercero dice: “no mire yo no voy a ir porque...” (Psicólogo de la comunidad).

“estuve yo reunido en la comunidad de las tres palmeras en un centro comunitario y mira el detalle, yo le digo “pensé que nos íbamos a juntar en la nueva Jerusalén”, “no estamos peleados doctor” “no nos podemos juntar”, ahhhh... y ¿cómo vamos a plantear algo con esta circunstancia, como le voy a decir a esta gente que vamos a llevar kinesiólogo, ginecólogo a la nueva Jerusalén si su gente va a la nueva Jerusalén y son agredidos?” (Gerente)

A lo largo de la investigación, se intentó recolectar información sobre la relación existente entre las problemáticas, los profesionales de salud y la comunidad, con el propósito de intentar comprender parte de su accesibilidad y funcionamiento a nivel comunidad. Cabe destacar en primera instancia que la relación que existe entre la comunidad y los profesionales de la salud ante una problemática, esta mediada directamente por el Agente Sanitario, ya que es el actor que tiene ingreso a las familias de la comunidad, está preparado para identificar problemáticas de salud y para a buscar posibles soluciones con todo el equipo de salud. Otros intermediarios indirectos entre el sistema de salud y la comunidad son la cacique (mburuvicha) y los franciscanos, que son parte fundamental de la cultura e identidad de la Misión. Si bien existe un vínculo entre la

comunidad de la Misión con el personal de salud perteneciente al Área Operativa II, no es óptimo debido a las barreras expuestas anteriormente.

La ausencia de estado que tiene dicha área operativa perjudica a toda la población, esto coincide con las conclusiones de Sacchi et al, (2019), en donde la situación de extrema pobreza, la histórica postergación de la agenda pública en cuanto a la falta de políticas integrales, la falta de reconocimiento, valoración social de su cultura, produce un círculo vicioso de marginación y exclusión. En este sentido se hace apropiado hablar de inequidad en salud la cual “denota disparidades evitables e injustas, y expresa desigualdades innecesarias e indeseables desde el punto de vista político, en poblaciones humanas y sus colectivos” (Almeida-Filho, 2020).

❖ *Principales Problemáticas de la Comunidad Ava Guaraní, Misión San Francisco – Área Operativa II*

Para comprender las problemáticas de accesibilidad en la Misión San Francisco, se debe entender el contexto en el cual se recolectó la información, se debe tener en cuenta que se hace referencia a una comunidad de etnia guaraní con sus particularidades propias. Entender esto da la posibilidad de entender la problemática en el mismo.

Algunas de las problemáticas en la Misión San Francisco tienen su raíz de la extrema pobreza. La mayoría de los habitantes no poseen empleo formal, trabaja en el campo o de “changas”, esto limita su calidad de vida y en particular su salud.

“es una comunidad que es en cuanto a recurso financiero económico que tiene mucha necesidad por lo cual eso genera lo que es un círculo vicioso, ósea si uno tiene mucha necesidad económica, no presentan una buena base de trabajo una relación de dependencia laboral estable y eso va generando otros problemas... y muchas veces esos problemas desencadenan problemas en la salud, entonces aumentan con respecto a todo lo que implica los problemas de salud, o sea muchas veces vemos en la vivienda cuando hacemos visitas en domicilio por ejemplo muchos no cuentan con una cocina a gas natural ni mucho menos con gas envasado y tienen que recurrir a una cocina a leña, lo cual genera un riesgo para incendios para accidentes domésticos para intoxicación con monóxido de carbono por nombrarte una problemática, por la misma confección de la

vivienda en muchos lados no tienen lo que es el piso o el sanitario o no cuentan con agua potable lo que dificulta también la parte de salud, el acceso a la salud a condiciones de salud de salubridad se dificulta” (doctora, 27)

“Y por ahí bueno los padres, y ellos vienen y a veces no tienen, a veces vos vas a una casa y no tienen para comer y te dicen mira esta con fiebre y no tengo paracetamol y a veces decimos bueno voy a averiguar si hay en el puesto, y a veces venimos acá y no hay nada, y le preguntas a la enfermera si es que hay paracetamol algo para que lleven a la casa, Y a veces la mama no tiene ni para eso, O no lo compran” (agente sanitario)

Como se ha mencionado en el párrafo anterior, la pobreza conlleva muchas problemáticas de salud. La desnutrición en la comunidad tanto en niños como en adultos, es una de ellas, si bien esta problemática ha disminuido por acciones del sector de APS y por iniciativa de los franciscanos, con el establecimiento de comedores comunitarios (tekove katu), y acciones de ONG (fundación Pata Pila y Conin), no ha sido erradicada totalmente.

“antes teníamos muchas defunciones de niños y gracias a Dios en la misión no tenemos tanta, y a partir de que nosotros comenzamos a decir que vamos a trabajar con los niños que al menos tengan un plato de comida al día, por eso es un tekove katu² no?, hemos tenido mucha, no es que no hay, hemos tenido mucha mortandad infantil, no solo acá sino en el resto de Pichanal con todos los intendentes que pasaron antes teníamos un registro en 2005, 2006, en que cuando fue el problema de Tucumán por problemas de desnutrición que vino chiche Duhalde, no sé cuántos chicos eran, pero aquí hay más pero es una localidad no una provincia, Tucumán es una provincia con una población mucho más grande que Salta, bueno acá eran casos mucho más dolorosos, bueno, trabajar con esa falta de recursos con la gente, poder concientizar y que los sanitarios nos digan: “bueno a ver que niño necesita”, ahí empezó hace años, ahora está viniendo pata pila a la misión que es una asociación civil franciscana que está trabajando mucho en el norte, Tartagal, Dragones, Santa Victoria” (franciscano de la comunidad).

² Tekove katu (lugar de más vida) es creado con el fin de contribuir a la satisfacción de las necesidades nutricionales de los niños y madres de la misión san francisco, es coordinado y llevado adelante por 5 señoras voluntarias que frente a la necesidad de sus vecinos.

No solamente acontece la demanda por ayuda en cuanto a esta problemática, ya naturalizada no solo en la comunidad sino en casi todas las comunidades originarias del norte. Por la falta de acciones e incluso por los conceptos que se emplean para definirla.

“pero ¿por qué?, porque hay niños que hoy ya no se usa la palabra desnutrición, porque es una palabra lastimosamente que la política erradica, porque si hay un niño desnutrido, ningún político tiene que anotarse en una lista de campaña o buscar una reelección, si hay un niño que muere por desnutrición, si hay un niño con bajo peso como dicen ahora, porque ahora ya se usa “subalimentación” no está llegando a los niveles que necesita pero no está hablando de que es desnutrido, de que ese niño no tiene todas las herramientas, principalmente la comida, entonces lo que se trata desde acá, tenemos un abatirenda que a veces dos veces a la semana y a veces hay cerca de 300 personas yendo a buscar, especialmente los niños 5, 6 de la tarde tienen una fila de platos y tazas” (franciscano de la misión)

Otra problemática que se encontró en cuanto a la salud, son los casos de tuberculosis que han aumentado tanto en población adulta como joven, llegando a notificarse algunas muertes debido al abandono del tratamiento, sobre todo de los jóvenes. Esto se debe a una serie de causales, una de ellas es la malnutrición, en segundo lugar el consumo problemático, además esta enfermedad, atravesada por los determinantes sociales, simbólicos, culturales, es una enfermedad que discrimina y estigmatiza. Estas situaciones son determinantes para el abandono de tratamiento, produciendo co morbilidades y finalmente el empeoramiento del cuadro y la muerte en algunos casos.

“Ahora si... no quieren porque es fuerte la pastilla y ellos dicen o porque no tienen una buena alimentación entonces no la bancan mucho a la pastilla porque es fuerte... tiene que alimentarse bien pero bueno... vos has visto que ellos están con la droga con alcohol y entonces no se alimenta y claro que le va a costar también” (agente sanitario, 38)

“Era como un animalito, chiquito negrito, flaquito, así como un monito, yo me sorprendí y le pedí permiso para sacarle una foto, lo lleve al jefe de nosotros, lo hice ver y volvimos a hablar y no hubo caso, dijo que no... y después paso como... habrá pasado un mes más... yo estaba de vacaciones y cuando regreso ya había fallecido. Pero se luchó muchísimo por

él para que [...], rápido avanza el tratamiento para que se cure ósea.... Que ya es de ellos... voluntad de ellos... porque era alcohólico... tomaba mucho...” (Agente sanitario de la misión)

“Hasta el momento no hubo muertes, o sea lo que pasa es que no hemos tenido pero por ahí la tuberculosis lleva a que se agraven otras enfermedades y mueren por eso, sería una comorbilidad, hemos tenido casos de muerte, pero bueno la preocupación nuestra es que se curen y no sigan contagiando porque van a seguir apareciendo casos” (jefe de aps)

Los consumos problemáticos han aumentado de manera considerable en la misión, y por ende las situaciones de violencia y robo en la comunidad. Si bien existe un psicólogo perteneciente al Sedronar y otro al Área Operativa II, no llegan a cubrir la demanda, siendo necesario en algunos casos la derivación para un tratamiento, ante esta problemática en la ciudad de Orán, pero no se realiza un seguimiento y no se realiza un tratamiento efectivo.

“si en este momento a la noche voy a tener una reunión con los padres de los chicos que ya son muy crónicos en adicciones y yo tengo miedos porque ayer y antes de ayer ese chico han puñaleado ya a otra persona y entonces yo hablo con la familia, para que se hagan cargo de ese chico” (cacique)

“la problemática que más nos afecta acá en la comunidad son los chicos que tienen problema de adicción, por ejemplo están en el paco la pasta base también lo que es la bebida alcohólica y también nos preocupa mucho que hay mucho robo aquí en la comunidad...es de los mismos chicos que están bajo los efectos de la misma droga y que necesitan para seguir consumiendo y son los que entran a las casas para robar. Roban y venden para comprar más droga” (Referente comunitario de la misión).

Otra de las problemáticas que se encontraron a lo largo de la investigación tiene que ver con la violencia de género y la prostitución, junto a esto está asociado el aumento de casos de HIV y de nacimientos de niños con esta patología, por otro lado se demanda mayor atención psicológica, si bien existen psicólogo para la zona, no da abasto para la población que existe en la misión.

“que nos acompañe con el pedido a salud mental de psicólogos, le hicimos inclusive una petición a la Ucasal de una extensión si podían hacer el acompañamiento psicológico que

podría ser en dos formas, a las que acompañamos que la verdad que con el caso de Florencia (adolescente asesinada) la verdad que compañeras terminaron mal digamos entonces.... En esta necesidad de querer dar respuesta se sentía como frustrada y siempre es necesario y después a las víctimas y eso me parecía muy muy importante” (M, 38.)

“Hay otras enfermedades también... HIV hay mucho en la misión [...] hay menores también con HIV, chicos que nacieron así ya con HIV” (Agente Sanitario)

“Hasta nosotros mismos no sabemos cómo afrontarlo... o sea vamos a las casa y no somos psicóloga... [...] claro no tenemos un apoyo [...] te derivan, te derivan a Tinku Orán... pero...queda otra vez en la nada, [...] te regresan... regresan de nuevo... no hay continuidad... no hay un seguimiento en sí. No hay contención... [...] acá el único que anda ahora es c (psicólogo del hospital), pero él es uno y...hace mínimo [...] y hay un montón de casos en todo Pichanal, no solamente en la misión” (agente sanitario)

“no hay un control y eso genera hoy en día, porque la gente que vivió así toda su vida tapa sus problemas, lo tapamos con droga lo tapamos con alcohol, lo tapamos con violencia, lo tapamos con un montón de situaciones de violencia. Hasta había un casino que gracias a Dios se cerró porque los frailes intervinieron, porque nos pudimos meter y había una señora que venía con un catálogo y ofrecía a las niñas a las chicas Niñas, menores de edad o mujeres grandes, pero la cantidad de HIV que hay en el cruce y nadie lo dice, entonces el cruce como un foco” (fray de la comunidad)

Las últimas problemáticas mencionadas, salvo el consumo problemático, no se encuentran en la agenda de la salud ni política, no son reconocidas aun como un gran problema. Cabe aclarar que si fueron situaciones reflejadas por los agentes sanitarios, y miembros de la comunidad. Con respecto al HIV, el fray de la comunidad expreso que: cuando hay un modo de consumo atravesado por la pobreza, conlleva a otras problemáticas. Una de las problemáticas es la prostitución de jóvenes y menores de edad, en el cruce de Pichanal. Esta última problemática amerita una futura investigación de mayor profundidad.

“Por todo, cuando hay un modo de consumo hay dos o tres modos dando vueltas, donde hay una necesidad de consumir una piba posiblemente se prostituya, contraiga una enfermedad venérea, alguna curable, otra terminal, ese es un modo, después la otra

cuestión es el trabajo de la finca, mucha gente con tuberculosis, pero son cuestiones que pueden preverse, no puede ser que estemos en el siglo XXI y que estemos arrastrando una enfermedad como la tuberculosis, la perforación del pulmón, digamos que hay muchos casos de tuberculosis acá, eso es porque no haya una campaña de prevención, no se opte por una prevención sino por tratar el síntoma, cuando vos tratas el síntoma ya tenes que correr con la vida o la muerte.” (Fray de la comunidad)

La desnutrición al igual que los embarazos juveniles en la comunidad, si bien han ido disminuyendo no han sido erradicadas del todo, son factores que aún persisten, por su detección tardía o por falta de acceso debido a la falta de recurso.

También jovencitas porque muchas con 26, 28 años ya tienen 6, 8 hijos ve y bueno eso es la atención que nosotros queremos buscar llegar a esos temas para la ligamento y para eso algunos cirujanos o algunos ginecólogos no lo quieren hacerlo, así que ese es un problema grande si... (Cacique)

“Por ejemplo en las embarazadas nosotros tenemos nuestro objetivo es conseguir que sea MELON ósea médico- enfermería- laboratorio- odontología y nutrición, una embarazada con esos tipos de controles, pero por ejemplo estamos consiguiendo MEL, que es médico enfermería y laboratorio, porque por que el no tener odontólogo permanente o hacemos nutrición por un lado, no estamos haciendo medico es decir se complica para llegar a una control óptimo para una embarazada” (Jefe de aps)

Es así que después de haber llevado a cabo un análisis de los datos recolectados, con respecto a los problemas que existen en la comunidad de la Misión San Francisco, se puede deducir que existen aspectos que se deben tener en cuenta en la accesibilidad a los servicios de salud. La cultura, percepciones y prácticas, junto con las problemáticas existentes debido a factores geográficos, económico, etc; deben ser tenidas en cuenta por los profesionales de salud, ya que su desconocimiento, no solo afectan de manera directa a la comunidad, sino también impide abordar las intervenciones de manera eficaz.

❖ *Facilitadores a la accesibilidad al servicio de salud – Área Operativa II*

Dentro de los facilitadores encontrados a lo largo de la investigación se pudo conocer la importancia de los mediadores entre la comunidad y el Área Operativa II.

Principalmente encontramos a los agentes sanitarios, que por su cercanía diaria con la población, han creado un vínculo de confianza para conocer de primera mano las problemáticas y necesidades, por las cuales atraviesa la comunidad, a diferencia del profesional médico que por distintas razones, no se crea un vínculo.

“Y según como uno los trate, pero si gente muy educada, muy buena por lo menos yo [...] No somos rechazadas por ninguno, acá no [...], no es lo mismo como nosotros trabajamos, ponele que el medico a veces va solo a domicilio, no lo van a recibir así nomás, ponele que no haya una enfermera y ella no está y cae así nomás y no lo conoce no lo van a recibir, al agente sanitario sí. Porque muchos vienen... siempre vienen esos médicos... supuestamente a trabajar vienen y hacen tipo campaña digamos vienen, visitan un montón, pero tenemos que ir nosotras a la par para que lo reciban si no, no.” (Agente sanitario)

Otros mediadores son los franciscanos que residen en la comunidad, con los cuales han formado un vínculo histórico, ya que la comunidad nace gracias a la intervención del Fray Roque Chielli, hace más de 50 años, por lo que los franciscanos son parte integrante de la comunidad, como lo mencionó el consejo de ancianos durante una entrevista grupal. La tarea de los franciscanos promueve la existencia de redes comunitarias, para el desarrollo, fortalecimiento y cumplimiento de metas específicas de una comunidad (Montero, 2004).

“Nosotros somos guaraníes, pero también somos católicos” (M, 67, miembro del consejo de ancianos)

Esta comunidad marcada por ser un grupo social dinámico, histórico culturalmente constituido pero en constante transformación y evolución, está marcado por la afectividad, conocimiento e información que han generado un sentido de pertenencia e identidad social, lo cual les permitió y permite tomar conciencia de sí y fortalecer su capacidad de organizarse (Montero, 2004), es así como en la Misión se han ido gestando proyectos propios como un comedor comunitario “Tekove Katu” (lugar de más vida), espacios para estudiar “Yemboat + renda” (lugar de encuentro), centro comunitario para conferencias, punto digital “Arakuarenda” (lugar donde brota la sabiduría),etc.

Además, los franciscanos, no solo actúan de mediadores, sino también, buscan solucionar los problemas que acontecen en la propia comunidad. Trabajan sobre gestiones y convenios con otras instituciones para dar solución a las problemáticas. Al ser parte de la comunidad, son los primeros en identificar los problemas y realizar un trabajo en red con las ONG, personal médico, agentes sanitarios y referentes, para realizar las intervenciones pertinentes.

“Es que hay muchas fundación acá de los anticonceptivo, viene hay partes que hablan ha visto de los anticonceptivos preservativos, todos de los... es aparte del hospital, nada que ver, que trae el sacerdote, ósea que hay fundaciones que vienen acá, esta como para los niños hay fundaciones que vienen también que es pata pila?, eso también ves?, entonces por eso puede ser que no haya tanto riesgo o bajo peso porque hay fundaciones y le informa le habla a las madres de los anticonceptivos” (agente sanitario)

“Y cuando vienen de los anticonceptivos por ejemplo acá en la misión traen implantes solo para la misión hasta 24 años , porque el hospital solo es hasta los 19 el implante, no es más... bueno acá si se daba, venían y se encargaba igual la obstetra que es del hospital, ella hablaba quedaba de acuerdo con el padre, para ella poder venir a poner acá en la misión... y ahí es donde anotábamos a todas las chicas a las adolescentes, bueno a la que a veces es la que tiene muchos chicos o la que tiene problema que se yo con la presión o el que no quería... bueno la anotábamos y hacíamos lista de todos los sectores y mandábamos y la citábamos ahí... eso fue el anteaño pasado.. de ahí ya empezó a ponerse el implante y ahí era solo para la misión por eso es que ahora no se da muchos los embarazos... porque hay... si hay... pero no es tanto, pero están 20... 22... 19...” (Agente Sanitario)

Si bien estamos hablando de una comunidad atravesada por distintas problemáticas se debe reconocer que los facilitadores que en ella existen representan un potencial a fortalecer y escuchar para así poder mejorar la accesibilidad de la comunidad Ava guaraní de la Misión San Francisco. Retomando las palabras de Sacchi et al, (2019), es necesario problematizar los modelos actuales de atención para indagar sobre los valores, creencias, para tenerlas en cuenta como representaciones que atraviesan los procesos de atención y promoción en la salud.

❖ *Percepciones y prácticas sobre la accesibilidad a los servicios de salud de la comunidad – Área Operativa II*

Para lograr analizar las percepciones y prácticas que existen en la comunidad Ava Guaraní de la Misión San Francisco, sobre la accesibilidad a los servicios de salud, se indagó sobre los diversos significados que existen en aquellas experiencias que tuvo la población en el acceso al servicio de salud, como también de los pensamientos que les conlleva el mismo y por último, las expectativas que tienen del servicio que se brinda en el Área Operativa II.

- “¿entonces de quien es la culpa?, ¿de un sistema?”

A lo largo de la investigación con las entrevistas, la observación participante y la bitácora de campo, se puede decir que en primer lugar desde las experiencias en la accesibilidad de la mayoría de la comunidad de la Misión San Francisco, existe una demanda de mejora, correspondiente a la disponibilidad desde el modelo de Tanahashi (Hirmas et al., 2013, Carbone, 2017; Sánchez-Torres, 2017), como disponibilidad de servicios de especialidades, recurso humano, insumos e información para lograr una mayor accesibilidad.

Dentro de la demanda de mayor recurso humano, se encuentra la del psicólogo. Este último es una pieza fundamental para la salud mental de la comunidad, que al estar atravesada por problemáticas psicosociales (consumo problemático, situaciones de violencia, embarazo juvenil, etc.), ven como insuficiente la cantidad, el tiempo dedicado, y las problemáticas abordadas en la Misión, quedando muchas personas fuera de la atención efectiva. Este pedido se puede apreciar también dentro del mismo personal de salud, quienes al verse enfrentados a problemáticas tan complejas, como por ejemplo el consumo o continuar con un tratamiento como en el caso de la tuberculosis, en ocasiones no saben cómo proceder.

“que nos acompañe con el pedido a salud mental de psicólogos” (referente de la comunidad)

“también tenemos la atención de psicología, la verdad que hace un trabajo titánico porque bueno él está solo, y bueno el atiende en el centro de salud principalmente lo que es Misión uno y aquí lo que es consultorio en el hospital” (Gerente de atención a las personas)

“Hasta nosotros mismos no sabemos cómo afrontarlo... ósea vamos a las casa y no somos psicóloga...” (Agente Sanitario)

Otra cuestión tiene que ver con el contacto con el servicio, que han calificado como deficiente debido a la falta de implementación de la ley de salud intercultural, en donde el prejuicio hacia su situación social, a problemáticas como la territorialidad, etnia y modos de vida, malos tratos, han constituido una barrera para la atención.

“si yo no sé preguntar, en un medico la primer diagnóstico es lo que habla con la persona, después revisa, si no se lo que tiene por esto, y ayer volvió y hoy vuelve, tengo que intuir, bueno... pedile un análisis de rutina, ahora, si no hay recursos para hacer eso acá... deriva a la persona si no sabes, a Orán no la mantengas enferma” (Fray de la comunidad)

La ley de salud intercultural 7.856, la cual fue sancionada en 2014 y que aún falta reglamentar, tiene como uno de sus objetivos garantizar una atención médica adecuada y lograr la accesibilidad a la alta complejidad médica, facilitar la asistencia a los familiares en la derivación médica, ofreciendo contención social y sobre todo respetar los valores culturales.

Las críticas que realiza el fray a los servicios de salud se debe a que en ya hubo casos en los que las prácticas de los profesionales deben ser integrales y no solo centrarse en el síntoma de manera aislada, estas prácticas tuvieron consecuencias en dos casos relatados en los que una mujer perdió la vida y un hombre casi pierde la vida.

“el primero fue entre abril y mayo, con una chica que es R... buena mujer, trabajadora y nunca vimos que tenía un problema, lo único que vimos era que estaba muy flaca y empezó con un modo de descompensación, yo no estaba esos días, le digo que vaya a ver un médico del hospital, estuvo internada, y ahí es donde a mí me llama la atención, una persona llega y no te la reciben como tiene que ser, llega y si ves que la persona tiene un dolor de cabeza ósea no le vas a poner un calmante de entrada, cuando el sistema se va descompensando, quizás tengas que ver cómo está la persona íntegramente. Bueno, un día

calmante otro día calmante y entonces la internaron, estuvo internada, no le hicieron un análisis de rutina, lastimosamente le dan el alta, yo llego un viernes o un sábado, vienen ellos dos y me dice F: “hermano, R está muy mal, no sabemos que tiene, esta ida no entiende a veces, ya no puede abrir los ojos”, esta chica estaba muy descompensada y en esto de estar descompensada lastimosamente llega a un desequilibrio o... digamos en el cuerpo lo que sea... yo no sé de medicina pero por observación algo se; yo le dije ya vamos al médico, “decile que te reciba, cuanto tiempo estuvo... se le hinchan los pies que orina no orina, decile todo al médico, llórale al médico para que te reciba en oran” ... gracias a Dios la recibieron, la internaron... le hacen el análisis de rutina... queratinina 5,53 es muchísimo, automáticamente la médica dice “esto es para diálisis”, llego y la médica me dice: “no sabemos cómo esta chica vivió así tanto tiempo, no sabemos si esto vino con un problema de acá o un problema más viejo de infecciones mal curadas, no sabemos sus riñones no funcionan”, y otras veces nos ha pasado casos como este, R le ponen el catéter para diálisis y hace un ACV, tuvo muchos días y unos cuantos días que estuvimos acompañando, estuvo toda su familia, era una mujer luchadora, te lo juro porque en un momento dijeron que murió y no murió porque ese aparato que marca las cosas se apagó, entonces todo el mundo se asustó, hubo una crisis muy grande por eso y lo más feo de todo fue que ella siguió postrada en esa cama (solloza), después del ACV no nos supieron decir cómo iba a salir, ósea la R que conocíamos no salió, llego un momento que después se cortó, murió” (Fray de la comunidad)

“Tuvimos ya un segundo caso, casi muere este chico, va al hospital lo devuelven, va al hospital lo devuelven, todo con calmantes ¿no? Ahora a oran llega y le dicen habrán sido como las 20.00 de la noche, y le dicen “hay que preparar porque a las 21 entras a quirófano”, peritonitis, y sabemos que la peritonitis es mortal, un padre de tres cuatro hijos... esposo joven... gracias a dios no falleció, pero no tenemos que llegar a lamentar eso” (Fray de la comunidad).

Los servicios de salud deben abordar las problemáticas de manera integral, sin centrarse en una parte del cuerpo, sino en la totalidad de la persona, su historia de vida, sus necesidades, sus creencias; esto forma parte de la estrategia de APS (Ulivarri, 2019), la cual debe ser universal, integral y poner énfasis en la prevención y promoción de la salud.

Si bien los agentes sanitarios son el nexo entre la comunidad y el hospital, el vínculo con los demás servicios de salud se ha visto afectado por las situaciones anteriormente mencionada, derivando en negativas para asistir al hospital, automedicación, medicina tradicional o incluso llegando a mutuas situaciones de destrato.

El gasto excesivo que representa el acceso a un tercer nivel de atención para la comunidad, debido a sus escasos recursos, genera la necesidad de hacer hincapié en la prevención primaria.

“te sale muy barato cuando vos prevenís, porque lo que invertís en una diálisis que es cara, podés hacer un papeleo, charla, pasar por las escuelas, no sé, un trabajo [...] APS, atención primaria de la salud, que no es correr, que yo sé que los sanitarios hacen los que pueden los pobrecitos, gente que tuvieron riesgo, todo pero a mí me parece que si no se define cosas como esta: una salud intercultural, que se pueda implementar [...] yo apuntaría a ese lado porque creo que es apostar a la prevención antes que lamentar”
(Fray de la comunidad)

La corrupción estatal también es percibida como una de las causas de la falta de recursos en salud,

“pero si vos te pones a ver esto es algo que esta arrastrado que viene de estructuras municipales en las que esta gente como J, y que era de terror toda esta gente, son grandes terratenientes que estaban en quiebra, Y. estaba en quiebra y ahora es un terrateniente, j manejaba un 47 ahora tienen miles de tierras, que ahora gracias a dios se las han quitado, ¿entonces de quien es la culpa?, ¿de un sistema?...” (Fray de la comunidad)

- “medianamente hay un circuito que trata de hacer la accesibilidad”

En cuanto a las prácticas asociadas a la accesibilidad a los servicios de salud, como se describió anteriormente, la comunidad está atravesada por situaciones de marcada pobreza, desempleo y por ende marcadas deficiencias en su alimentación, estas situaciones llevan a que nuevas problemáticas afloren en la comunidad como el consumo problemático, el cual trae aparejado situaciones de robo y violencia, y prostitución.

Todas las situaciones comentadas, convierten a la comunidad en una población de alta vulnerabilidad social, por lo cual es posible encontrar situaciones de desnutrición infantil, tuberculosis, consumo, HIV, y embarazos adolescentes. A toda esa descripción se debe sumar que hablamos de una comunidad originaria por lo cual puede constituirse en una barrera de accesibilidad.

Como se mencionó anteriormente muchas personas quedan excluidas del servicio de salud por lo que en una primera instancia recurren a procesos de autoatención.

“Generalmente se curan así nomás, con la medicina ancestral, y si ve que no hay mejoría recién se van al médico. Cada familia tiene conocimiento y también hay personas específicas pero si cada familia tiene su conocimiento y últimamente como que hay más utilización, digamos ahora se está haciendo mucho con la hierba y lo ancestral, de nuevo se volvió a eso por ejemplo el tema que nos atacó mucho más ahora es el tema del dengue y la gente solamente se curó con, ellos te dicen “no vallas al médico porque no te va atender” y solamente con la hoja de papaya ellos te la buscan y... bueno hacelo así y te preparan” (Referente de la comunidad).

Para Menéndez (2003), la auto atención se refiere a:

“representaciones y prácticas que la población utiliza a nivel de sujeto y grupo social para diagnosticar, explicar, atender, controlar, aliviar, aguantar, curar, solucionar o prevenir los procesos que afectan su salud en términos reales o imaginarios, sin la intervención central, directa e intencional de curadores profesionales, aun cuando estos pueden ser referencia de la actividad de autoatención” (p.198).

Para Menéndez (2003), la autoatención constituye el primer nivel real de atención, que los grupos realizan respecto de los padeceres detectados, y esa actividad en un primer momento no incluye a un curador profesional, es decir no se llega en un primer momento al sistema de salud formal. Es decir que los padecimientos como las respuestas a los mismos, ya sea la automedicación o medicina tradicional como las curanderas, que generan representaciones y prácticas, que estructuran un saber, en todo conjunto social, para enfrentar, convivir, solucionar e incluso erradicar los padecimientos (Menéndez, 1994).

Para Menéndez (1994), la transformación en el proceso de salud/enfermedad/atención, constituye uno de los procesos continuos y necesarios para los grupos, sobre todo los que viven en condiciones de pobreza y extrema pobreza, como en la comunidad Ava Guaraní, que los obliga a desarrollar una variedad de actividades que posibiliten la reproducción biosocial. Es por eso que como se mencionó en la Misión se recurre en primera instancia a una combinación de medicina “tradicional” y automedicación, pero algunas de estas prácticas van a desaparecer con el tiempo ya que el conocimiento de la medicina tradicional a través del uso de hierbas o curanderos que “sahúman” o “rezan” como expresaron los entrevistados, van a desaparecer con el tiempo, ya que los que los realizan o tienen ese conocimiento han ido envejeciendo o muriendo.

Como una de las prácticas en cuanto a la accesibilidad se hace necesario nombrar que teniendo en cuenta estas problemáticas los frailes junto con referentes de la comunidad y ayuda externa como ONGS, el estado y empresas han realizado distintos proyectos y actividades que buscan mejorar la calidad de vida y salud de la comunidad, entre esas iniciativas se encuentra el comedor comunitario Tekove Katu (lugar de más vida), campañas de concientización sobre salud sexual, ayuda médica y nutricional que asiste a la comunidad en un intento de paliar las deficiencias en salud que existen, si bien estas ayudas han mejorado la calidad de vida de la población disminuyendo los casos de desnutrición infantil y embarazos juveniles, no han logrado ser erradicadas totalmente

“bueno bajo peso ya no tenemos...no tenemos la cantidad que era antes...hay embarazo precoz” (agente sanitario)

Si bien existe una iniciativa desde la propia comunidad por lograr aumentar la calidad de vida de las personas no se da abasto con la cantidad de población y con los recursos que tienen disponible, ya que no existe un apoyo desde el estado.

“[...] medianamente hay un circuito que trata de hacer la accesibilidad, pero bueno no hay todos los recursos para llegar a todo el mundo, sabemos que no somos municipalidad, pero no queremos estar dando una respuesta porque no tendría que existir si hubiese un sistema de salud que trabaje la prevención” (Fray de la comunidad)

La mayoría de la comunidad Ava Guaraní desconoce la ley de salud intercultural, sus derechos, también se detectó una posición pasiva frente a los profesionales, no hay una exigencia de la información de los servicios ni intervenciones que realiza el profesional

“hay una ley de salud intercultural que todavía no se reglamenta acá, hubo una sucesión de hechos que me llevan a pensar que a veces la realidad de la gente de la misión, de que la gente a veces no pregunta, no tiene pregunta puesta en para decir bueno va al médico, doctor esto. Nosotros decimos que los médicos son un poco ideólogos, te miran a los ojos y como que te hacen un recetario, me ha pasado llevando gente al hospital en estos últimos años, pero como que hubo una serie de situaciones que nos volvemos a replantear la buena atención o la calidad de la atención de servicio de salud mucho más en espacio público porque vos pagas y medianamente te atienden” (Fray de la comunidad)

❖ *Percepciones y prácticas sobre la accesibilidad a los servicios de salud de miembros del equipo de salud – Área Operativa II*

Para analizar las percepciones y prácticas sobre accesibilidad a los servicios de salud se tuvo en cuenta las voces de sus actores sociales, el personal de salud que se desempeña en el Área Operativa II de Pichanal. También hay que tener en cuenta que en abril de este año hubo un cambio de gestión, ya que asumió un nuevo gerente general y gerente de atención a las personas, y con ello se implementaron una serie de cambios como por ejemplo la atención de especialistas, y algunas modificaciones edilicias en el hospital.

El personal al cual se entrevisto trabaja en el Hospital Dr. Edgardo Bouhid, perteneciente al Área Operativa II, el equipo general de trabajo en el hospital está conformado aproximadamente por 136 personas entre profesionales, enfermeros, administrativos, agentes sanitarios y personal de servicios generales. Solo algunos agentes sanitarios pertenecen a la comunidad Ava Guaraní (dos agentes sanitarios pero que trabajan en otros barrios).

El hospital se encuentra deteriorado, sin embargo desde la nueva gestión intentan refaccionarlo y reacondicionar algunos espacios, como los consultorios, para mejorar su funcionamiento. Se cuenta con 4 ambulancias de las cuales solo dos funcionan. El personal

de APS en ocasiones debe facilitar algunos medicamentos desde su bolsillo a la comunidad ya que en ocasiones escasea.

La situación general de salud, con variados y graves problemas relacionados a la pobreza, y las dificultades que en ocasiones atraviesa el equipo de salud para resolver algunas de estas problemáticas, lleva al personal de salud a situaciones límite, y requiere de muchos esfuerzos personales que van más allá de los horarios o recursos disponibles, estas apreciaciones coinciden con la información de otras investigaciones llevadas a cabo en comunidades originarias de la provincia (Jockers, 2004).

- “Percepciones”

En primer lugar para algunos profesionales reconocen que la falta de recurso humano, las condiciones laborales, recurso económico de la población, la cultura de la misma, representan barreras para lograr una accesibilidad a los servicios de salud. Se podría decir “el que sistema de salud desarticulado, con recursos materiales disgregados y recurso humano desmotivado dividido y sin capacitación permanente, elemento imprescindible para trabajar con un criterio que supere el sentido común y la mirada asistencialista” (Ulivarri, 2015, p.11).

Al igual que la comunidad son los mismos profesionales quienes reconocen que son pocos para atender a la totalidad de la población, ya que el Área Operativa II, cuenta con solo cuatro profesionales médicos de planta y el resto son contratos esporádicos.

“Son 8 puestos a nivel urbano que por una cuestión que nos falta el recurso humano tenemos 4 médicos de planta porque se nos jubiló hace poquito la Dra. T eran 5 ahora son 4, [...] el resto son contratados eventuales” (Gerente de atención a las personas)

“Además del faltante de recurso humano nos obliga a brindar poca atención de la parte médica por ejemplo y también tenemos un faltante de lo que es el recurso de enfermería nos ha quedado muy chico nuestro hospital para lo que es Pichanal por como creció la población y mucho personal que se jubiló, después de la pandemia se jubiló mucho personal, son puestos que no se han cubierto entonces han quedado muchas zonas desprotegidas pero pasa en todas las áreas no solamente con la parte medica sino también con la parte de enfermería de agentes sanitarios...” (Gerente de atención a las personas)

La falta de recursos y en ocasiones medicamentos en los puestos sanitarios es algo que también perciben como un obstáculo para lograr la accesibilidad de la comunidad en general.

“Quizás en cuanto a lo geográfico se dificulta, [...] nosotros contamos con cuatro ambulancias de las cuales dos están en reparación, contamos con dos... entonces muchas veces por la falta de recurso se dificulta la atención, igualmente logramos que se brinde la atención” (Gerente de atención a las personas)

“Y por ejemplo no nos están mandando también medicamentos en los puestos, ósea que viene gente, no tenemos paracetamol para los niños, no están llegando. Y antes si mandaban las cajas, esas cajas (señalándome una caja con medicamentos bajo la mesa) son para los puestos y ahora no están llegando, si llega, llega re poquito” (Agente Sanitario)

Las condiciones laborales desfavorables, debido a una cuestión salarial y de contexto tanto por las condiciones como por el trato que a veces reciben por parte de la comunidad, son determinantes para que los profesionales terminen renunciando o desistan de trabajar en el Área Operativa II, según los propios profesionales.

“La verdad que es muy difícil tentar al colega a que venga a radicarse en esta zona, primero porque hay una alta demanda de lo que es trabajo y muchas veces se ve personal joven que aún no ha realizado la cuestión médica, no realizaron una especialidad entonces trabajan un tiempo y luego se van a rendir una residencia a otro lado por ejemplo, para seguirse especializando y luego no retornan” (gerente de atención a las personas)”

“después vos te vas a sentar a hablar con el doctor te va a decir “cuando yo vine venía con todas las ganas de trabajar, pero me denunciaron, pero esto, me sacaron un cuchillo, me quisieron golpear en la guardia, me basurearon””. (Gerente general)

“entonces la hora guardia de acá de Pichanal está muy por debajo del valor de Salta” (Gerente general)

- “Prácticas”

Los pocos profesionales que trabajan en el Área Operativa II terminan desgastados por el trabajo excesivo, los pocos recursos con los que cuentan y las quejas continuas de la comunidad en general

“es tal la demanda, que el asistencialismo pasa a tomar el primer lugar y la capacitación queda atrás, entonces cuando yo hago mucho asistencialismo me convierto en un autómatas y el autómatas hace, hace, hace” (Gerente general)

En ocasiones, el personal manifestó no comprender algunas conductas de la comunidad de la Misión San Francisco y de las demás comunidades originarias, sin embargo desde la nueva gerencia manifestaron que se intenta un acercamiento con los referentes para poder mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.

“yo personalmente no entiendo eso, no comprendo cómo pueden... la gente creo que no... no lo ve de la manera en que “¡qué bueno viene alguien a curarnos!” no, lo ve como “ah... viene este... a querer hacerse el dueño...” (Gerente general)

“estamos tratando con el Dr. D de generar ese vínculo, el hace poco se estuvo reuniendo con la comunidad de la nueva Jerusalén para tener en cuenta a las comunidades y brindar atención de acuerdo a sus necesidades, así que es importante escucharlas y eso es algo nuevo de esta gerencia. Ahora por ejemplo lo que queremos hacer con el Dr. D y esto te lo cuento es traducir todos los carteles del hospital en idioma wichi y en guaraní así que eso sería algo novedoso porque no lo tienen otros hospitales” (Gerente de atención a las personas)

Según los agentes sanitarios que trabajan en la Misión, el hospital ha trabajado anteriormente con la curandera de la comunidad brindándole sales de rehidratación, y es ella quien incluso notificaba a los agentes sanitarios, sobre el estado de salud de las personas que acuden a ella, o les recomiendan que asistan al hospital.

“Pero la Manqui, ella sabe que tiene que decirle que vaya al hospital, porque ella ya trató con el hospital también, trabajo con el hospital. Si... ella tiene sales y les da para el calor. [...]. Claro ella después dice “está mal, llévalo al hospital” ósea que ella también le

aconseja eso. [...] Y hay veces que ella lo avisaba, a veces nosotros pasábamos por ahí y nos veía con la chaqueta decía: “mira ahí hay un chico que vino mal, tiene esto míralo” no se... nos decía que vivía en tal parte y nosotros ya íbamos y decíamos de quién es ese niño dice que andaba enfermo, que todo eso o “esta flaquito”. (Agente Sanitario).

A pesar de existir indicios de una voluntad de mejora del sistema de atención por parte de la nueva gestión “todo esto ofrece un panorama de la salud pública como desarticulada, mercantilizada, deshumanizada, alejada de las poblaciones y sus necesidades; con un recurso humano que se siente desmotivado, mal informado y desprestigiado” (Ulivarri, 2015).

Conclusiones

Investigar sobre la accesibilidad a los servicios de salud de una comunidad originaria, implica en primer lugar reconocer el contexto en el cual está inserta, con todas sus complejidades y particularidades. Una de ellas son los valores, creencias, prácticas y percepciones que poseen, ya que estas varían según su etnia, características geográficas, y región sanitaria en la cual se encuentre inserta.

La Misión San Francisco, se encuentra ubicada en el Área Operativa II, es una comunidad de origen Ava Guaraní, es la única comunidad aborígen periurbana con un territorio delimitado y está compuesta por 12.000 habitantes. Con respecto a las barreras geográficas, el Área Operativa II cuenta con el hospital Edgardo Bouhid, de complejidad nivel II, por ello la población para acceder a una atención de tercer nivel, debe viajar por sus propios medios hacia el hospital del Orán, y muchas veces no cuentan con los recursos económicos para hacerlo. Incluso el mismo hospital Edgardo Bouhid representa una distancia considerable para los miembros de la comunidad.

Las barreras administrativas que se encontró en la investigación, están relacionadas con la falta de recurso humano: como personal médico, enfermeros y agentes sanitarios. La falta de personal y la distancia, además de la posibilidad de no conseguir un turno, influyen para que la comunidad demuestre alguna resistencia para acudir al servicio sanitario, solo haciéndolo cuando es una urgencia. La falta personal sanitario afecta también al grupo de mujeres embarazadas quienes solo acceden a los servicios de medicina, enfermería y laboratorio; esta carencia en personal se debe según el personal médico a dos cuestiones: un contexto desfavorable y oferta salarial baja en comparación con la capital de la provincia, lo cual como se mencionó en los fragmentos de la entrevista el personal se afronta a tres posibles situaciones, relacionadas con las posibles salidas al contexto de trabajo en el cual está inserto el profesional médico debido a la complejidad de problemáticas que atraviesa su trabajo que termina desgastándolo, la primera es renunciar al trabajo y la segunda tiene que ver con habituarse y naturalizar las situaciones, ya que existe una percepción de una falta de control del sistema sanitario, es decir seguir trabajando con escasos recursos, salarios bajos, las problemáticas debido a la falta de diálogo intercultural, falta de inversión en recursos para el sistema sanitario o como opción de tener “empatía” con el hospital y la

población y tratar de cambiar la situación, se observa que no se reconoce la carencia en formación intercultural en su trabajo ni que esto represente un problema para llevar a cabo su trabajo.

Desde la nueva gestión gerencial se intenta dar respuesta a la necesidad de profesionales con la contratación esporádica de nuevas especialidades, pero de igual forma muchos sectores no pueden llegar a una atención efectiva, derivando en procesos de autoatención. Se observa una falla en la comunicación entre los servicios de salud y la comunidad de la Misión, debido a que en ocasiones los agentes sanitarios desconocen días y horarios de la atención de los especialistas en el hospital, sin poder informarlo a los miembros de la comunidad.

En la investigación se recolectaron datos que dieron cuenta de la accesibilidad cultural, la cual es considerada como una barrera tanto por miembros de la comunidad como por el personal de salud, quienes han sido testigos de desencuentros debido al choque de representaciones, discursos y prácticas entre ambos. En algunas situaciones puntuales relatadas, acudir a los servicios de atención aparece como fuente de tensiones y malestar psicosocial cultural, tanto para los miembros de la comunidad (por sus peleas internas) como para los profesionales de salud.

Las problemáticas en la comunidad surgieron como categoría importante a tener en cuenta durante el análisis de datos, muchas de ellas están relacionadas con la extrema pobreza y el desempleo. Esto genera que su salud se vea afectada por falta de recursos económicos, principalmente su alimentación; históricamente la desnutrición ha sido un problema importante, si bien disminuyó con la implementación de comedores comunitarios y el trabajo del sector de APS, continua vigente. Dentro de las enfermedades con mayor prevalencia fueron mencionadas enfermedades de las vías respiratorias como la tuberculosis, con casos de abandono de tratamiento, enfermedades oncológicas, y enfermedades venéreas como HIV.

Algunos resultados en cuanto a problemáticas coinciden con varios autores (Menéndez, 1994, Sacchi, 2019; Ceriani, 2015; Lorenzetti; 2011, Jockers, 2004), los cuales encontraron que en las comunidades originarias, presentan mayor tasa de mortalidad en general, y además, son los que poseen peores condiciones de infraestructura sanitaria, que

condicionan el surgimiento o mantenimiento de toda una serie de padecimientos infecto contagiosos considerados como “evitables”, en términos de mortalidad, ya que la mayoría son erradicables por la tecnología biomédica y tecnologías sociales existentes, haciendo alusión a la reflexión del Fray de la comunidad sobre la tuberculosis en pleno siglo XXI, asimismo otras investigaciones realizadas a nivel internacional encontraron problemáticas y barreras similares (Dell’Arciprete et al., 2014; Davy et al,2016; Nguyen et al,2020; Thummapol et al, 2020).

En este sentido la comunidad resalta la importancia del rol del psicólogo y la falta de mayor personal en esta área, ya que la comunidad solo cuenta con dos profesionales, y no alcanza a cubrir la demanda. El trabajo comunitario del psicólogo es requerido según sus propios actores para acompañar en las problemáticas como el consumo problemático, violencia de género, y prostitución. Aquí queda demostrado la importancia del psicólogo comunitario en la promoción y prevención de la salud comunitaria. El desconocimiento de las problemáticas y barreras de accesibilidad debido a factores geográficos, económicos, culturales, etc., deben ser tenidos en cuenta por los profesionales de salud para garantizar el acceso al sistema de salud.

Los agentes sanitarios, los monjes franciscanos y referentes, por su cercanía con la comunidad, han desarrollado un vínculo de confianza que les permite conocer las problemáticas y necesidades en la Misión. Los franciscanos son quienes articulan el trabajo en redes con ONG, referentes y personal sanitario, para resolver las problemáticas. Estos actores sociales se constituyen en facilitadores a los servicios de salud, que deben ser tenidos en cuenta para mejorar la accesibilidad.

Respecto a las percepciones y prácticas de la comunidad a los servicios de salud, existe la demanda de mejora de los servicios de salud, con mayor recurso humano, insumos, información y mayor comunicación entre el Área Operativa con la comunidad. Dentro de las demandas de mayor recurso humano destaca el del psicólogo, ya que no da abasto para cubrir la demanda de atención en la Misión, resultando como un eje importante en la promoción de la salud comunitaria.

La necesidad de la implementación de la ley de salud intercultural junto a facilitadores, no solo es demandada por la comunidad sino también por el personal

sanitario. Además según los entrevistados es necesario fortalecer la atención primaria en la prevención y promoción de la salud ya que resulta “más barato” prevenir que curar, sobre todo en las comunidades originarias donde el recurso humano y económico, es escaso. Una subcategoría que emergió fue la corrupción, que es percibida como una causal del actual funcionamiento con las falencias que tiene el Área Operativa, en este sentido Torres Aliaga y Torres Secchi (2008), señalan que la permanente corrupción en el manejo de la salud aumenta la brecha existentes en las comunidades, resultando en una cobertura de la salud estratificada, fragmentada desde una lógica de asistencia y no de derechos (p.112).

Los miembros del equipo de salud del Área Operativa, coinciden con los miembros de la comunidad en sus percepciones, que se hace necesario aumentar el recurso humano, ya que el poco recurso humano con el que cuenta el hospital termina desgastado debido al trabajo excesivo que no abasto para la población, los pocos recursos con los que cuentan y las quejas continuas de la comunidad en general. Si bien de acuerdo al personal en ocasiones no comprenden las conductas de la comunidad, desde la nueva gestión se intenta un acercamiento a la comunidad para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.

De esta manera se puede apreciar que en la comunidad Ava Guaraní de la Misión San Francisco existen barreras de tipo geográfico, administrativo, económico y cultural. Se puede decir que en el Área Operativa II, predominan las políticas y servicios de salud regidos desde una concepción de salud biologicista, que no contempla los factores históricos, culturales, sociales y económicos de la comunidad.

También es de suma importancia, que se pueda implementar la ley de salud intercultural, que busca el objetivo de llegar a un dialogo entre el sistema de salud biomédico y los sistemas de salud propios de los Pueblos, respetando y manteniendo la diversidad, articulando formas de garantizar los derechos de la comunidad a la salud.

Se hace necesario desarrollar en el sistema sanitario local procesos que tengan como punto de partida el conocimiento y reconocimiento de la realidad local, sus habitantes, cultura y la noción de salud y enfermedad existente en cada comunidad. Esto debería comenzar en los ámbitos de formación académica de pregrado y continuar en la capacitación permanente de los equipos de salud, sobre todo en la Provincia de Salta, que posee la mayor cantidad de pueblos originarios del país. Como plantea Martín Baró (2006),

“Si como psicólogos queremos contribuir al desarrollo de los países latinoamericanos, necesitamos replantearnos nuestro bagaje teórico y práctico, pero replanteárnoslo desde la vida de nuestros propios pueblos, de sus sufrimientos, de sus aspiraciones, y luchas” (p.11). La Psicología ha aceptado el encargo de dedicarse a interpretar individuos o hechos sociales desde paradigmas establecidos, lo cual muchas veces ha puesto los lentes de la teoría hegemónica existente. Por ello, una primer tarea pasa por permitirse comprender, desde una mirada empática, respetuosa de las diferencias culturales, atenta a la multiplicidad de valores sociales y éticos (sin caer en el relativismo donde “todo vale”). Desde esa mirada ética, respetuosa y comprensiva, cuestionar el orden de lo dado. Que los problemas se construyan desde la práctica y no desde una coherencia teórica que deje de lado la vida. Hay mucho para hacer en la producción de teoría. No forzar teorías legitimadas de otros tiempos y lugares

En este sentido cobra importancia la intervención del psicólogo comunitario, ya que desde esta perspectiva (Montero, 2004), aporta desde su práctica a la participación, que tiene que ver con hacer partícipes a terceros de hechos o acontecimientos y con informales o introducirlos en alguna forma de conocimiento o acción, en este caso para ejercer su derecho a la salud.

Recomendaciones y Sugerencias

Si bien en el marco legal resulta suficiente para el reconocimiento de las diferentes cosmovisiones y la presencia de las poblaciones originarias del país y de la provincia, esto no se ha podido llevar a cabo, ya que se necesita concretar de manera inmediata políticas públicas que permitan el cumplimiento de los derechos en salud.

El trabajo que se realiza en Salud Pública, y desde luego en el área de la salud mental, requiere de una preparación cuando se trata de un contexto intercultural. Por ende es necesario que en el sistema sanitario local, se desarrollen procesos que tengan como punto de partida el conocimiento y reconocimiento de la realidad local, de sus habitantes y cultura. Se recalca que debería comenzar en los ámbitos de formación académica de pre grado, posgrado y continuar en la capacitación permanente de los equipos de salud, enfocado en la interculturalidad ya que muchas veces se piensa la comunidad originaria como homogénea y estática, sin embargo en su interior y una vez que se logran establecer vínculos de confianza, se pueden observar diferencias lo que demarca la heterogeneidad en su interior; es necesario partir de esto para lograr intervenciones que posibiliten el cambio.

También es importante resaltar la incorporación de personas de pueblos originarios pertenecientes a la misma comunidad, como trabajadores de salud algo que contribuirá a mejorar la accesibilidad y utilización del sistema sanitario, ya que son los mismos actores sociales que por pertenecer a la comunidad se convierten en facilitadores ya que conocen de primera mano las necesidades, problemáticas y un nexo entre el sistema de salud y la comunidad.

Es así que la accesibilidad se vuelve fundamental en un contexto así, ya que se necesita de recursos para poder lograr acuerdos institucionales que estén comprometidos a lograr intervenciones sobre aquellas problemáticas que se presenten. Fomentar los vínculos de acuerdo a los factores de protección y prevención es una posibilidad de intentar equilibrar una dinámica que permita intervenir adecuadamente.

Se destaca la labor de los profesionales en el contexto de la investigación, ya que a pesar de la falta de todo tipo de recursos, intentan llevar a cabo una planificación e intervenir de la mejor manera posible, y con la nueva gestión gerencial se ha promovido un

acercamiento a los miembros referentes para escucharlos en sus necesidades. Trabajar en contextos interculturales, es una labor que demanda mucha vocación y tiempo; a su vez se recomienda intentar planificar pasantías mediante convenios con distintas universidades, siendo este un recurso más para promover procesos de aprendizaje para futuros profesionales, como así también intervenciones comunitarias que beneficien a la población.

Referencias Bibliográficas:

- Abeledo, S., Acho, E., Aljanati, L. I., Aliata, S., Aloí, J., Alonso, M. F.,... & Weiss, M. L. (2020). Informe ampliado: efectos socioeconómicos y culturales de la pandemia COVID-19 y del aislamiento social, preventivo y obligatorio en los Pueblos Indígenas en Argentina-Segunda etapa, junio 2020. Recuperado de <https://rephip.unr.edu.ar/handle/2133/18373>
- Aignerren, M. (2002). La técnica de recolección de información mediante grupos focales. *La Sociología en sus escenarios*, (6). Recuperado de <https://revistas.udea.edu.co/index.php/ceo/article/view/1611>
- Almeida-Filho, N. D. (2020). Desigualdades en salud: nuevas perspectivas teóricas. *Salud colectiva*, 16, e2751. Recuperado de <https://www.scielo.org/article/scol/2020.v16/e2751/es/>
- Bergagna, A., Carrizo, K., & Sacchi, M. (2012). La dimensión intercultural en salud: experiencia en la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Autónoma de Salta, Argentina. *ISEES: Inclusión Social y Equidad en la Educación Superior*, (11), 123-134. Recuperado de https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4421619.pdf&hl=es&sa=T&oi=gsb-ggp&ct=res&cd=0&d=10585983194217016878&ei=lv0zYuyFJf6Gy9YPxP6zyAg&sig=AAGBfm2SdeIZsTfQqilUPaLJUW--W8dKlg
- Bugallo, N.P. (2008). Historia, memoria y pasado reciente entre los guaraníes de la Misión San Francisco (Pichanal, Salta): una aproximación. *En: Pablo Sendón y Diego Villar (Eds.), Al Pie de Los Andes. Estudios de Etnología, Arqueología e Historia*. Recuperado de https://www.academia.edu/38098185/HISTORIA_MEMORIA_Y_PASADO_RECIENTE_ENTRE_LOS_GUARANÍES_DE_LA_MISIÓN_SAN_FRANCISCO_PICHANA_L_SALTA_UNA_APROXIMACIÓN
- Calatayud, F. (1997). Introducción al estudio de la psicología de la salud. *Sonora: Editorial Unión*. Recuperado de <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/33101556/salud-with->

[cover-page-v2.pdf?Expires=1661485379&Signature=ICSGrwJ5q~Ae2gbazg8l4nD4AwbwSEl0qdSKzfoXqbcwK-xqrkfCTbLvW1VrLli2Kz7dQs7ldGX2IODc8bPAqca4KoIM1uQTylIENq1G0jQN6xI5D~EBztd12TxieMpGDsSwnTzhty~DDhv~1InZPIQIXAL3FSH9yfTkNLyaONdiSpHNrQfB9KeMRfkSL612vKULrKbVoLuVqsgBnvdxUhVXuVwwtggZSxG~1tbgvCX5deoRmxwOz4hHquXHpyI7HAK8GIWHkIleyk8M6DIgD6RUQxdOYZpulKko88gAHtjNJU9HtfPRXbg1ywL~sgRiokp0Dk8~3pWtD1xkl5aA &Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA](#)

- Calatayud, F. M. (2015). La psicología y el campo de la salud: tensiones, logros, y potencialidades de una relación esencial y necesaria. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(1), 120-123. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5114124>
- Ceriani, S. V. (2020). Procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, itinerarios y políticas de salud intercultural en pueblos indígenas de Formosa. In *XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVII Jornadas de Investigación. XVI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. II Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. II Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-007/13>
- Ceriani, S. V. (2017). Políticas públicas y circuitos de salud en comunidades Qom de la provincia de Formosa, Argentina. In *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. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-067/676.pdf>.
- Ceriani, S. V. (2015). La relevancia del dialogo intercultural en la accesibilidad al sistema de salud en comunidades de pueblos originarios de Formosa. In *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad

- de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-015/584>
- Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., . & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. *Anuario de investigaciones*, 14, 201-209. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/3691/369139943019.pdf>
- Carbone, C. (2017). El problema de la accesibilidad y las barreras psicosocioculturales en salud. Recuperado de <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/10907>
- Davy, C., Harfield, S., McArthur, A., Munn, Z., & Brown, A. (2016). Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *International journal for equity in health*, 15(1), 1-9. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-016-0450-5>
- Declaración de Alma-Ata, (1978). *Unicef. URSS*. Recuperado de <https://cmappublic2.ihmc.us/rid=1K4VPZ59K-1LGQVL6-1FS1/AlmaAta-02-1.pdf>.
- Dell’Arciprete, A., Braunstein, J., Touris, C., Dinardi, G., Llovet, I., & Sosa-Estani, S. (2014). Cultural barriers to effective communication between Indigenous communities and health care providers in Northern Argentina: an anthropological contribution to Chagas disease prevention and control. *International Journal for Equity in Health*, 13(1), 1-10. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1186/1475-9276-13-6>
- Ferrara, F. A. (1985). *Teoría social y salud*. Catálogos Editora. Recuperado de http://www.elagora.org.ar/site/documentos/Centro-Documentacion/Teoria_social_y_salud_Ferrara.pdf.
- Frenk, J. (1985). El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud pública de México*, 27(5), 438-453. Recuperado de <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/422/411>
- Galicia Vargas, J. I., & Rivera Gordillo, E. (2017). *La accesibilidad a servicios de salud, en comunidades indígenas asentadas en la Ciudad de México* (Doctoral dissertation, Universidad Autónoma de la Ciudad de México: Colegio de Ciencias y Humanidades:

- Licenciatura en Promoción de la Salud). Recuperado de https://www.repositorioinstitucionaluacm.mx/jspui/bitstream/123456789/939/3/Joselin%20Galic%C3%ADa%20Evelyn%20Rivera_PS.pdf
- Garay, O. E. (2017). El derecho a la salud de los pueblos originarios o indígenas. Ministerio de Salud Argentina. Recuperado de <https://salud.gob.ar/dels/printpdf/49>
- Gustafson, B. (2014). Guaraní. En M. Crevels y P. Muysken. *Lenguas de Bolivia*. Tomo 3. Oriente (pp. 307-368). La Paz: Plural Editores.
- Hirmas Adauy, M., Poffald Angulo, L., Jasmen Sepúlveda, A. M., Aguilera Sanhueza, X., Delgado Becerra, I., & Vega Morales, J. (2013). Barreras y facilitadores de acceso a la atención de salud: una revisión sistemática cualitativa. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 33, 223-229. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rp_sp/v33n3/a09v33n3.pdf.
- Jockers, M. E. (2004). Accesibilidad cultural a los servicios de salud. Tesis Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Salta.
- Juárez-Ramírez, C., Villalobos, A., Saucedo-Valenzuela, A. L., & Nigenda, G. (2021). Barreras en mujeres indígenas para acceder a servicios obstétricos en el marco de redes integradas de servicios de salud. *Gaceta Sanitaria*, 34, 546-552. Recuperado de: <https://www.scielosp.org/article/ga/2020.v34n6/546-552/es/>.
- Ley del Ejercicio Profesional del Psicólogo, N° 6063/83 (1983).
- Llaza, J. (2007). Actores y agenda en el sistema de salud argentino. Ministerios de salud provinciales: el caso de Salta. Recuperado de <https://repositorio.cedes.org/bitstream/123456789/3706/1/SSPP200704.pdf>.
- Lorenzetti, M. (2011). Relaciones interétnicas y prácticas de atención de la salud en el Chaco Salteño. *Corpus. Archivos virtuales de la alteridad americana*, 1(2). Recuperado de <https://journals.openedition.org/corpusarchivos/1150>.
- Martínez, S; Herrando, A.L. (2011). Planificación de cátedra. Universidad Católica de Salta

- Martín-Baró, I. (2006). Hacia una psicología de la liberación. *Psicología sin fronteras: revista electrónica de intervención psicosocial y psicología comunitaria*, 1(2), 1. Recuperado de https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2652421.pdf&hl=es&sa=T&oi=gsb-ggp&ct=res&cd=0&d=3402102395095371007&ei=S74oY_K_NKPcsQLs6JjYDA&scisig=AAGBfm1W6Pf-SkEk8FRUJC_e4nwgSqCkUw
- Miranda, E. M., Sánchez, H. D. I., & Bergagna, A. (2020). El acceso al sistema de salud de la población originaria. Una mirada de enfermeros wichís. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 1(11), 8-11. Recuperado de <http://portalderevistas.unsa.edu.ar/ojs/index.php/RCSA/article/view/1406/1357>.
- Menéndez, E. (1994). Le enfermedad y la curación.¿ Qué es medicina tradicional?. *Alteridades*, 4(7), 71-83. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>
- Menéndez, E. L. (1998). Modelo médico hegemónico: reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix: Revista médica para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, (51), 17-22. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4989316>
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & saúde coletiva*, 8, 185-207. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/cs/v8n1/a14v08n1.pdf
- Mereminskaya, E. (2011). El Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales: Derecho internacional y experiencias comparadas. *Estudios públicos*, (121). Recuperado de https://scholar.google.com/scholar_url?url=https://www.estudiospublicos.cl/index.php/cep/article/download/375/558&hl=es&sa=T&oi=gsb-gga&ct=res&cd=0&d=5307163548755798405&ei=qPMaYqjEOaXGsQKch76wDA&scisig=AAGBfm18ucnYDe7ooWxXrcroNAtqitOlaA.

- Ministerio de Salud Pública Prov. de Salta. (sf). *Dirección General de Coordinación Epidemiológica*. <http://saladesituacion.salta.gov.ar/php/organizacionsistsaludmsp.php>.
- Naciones Unidas. (2007). Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Recuperado de https://www.ohchr.org/documents/publications/undripmanualforhris_sp.pdf.
- Nguyen, N. H., Subhan, F. B., Williams, K., & Chan, C. B. (2020, June). Barriers and mitigating strategies to healthcare access in indigenous communities of Canada: a narrative review. In *Healthcare* (Vol. 8, No. 2, p. 112). Multidisciplinary Digital Publishing Institute. Recuperado de <https://www.mdpi.com/2227-9032/8/2/112/pdf?version=1588152190>
- Organización Internacional del Trabajo. Oficina Regional para América Latina y el Caribe (2014). Convenio Núm. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Recuperado de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf.
- Orzuza, S. M. (2014). Políticas en salud mental e interculturalidad en la Argentina. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(1), 40-47. Recuperado de <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/10779#:~:text=La%20ley%20de%20salud%20mental,diferencias%20con%20la%20cultura%20hegem%C3%B3nica>.
- Paz, J. A., Chauqi, O. A., Piselli, C., & Soruco, A. I. (2016). Mapa social de la Provincia de Salta para la Cooperación Internacional. Recuperado de <https://www.aacademica.org/jorge.paz/113.pdf>.
- Sacchi, M. (2008). Las políticas de salud en Argentina. Análisis y perspectivas. Universidad Nacional de Salta. Recuperado de https://www.academia.edu/9608862/Las_pol%C3%ADticas_de_salud_en_Argentina_An%C3%A1lisis_y_perspectivas
- Sacchi, M., Bergagna, A., & Carrizo, K. (2019). La formación del personal de salud desde una perspectiva intercultural. *Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud*, 1(5), 32-39.

Recuperado de <http://portalderevistas.unsa.edu.ar/ojs/index.php/RCSA/article/viewFile/943/909>

Sarra, S. E. HISTORIAS ENTREVERADAS Los guaraní en Calilegua (Jujuy). Recuperado de <https://cisor.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/51/2021/07/Sarra-Historias-entreveradas1.pdf>

Sánchez-Torres, D. A. (2017). Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 55(1), 82-89. Recuperado de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4577/457749297021/457749297021.pdf>.

Sistematización de la experiencia en Atención Primaria de la Salud. Salta, Argentina. Edición 72. Buenos Aires: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52745/9789275322864_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y.

Thummapol, O., Park, T., & Barton, S. (2020). Exploring health services accessibility by indigenous women in Asia and identifying actions to improve it: a scoping review. *Ethnicity & Health*, 25(7), 940-959. Recuperado de <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13557858.2018.1470607>

Torres Aliaga, T .M.; Torres Secchi, A M., *¿Por qué callan, si nacen gritando? Poder, accesibilidad y diferencias culturales en salud. Iruya, (Salta) 1978- 2008*, Equipo Nacional de Pastoral Aborígen, 2010 (ISBN: 978-987- 26450-0-7). Recuperado de http://www.altaalegremia.com.ar/Archivos-Website/Poder_Accesibilidad.pdf.

Ulivarri, P. (2015). Sobre los discursos y las prácticas de la estrategia de APS en Salta. **VII Congreso Multidisciplinario de Salud Comunitaria del Mercosur**. San Luis, Argentina: Universidad Nacional de San Luis. Recuperado de https://www.academia.edu/19951994/Sobre_los_discursos_y_las_practicas_de_la_estrategia_de_APS_en_Salta.

- Ussher, M. (2015). Salud mental y territorio. Reflexiones en torno al concepto de intersectorialidad. In *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-015/635.pdf>
- Whitehead M, (1991), “*Los conceptos y principios de la equidad en la salud*”. Centro de Documentación e Información, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (HSP). Diciembre. OMS.
- Zaldúa, G., Sopransi, M. B., Nabergoi, M., Longo, R., Estrada Maldonado, S., & Veloso, V. (2007). Ciudadanía, accesibilidad a la salud y afectaciones subjetivas y colectivas. In *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-073/467.pdf>

HOJA DE EVALUACION

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SALTA

Facultad de Arte y Ciencias

Licenciatura en psicología



“Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta”

Alumno: Alemán Tatiana Del Valle DNI 39.004.624 Firma:

Directora: Mg. Lic. Ulivarri Paula

Firma y sello:

EVALUACIÓN

- Calificación:
- Tribunal evaluador

-Jurado:

- Jurado:

- Jurado:

Lugar y Fecha:

Anexo

Consentimiento informado**Investigación: Trabajo Integrador Final**

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: **"Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"**

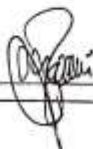
La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma: _____



Fecha: 14/1/22

Consentimiento informado**Investigación: Trabajo Integrador Final**

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: "Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"

La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma:

Fecha: 14-07-2022

Consentimiento informado

Investigación: Trabajo Integrador Final

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: "Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"

La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma: _____



Fecha: _____

14/07/22

Consentimiento informado

Investigación: Trabajo Integrador Final

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: "Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guarani en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"

La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma: 

Fecha: 14/02/2022

Consentimiento informado

Investigación: Trabajo Integrador Final

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: "Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guarani en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"

La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma:  _____

Fecha: _____

Consentimiento informado**Investigación: Trabajo Integrador Final**

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: "Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guarani en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"

La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma: 

Fecha: 15/07/2022

Consentimiento informado

Investigación: Trabajo Integrador Final

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: "Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"

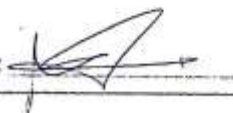
La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma: _____



Fecha: _____

Consentimiento informado

Investigación: Trabajo Integrador Final

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: "Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"

La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma: _____



Fecha: _____

18/07/2022

Dr. Mariana Eugenia Aragón
 Docente de Metodología de la Investigación
 Profesora Adj. E. en Psicología
 Profesora A.O.B. M.S.P.

Consentimiento informado

Investigación: Trabajo Integrador Final

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: "Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"

La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma:  _____

Fecha: 14/07-22

Consentimiento informado

Investigación: Trabajo Integrador Final

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: **"Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"**

La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.


Maria Monica Cantarella
MBURUYICHA CACIQUE
C.I. Ava Guar. M.S.F. Pichonal

Firma: _____

Fecha: _____

Consentimiento informado**Investigación: Trabajo Integrador Final**

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: "Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guarani en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"

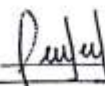
La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma: _____

Fecha: 27/06/2022

Consentimiento informado**Investigación: Trabajo Integrador Final**

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: "Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"

La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma: 

Fecha: 01-07-2022

Consentimiento informado

Investigación: Trabajo Integrador Final

La Universidad Católica de Salta en cumplimiento de la necesidad de capacitar a sus alumnos realiza diferentes prácticas e investigaciones. Entre ellas el Trabajo Integrador Final, que consiste en una investigación a ser realizada por los alumnos que hayan finalizado todas las materias, y estén en condiciones de realizar su Tesis.

En esta oportunidad se solicita acepte participar en esta investigación, para ello la alumna Tatiana Alemán DNI: 39.004.624, realizará observaciones y entrevistas, a fin de recolectar datos para su Trabajo Integrador Final titulado: "Accesibilidad a los servicios de salud en los pueblos originarios. El caso de la comunidad Ava Guaraní en Misión San Francisco, departamento Orán, Salta"

La decisión de participar es voluntaria y puede o no aceptar participar, y puede interrumpir su participación en el momento que lo decida.

Toda la información del estudio será confidencial y se resguardará la identidad de todos los participantes.

AL FIRMAR ESTE CONSENTIMIENTO INFORMADO UD. ESTÁ ACEPTANDO PARTICIPAR DE ESTA INVESTIGACIÓN, AUTORIZADA POR LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SALTA Y LA CARRERA DE PSICOLOGÍA.

Habiendo sido informado y entendiendo los objetivos y características del estudio, acepto participar de esta investigación.

Firma: 

Fecha: 4/7/22.

Entrevistas:

ENTREVISTA A MBUGURVICHA Y REFERENTE COMUNITARIO

LQ: nosotros tenemos un grupo, nosotros lo llamamos Kuape Äi, que significa aquí estoy, nosotros solamente trabajamos con asistencia de género, acompañamiento en situaciones de violencia de género y en todo este tiempo lo que nosotros hicimos, buscamos digamos sería acompañamiento psicológico a las víctimas que era y desde ahí le pedimos a Mónica (cacique) que nos acompañe con el pedido a salud mental de psicólogos, le hicimos inclusive una petición a la Ucasal de en una extensión si podían hacer el acompañamiento psicológico que podría ser en dos formas, a las que acompañamos que la verdad que con el caso de Florencia (adolescente asesinada) la verdad que compañeras terminaron mal digamos entonces.... En esta necesidad de querer dar respuesta se sentía como frustrada y siempre es necesario y después a las víctimas y eso me parecía muy muy importante. Al final no se hizo como que fue rechazado.

Lo que pasaba con el tema psicológico es que no había adhesión bueno porque con las hermanitas, les costaba el idioma....

Investigador: Me gustaría conocer qué servicio de salud tiene más demanda en la comunidad además de esta demanda del servicio de psicología

Cacique: este la demanda es grande en parte de salud, generaliza a todos porque tenemos.... Se están aumentando las diabetes, la artrosis hay mucha gente que está en cama y hay gente que alguna tiene su jubilación o su pensión, pero la calidad de atención, tienen que pagarla por privado, porque en el hospital no lo tenemos esas especialidades, no hay. Y el hospital trae algunas veces especialidades, pero a nosotros no nos sirve, en el sentido de que no hay seguimiento, vienen una sola vez y se van y algunos medicamentos que le dan le hace mal, así que es como que queda en la nada y tiene que recurrir generalmente a los médicos aquí o ir a orán y de manera particular ahí.

Cacique: El tema de pediatría también tenemos una demanda mucho por los chiquitos, porque tenemos mucho IRA (enfermedad respiratoria aguda), el tema de resfrió, de neumonía de todo eso y aquí hay un solo pediatra, no sé cómo atiende en el hospital pero no consigue turnos y no se puede traer aquí, al puesto, porque nosotros tenemos dos puestos

sanitarios pero no hay.

Y esa es la demanda que hay y en caso de mucha necesidad de fiebres altas, dolores en algunos casos con mucho cuidado y con miedo le hago unos calmantes. Así que eso demanda mucho para hacer, que no tenemos antes... con este gobierno no hemos tenido ayudas en tema de salud, anteriormente si, trabajábamos con la directora del hospital de oran la cual coordinábamos, entonces ellos venían o mandaban un móvil una vez a la semana o cada dos semanas a médicos pediatras, ginecólogos, entonces se hacía Papanicolaou, de lo cual se ha detectado a muchas mujeres que algunas ya han fallecido por que hoy no lo estamos haciendo... ellos han prometido que nos iban a hacer pero hasta ahora no tengo ninguna respuesta por parte del hospital

Investigador: ¿Ósea que hay casos de cáncer?

Cacique: También jovencitas porque muchas con 26, 28 años ya tienen 6, 8 hijos ves y bueno eso es la atención que nosotros queremos buscar llegar a esos temas para el ligamento y para eso algunos cirujanos o algunos ginecólogos no lo quieren hacerlo, así que ese es un problema grande si...

Investigador: ¿No quieren hacerlo porque no tienen los elementos para hacerlo o porque no quieren?

Cacique: Y depende también, hay cirujanos en oran, porque todos los partos se los lleva a oran.

Investigador: ¿En el hospital no hay?

Cacique: No, decían que iban a volver otra vez a hacer pero, no se hacen operaciones acá tampoco, no tenemos quirófano.

Investigador: ¿Qué servicios tiene el hospital?

Cacique: Clínica y pediatría, hay que hacer la derivación a oran. En el traslado si está en el hospital lo lleva en ambulancia, después algunas veces cuando es particular tienen que costearlo ellos.

Investigador: ¿Tuvieron algún problema en la atención?

Cacique: Por el medio de transporte muchas veces la ambulancia no llega a tiempo o el hospital demora más y pide ayuda o tiene que pagarse un remis para ir al hospital. En cualquier momento cuando no está la ambulancia, lo que pasa es que hay tres ambulancias, pero hay un solo chofer y tiene que estar las 24 hs, entonces hay una derivación y se va a oran o a chaco y demora y se quedan sin ambulancia.

Investigador: ¿Otra cosa que me pueda comentar?

- Como guaraní la gente respetuosamente, respetan y si lo dejan para el ultimo se va a dejar estar al último ves, y lo mismo pasa con los hermanos wichis que no hablan tanto tampoco y a veces ellos están en un rincón a ver si alguien los ve o se acerca y los hacen atender sino se quedan esperando hasta que los atiendan.

- El hospital ya no cuenta con personal de enfermería, porque yo cuando me jubile éramos 8 y hasta ahora no han nombrado a ninguna.

Investigador: ¿No tiene enfermeros el hospital?

Cacique: No y ahora se había jubilado este año tres más y los enfermeros están haciendo guardia y algunos que paga la municipalidad, pero así están trabajando ellos muy reducidos están. Hay algunos enfermeros, pero son poquitos, muy pocos.

Investigador: ¿Con el tema del lenguaje?

cacique: Eh la mayoría todos hablamos castellano, pero los wichi son la problemática, en la misión hay algunos, pero hablan bien el castellano eso tenemos dos comunidades de wichís son muy pocos que no hablan, acá en la misión hay unos 6 u 8 familias de wichís. Y después el tema de salud entre todos, todos reclamamos nosotros somos 9 comunidades en pichanal y no reclamamos siempre eso, por la atención que no tenemos que tienen que comprar.

Referente comunitario: Y además para los médicos que ahora vienen, tienen que pagar un plus óseo inclusive en la entrada de la guardia dice creo que 300 pesos. Para que la atención sea...

Cacique: No sabía eso, recién me estoy enterando...

Cacique: En realidad el hospital no tiene mucho recurso tampoco,

Investigador: ¿Mejoro con el tiempo o no?

Cacique: Fue peor. Y nosotros en la comunidad tenemos dos puestos de salud acá en la entrada de la comunidad hay uno, que solo atienden por la mañana, creo que una vez a la semana vienen aquí están atendiendo el doctor rey. Y tampoco no se cubre con enfermero son agente sanitario que solo vacunan. El enfermero que estaba en el segundo loteo Manuel e. ya se jubiló y él no le importaba el horario y el hacía... cubría todo el día de 6 a 8 de la noche.

Investigador: ¿Cómo es la relación de la comunidad con los agentes de salud?,

médicos, enfermeros...

Cacique: Es la misma relación con todos, los agentes sanitarios tienen muy buena predisposición para los pacientes llegan y los médicos también, yo... por lo menos no puedo afirmar nada porque no he visto nada todavía... así que...es un trato cordial para trabajar, no hubo problemas en ese sentido.

Investigador: ¿Cómo considera al sistema de salud para la comunidad?

Cacique: No es adecuado, por la falta de atención, no es adecuado, falta la atención, más que nada la atención. Necesitamos personal de enfermería más que nada, ya que se ha dado varias notas para que un enfermero este a la mañana y a la tarde también en los puestos, y así también a vez uno se queda aquí en vez de ir hasta el hospital y si es necesario bueno de acá se lo puede derivar al médico de guardia pero no tuvimos ninguna respuesta hasta ahora

Investigador: ¿Y en el hospital, que cambios cree que faltarían o porque no es adecuado?

Cacique: Más médicos y más personal de enfermería, porque hay uno solo o guardia, y hay un solo médico las 24 hs para guardia.

Investigador: ¿Qué servicios de salud necesitaría?

Cacique: Todas, solo hay pediatra y un clínico, ginecología no hay, psicólogo tampoco.

Referente comunitaria: Creemos que es amplio la necesidad de salud mental, en la comunidad el único psicólogo que viene es una vez a la semana, que está trabajando con el Sedronar y después está trabajando cano, el Lic. Cano, ese cano trabaja en el hospital pero él es solo, y no abarca todo, acá viene una vez a la semana y abarca Abatirenda una vez o una vez cada dos semanas pero no es suficiente como psicólogo, como psicólogo un paciente te lleva una hora aproximadamente, y a veces esta una hora o dos, el hace trabajo grupal nomas. Y es lo mismo porque muchos chicos no van a decir nada en el sentido de que, prefiere más privado en cambio acá cuando viene Fabián en arakuarenda, lo hace pasar de a 1 o con su madre o padre, entonces ahí sí, pero cuando es en grupo no hablan. Y por un día nomas, está a la tarde el día miércoles llega hasta la noche

Referente comunitario: Ponele llega, creo que empieza la atención desde las tres y en diferentes puntos encima, ósea en arakuarenda creo que esta desde las 15 hasta las 18 y de ahí se va a otro espacio dentro de la comunidad nomas de 18 a 20 y de ahí se va a otro

espacio, tiene tres espacios que va rotando, ósea todos los miércoles hace lo mismo. Ósea si en los espacios estos más grupales de 15 a 18 es más individual tiene un grupo, pero hay mucha demanda individual pero el ya viene trabajando en equipo, más que nada por el tema de la adicción.

Cacique: si en este momento a la noche voy a tener una reunión con los padres de los chicos que ya son muy crónicos en adicciones y yo tengo miedos porque ayer y antes de ayer ese chico han puñaleado ya a otra persona y entonces yo hablo con la familia, para que se hagan cargo de ese chico porque tampoco lo pueden dejar le digo tenga esa adicción hace falta el acompañamiento del padre le guste o no le guste, lo único responsable son los padres le digo, para mí. Le digo que yo lo único que puedo hacer es gestionarle o llévelo a tartagal que ahí hay donde internarse hable, pero tiene que ser voluntad de él, de la madre o del padre, eso es lo que a mí me han explicado para internarse.

Investigador: ¿Los que consumen son menores de edad en la comunidad?

Cacique: La mayoría, hay 7 u 8 que están en tartagal, pero si la mayoría son menores y la respuesta de los padres es “yo ya estoy candado no sé qué voy a hacer”, no sé si será esa respuesta más común

Investigador: ¿Cuántas personas viven en la comunidad?

Cacique: 15 mil, se mantiene y al no tener terreno aquí se va a las otras comunidades que la mayoría, tres comunidades tenemos, pero son descendientes de esta comunidad y ahí se van.

Investigador: Cuando mencionaba que no conseguían turno, ¿tienen otra alternativa de atención, como medicina ancestral?

Cacique: En algunos sí, pero hay otros que no lo quieren hacer por temor a que haga mal con los remedios que le dan, ya cuando sos muy crónico no quieren y otra que algunos lo hacen. Vah preguntan muchas veces que remedios... nosotros ya sabemos que es moringa que es tusca que es cola de caballo, romero, el matico para las pandemias, y bueno sabemos y acá hay varias personas que saben de los remedios ancestrales.

Investigador: ¿Y para la atención de salud que hacen primero?

Cacique: Generalmente se curan así nomás, con la medicina ancestral, y si ve que no hay mejoría recién se van al médico. Cada familia tiene conocimiento y también hay personas específicas pero si cada familia tiene su conocimiento y últimamente como que hay más utilización, digamos ahora se está haciendo mucho con la hierba y lo ancestral, eh

de nuevo se volvió a eso por ejemplo el tema que nos atacó mucho más ahora es el tema del dengue y la gente solamente se curó con, ellos te dicen “no vallas al médico porque no te va atender” y solamente con la hoja de papaya ellos te la buscan y... bueno hacelo así y te preparan y la mayoría de la gente acá ósea el tema pandemia nosotros tuvimos la suerte de que la comunidad paso re bien a la pandemia, ósea no tuvimos, si digamos hubo personas que se han enfermado pero no tuvimos fallecidos por Covid.

Cacique: por Covid si, hubo fallecidos en el 2020 acá si, hubo fallecidos.

Investigador: ¿Cómo podrían definir la salud en la comunidad?

Cacique: Hay pacientes aquí que prefiere que los atienda el médico y se van y muchas veces los familiares como que se interponen un poco para tomar los remedios ancestrales antes que vaya, ósea a mí me toco y los llevan al hospital. Había comentarios de eso de la mala atención de los enfermeros de las mucamas a la comunidad, a los pueblos originarios por la mala atención por la mala contestación que hay, eso sí me habían dicho no sé, comentarios, yo no sé nada.

ENTREVISTA A AGENTE SANITARIO DEL HOSPITAL

Investigador: ¿Qué servicios brinda aps?

Agente sanitario: Lo que sería atención primaria de la salud, ya sea inmunizaciones, controles a embarazadas o puérperas, controles de enfermedades ya sea tbc, eh hipertensión diabetes...

AS: En la misión todo, no varía porque nosotros estamos acá en un sector que sería de riesgo más que nada por el tema del calor por el tema del dengue, tenemos lo que sería Chagas, tbc y son distintos tipos de enfermedades que hay que llevar un control controlar los tratamientos hacer lo que sería saneamiento, descacharrado control de los niños de bajo peso, con riesgo.

Investigador: ¿Cuál es la mayor patología o el mayor motivo por lo que asisten a los puestos sanitarios?

AS: Y por el tema del riesgo los chicos de bajo peso más que nada por eso. Nosotros vamos permanentemente a los puestos sanitarios, los puestos sanitarios que vos ves se encargan de hacer los controles en los distintos sectores.

Investigador: ¿Cuántos agentes sanitarios hay en los puestos de la misión?

AS: En el puesto 2 son 5, 6 agentes sanitario y en el puesto 1 son 4 agentes sanitarios y hay un enfermero por puesto sanitario. Hay atención medica una vez por semana y atención pediátrica una vez por semana en los puestos.

Investigador: ¿Cómo considera el vínculo o relación de la comunidad con los agentes de salud?

AS: Dentro de todo es bueno porque colaboran bastante, cuando nosotros los buscamos para hacer los controles ya sea embarazo, de los chicos y de distintos tipos de enfermedades colaboran bastante.

Investigador: ¿Encontró algún impedimento o facilidad para trabajar en la comunidad?

AS: Y.... impedimentos no... por suerte no se encuentra... facilidades sí... porque la mayoría de los padres de los abuelos la gente mayor lo hace concientizar a todos, la gente de que tiene que llevar el control, la cacique todo, por ejemplo, en las casas ya sean los padres o los abuelos siempre hay algún embarazo de alguna joven la hacen tomar conciencia de los controles que tienen que llevar para su cuidado para la salud del bebe. Es una buena relación

Investigador: ¿Qué percepción tiene de la comunidad en la misión san francisco?

AS: mmmm... dentro de todo se está trabajando y se está avanzando bastante... la percepción para mi es buena, porque se va avanzando bastante y se va a ir mejorando cada vez más. Claro ósea el tema de las enfermedades se va trabajando año a año y se va mermando se va mejorando esa cantidad de riesgos que hay ya sea por enfermedad por desnutrición distintos factores...

ENTREVISTA CON EL GERENTE DEL HOSPITAL EDUARDO BOUHID

Investigador: ¿Qué servicios de salud brinda el hospital?

G: el hospital es un hospital público centralizado, que quiere decir es que todo lo que nosotros hagamos tiene que estar autorizado por el ministerio de salud, no podemos tomar decisiones autónomas y es un hospital de nivel II de complejidad, tenemos una guardia de emergencia, un internado de clínica médica, luego tenemos los consultorios con clínica médica o generalista y luego tenemos puestos sanitarios urbanos y rurales y dentro de los servicios a ser un nivel II, tenemos una mayor diríamos una mayor representación del

primer nivel de salud en terreno, junto con los agentes sanitarios es decir aps que es atención primaria de la salud y bueno lo que es la parte de medicina general y las especialidades que no son muchas, puesto que el hospital no tiene especialistas, sino que hacemos una especie de convenio o eh para poder costear los honorarios de los colegas, entonces dentro de las especialidades tenemos un psiquiatra que viene una vez al mes, un cardiólogo infantil, que viene una vez al mes, un cardiólogo de adultos, yo como neurólogo, eh.. ecografía ginecológica, ecografías abdominales, se sumó un neumólogo y se sumó una reumatóloga y también esta un traumatólogo que viene de embarcación, uno de esos médicos forma parte del hospital yo como neurólogo y como gerente, todos ellos vienen de embarcación o DE ORAN

Investigador: ¿Y ellos vienen una vez por semana o por mes?

G: Algunos vienen dos veces por mes o una vez por semana

Investigador: ¿Y este convenio como sería?

G: No eso se puede conseguir la manera de pagar los honorarios, sería eh si el medico pertenece al ministerio puede solicitar horas guardia, algunos especialistas demás colegas el municipio ayuda y les paga el municipio por medio de un convenio y la voluntad del intendente y también por una autorización del ministerio por usar fondos propios del hospital

Investigador: ¿Cuál es el servicio de salud más utilizado por los miembros de la comunidad?

G: Mira... hay como una demanda de absolutamente todo (hace énfasis con la voz y la mirada) ¿no?, Pero si obviamente que junto con el pediatra y junto con la ginecóloga son eh los que más uno podría decir hay demanda, pero, mi consultorio está desbordado, el consultorio del traumatólogo está desbordado, el consultorio del cardiólogo está desbordado es así es todo eso. Entonces como...podría llegar a decir que eso es como.... Mas lo más requerido y obviamente que los médicos de guardia, todas las especialidades están acá desbordadas por el simple hecho de que nosotros no tendríamos la obligación (énfasis en la palabra) de conseguir todas esas especialidades, cuál sería la “teoría” la teoría dice que nosotros debemos evaluar las patologías crónicas prevalentes más frecuentes y aquello que no podemos hacer, tenemos un hospital de referencia de alta complejidad, pero el hospital de alta complejidad está desbordado, hay especialidades que no hay y este la gente de pichanal un poco que ya está cansada y un poco que no es cosa sencilla decir

bueno me voy a oran dos o tres veces por semana, hay personas que son muy carentes de recursos con las cuales yo he tomado contacto por ejemplo estuve con caciques o referentes desde la zona de tres palmeras, nueva Jerusalén de misión wichi, en donde ellos me dicen “es sencillo poder derivarlo a un paciente pero nosotros tenemos que salir al cruce, conseguir un remis” entonces ahí fallamos, ahí se pierde la consulta entonces que pasa, eso va en detrimento de la acción de lo que se debe concretar con ese paciente. Entonces hay una fuerza de voluntad propia que corresponde a cada individuo la responsabilidad y esta la responsabilidad de OTROS no, y bueno en ese sector hay como grises en esa circunstancia porque, porque la persona no encuentra como llegar al lugar por desconocimiento, por falta de interpretación, por falta de voluntad NO LLEGA, por falta de turno, por falta de dinero y termina complicándose acá y ¿a dónde va a parar ese paciente? A ESTE HOSPITAL entonces ahí hay una falla, yo siempre digo lo mismo, nosotros queremos ayudar a las personas que viven en todo pichanal, nosotros debemos pensar en facilitadores por ejemplo yo veo chicos que tienen retraso madurativo y esto no me paso acá me paso en oran “eh bueno señora usted tiene que hacer... ir a la psicopedagoga al psicólogo tiene que ir a...” entonces la miro y me doy cuenta que no me entendía nada, entonces yo le digo “¿señora discúlpeme usted sabe leer?” “No”. Ah bueno tenemos que ir a foja cero. Ósea tendría que existir alguna especie de secretaria o algún grupo de personas que digan: “bueno esta persona no solamente tiene la vulnerabilidad de su discapacidad, sino que el contexto, es vulnerable”, “bien entonces bueno tráela a la señora hacemos los pedidos acá hay un facilitador” un ayudador que lo va a llevar que lo va a acompañar hasta que se concrete sino yo le hago el pedido, se cierra a puerta de mi consultorio y ahí se formó todo ¿si? Entonces es una de las cosas que yo le plantie al intendente, le comenté, el intendente, tiene buena voluntad, pero como vuelvo a decirte esto tiene múltiples aristas, ósea es una problemática socio cultural económica y de salud, porque hablaba yo con una referente, fui a un evento estaba Paola cantarella y estaba mauro que son concejales y ellos están con la gente que son Ava guaraní

Investigador: Ella es hija de la cacique

G: ¡Si! De la cacique bueno yo me enamoré de ella, ella me trajo la invitación y yo fui y entonces Paola me decía eh... que muchas de las personas de ahí no van a llegar al hospital, ósea por una cuestión de voluntad, no quieren y entonces me decía si ustedes quieren organizar algo con los referentes sería distinto porque ellos si van a llegar a los

referentes, y AHÍ ENTIENDO, porque tiene que ver un poquito con la discriminación con el resentimiento y tiene que ver con el miedo.

Investigador: ¿De parte de ellos hacia el sector de la salud?

G: Hacia todo ¿no?, porque mi primera experiencia con una familia wichi, fue en el hospital san Bernardo cuando yo era residente: era un pibe de 16 años que tenía una reacción leucémoide con un tubo, derrame pleural, volaba en fiebre, MAL (gesto con la mano). Entonces yo llego pasaba del materno infantil para nosotros: “buenas que tal, buenas noches señora” estaba la madre la hermana y el pibe “yo soy el doctor días, el medico que la va a atender” y hace este gesto (niega con la cara y señala al costado) mira para allá y... “señora... yo... yo soy el doctor días y...” vine a verlo a su hijo” hace el mismo gesto de la señora wichi. (Gesticula sorpresa) yo digo que le pasa a esta mujer???” “su hijo esta...” (continúa haciendo e gesto). Bueno, cuando nosotros teníamos esa circunstancia nos abocábamos al examen físico y a que información podíamos tener de la historia clínica, bueno entonces vuelvo y entro y le digo a mi jefe, mi superior: “nose que le pasa a esa mujer” le digo que “no me quiere hablar no sé si es muda o que”, “no” me dice “son wichís”, y tenes que entender que en la cultura wichi las mujeres no hablan con desconocidos, “tenes que esperar que venga el hombre”, “y te van a preguntar primero sobre otras cosas y bueno después van a pasar a darte información sobre el nene, porque su cultura es así”. Entonces yo hablaba eso con Paola cantarella, le digo si claro deberíamos hacer una especie de consultorio o poli consultorio que se lo podría hacer en esa escuela, en una escuela, al lado de una iglesia no me acuerdo muy bien, para que, para que aquella buena intención no sea malinterpretada como una agresión, porque yo puedo venir con la capa ¿no?, la capa de súper héroe, de médico... “y tiene que tener la vacuna y tiene que tener el pap y tiene que hacer esto la tomografía y...” todo eso para ellos es INVASIVO es AGRESIVO, eh su recurso cognitivo no está listo todavía lista para comprender todo eso y en el medio se mezcla la cultura ¿Por qué?, porque la evolución de la tecnología va por un lado mucho más RAPIDO, pero la evolución de la cultura de los seres humanos va mucho más lento entonces acá te encontras con un golpe y con una problemática muy compleja eh... con... por ejemplo hoy en día nosotros con el celular instagram y vos podes entrar al celular y podes ver que es lo que hace una persona en EE.UU. o en cualquier otro lado o en buenos aires ¿no? Y entonces surge una necesidad, y un chico ponele de una comunidad del barrio san francisco ve ese video y dice “yo quiero esa zapatilla” o “yo quiero tener ese

estilo de vida” ¿no? Y empieza la búsqueda, “mi mama y mi papa no tienen plata” y entonces comienza la búsqueda: trabajo y el municipio no me da respuesta y en medio me encuentro con unos amigos que me enseñan una manera mucho más sencilla de conseguir dinero y ahí volvemos a eso. Lo mismo pasa con la salud ¿no?, y entonces el crecimiento de la cultura va a un ritmo y la tecnología va a un ritmo, pero impresionante y entonces ahí pum, se golpean las culturas. Somos nosotros, yo creo que una cuestión de voluntad ¿no?, aquellos colegas que quieren y aquello que no, no o harán pero eh en una cuestión de voluntad decir cómo vamos a hacer que esto sea más amigable para ellos y como vamos a hacer que toda esta cosa que yo digo “bueno señora como esta... a ver que tiene si se va a hacer un laboratorio, la van a pinchar le van a sacar sangre a su hijo le van a poner esto aquello” eh esas son cosas que tenemos que tener en cuenta, algunos si otros no, acá en estos lugares eso eh, yo diría que es una condición sine qua non para los profesionales de salud, el profesional de salud que no comprende esa parte, no está apto para poder atender en esta zona pero que es lo que sucede, ¿cuántos colegas quieren venir a trabajar acá?, pocos, ¿Por qué? Porque pichanal y los lugares como estos tienen pocas cosas atractivas y nosotros no podemos entrar en la jurisdicción de la voluntad de la otra persona, el profesional va a decir “amigo ni loco voy a ese lugar” o el profesional va a decir “la verdad que me interesa la problemática voy me meto, entonces vamos con la historia del “bueno” no?, el que quiere venir a trabajar, bien, somos pocos, la demanda es terrible y la gente empieza a generar un reclamo de algo que escucho que era un derecho (gesticula con los ojos) y entonces te empiezan a tirar a tirar y a tirar... la guardia, el consultorio y el cardiólogo y esto y “¿porqué no viene?”, entonces ese profesional tiene tres opciones: 1 se va porque se le quemo la cabeza 2. Se queda y se adapta al que me importa total acá no me calienta nada, ni el sol, “nadie me va decir absolutamente nada porque nadie viene acá”, o 3. Tener la buena voluntad de venir acá de tener empatía con todo el hospital y la población y ver de qué manera podemos cambiar esa realidad ¿no? Las dos primeras son muy fáciles es muy sencillo terminar en ese lugar ¿sí?, clavar pegar la renuncia e ir a salta es lo más sencillo que puede existir, hay algo que hoy en día es muy distinto a lo que pasaba antes, los médicos que están acá, estaban hace mucho tiempo en una época en donde no existía la tecnología que nosotros tenemos hoy en día, hoy en día vos sos médico y estas en un grupo de médicos que consiguen trabajo y entonces la hora guardia de acá de pichanal está muy por debajo del valor de salta, “¿pero qué haces ahí? venite a laburar con nosotros acá, si

vos tenes una capacidad tremenda deja eso que no sé qué” y en ese momento en donde uno esta vulnerable dice “noo... renuncio y me voy”, así ha pasado con muchísima gente. Y entonces tiene que ver con...

Investigador: ¿Eso paso con los profesionales que trabajaban aquí?

G: En oran muchisimo, yo tengo amigos. YO SIN IR MAS LEJOS ME TENDRIA QUE HABER IDO (con voz grave) por lo hostil que es el hospital, la gente todo, ósea no, no... yo personalmente no entiendo eso, no comprendo cómo pueden... la gente creo que no... no lo ve de la manera en que “¡qué bueno viene alguien a curarnos!” no, lo ve como “ah... viene este... a querer hacerse el dueño...” a mí me dijeron: “acá los de pichanal somos bravos hay que ver si puede”, entonces claro cualquier otra persona diría: “¡pero no te hagas problema yo no tengo que demostrar nada me voy y yo voy a vivir tranquilo y ustedes sigan haciendo lo que hacen siempre!”, y en el medio de todo esto hay mucha gente, no, no, hay mucha gente, hay poca gente, que se beneficia, de que la situación este así.

Investigador: ¿Cómo por ejemplo?

G: Como por ejemplo personas que pueden tener una visión un poquito más arriba del común denominador y tienen un abuso de un poder, de un poder que a veces es explícito o implícito a veces real y a veces virtual porque el desconocimiento nos pone en esa desigualdad, entonces vienen y dicen “no, no... vos no hagas eso porque ahí te van a hacer tal cosa, tenes que venir acá y entregar acá”, claro entonces de repente viene un grupo de persona x, a querer blanquear la situación y no, no porque si esta cosa se sabe eso va en perjuicio de lo que yo estoy haciendo y se va a destapar todo”, y entonces eso se va gestando... gestando y cuando cambia, cuando hay un estallido social. Cuando hay gente que se cansa de esa circunstancia y dice basta. No hay uno como que dice a ver qué es lo que está pasando, el ministerio, imagínate que es todo salta, yo como gerente no puedo tener la caprichosa idea de que el ministro tiene que venir a solucionarme todo, soy yo el que tiene que gestionar, soy yo el que tiene que plantear, soy yo el que tiene que buscar con quien voy a trabajar, para que esto sea mucho más eh más ameno y para que las cosas se concreten y ahí también está la idiosincrasia yo estuve en bs as. Volví, uno tiene un ritmo diferente de trabajo, entonces cuando uno llega acá la velocidad es distinta, entonces es como que muchas veces la gente no me va a comprender de lo que yo quiero hacer, de lo que yo quiero plantear y eso yo lo entiendo, por eso yo siempre me tomo mi tiempo (lo dice

en un tono bajo y extiende las manos y las vuelve a contraer haciendo un gesto de relajación) hay algunas cosas que se tienen que hacer ya y hay algunas otras cosas que pueden llegar a esperar ¿no?. Entonces no es, no es un solo punto la problemática a la accesibilidad a la salud, que a mí me interesa mucho, ayer estuve yo reunido en la comunidad de las tres palmeras en un centro comunitario y mira el detalle, yo me había reunido con referentes en la nueva Jerusalén y estaban los referentes de la nueva Jerusalén y también de las tres palmeras y no me acuerdo de otro lugar más, entonces yo comprendí que éramos todo un grupo de que quieren salir adelante y entonces hable con el intendente, con el jefe de policía, hablar con este con aquello para que el puesto sanitario de la nueva Jerusalén, tengamos más gente, podamos tener más profesionales y me acordaba de algunos, “che me podes conseguir el número de este chico” si Darío, bueno listo, me pasas el número, el cacique, bueno voy a verlo a Darío y me lleva a ese lugar y yo le digo “pensé que nos íbamos a juntar en la nueva Jerusalén”, “no estamos peleados doctor” “no nos podemos juntar”, ahhhh... y ¿cómo vamos a plantear algo con esta circunstancia (lo dice en voz baja y abre los ojos expresando exasperación, como le voy a decir a esta gente que vamos a llevar kinesiólogo, ginecólogo a la nueva Jerusalén si su gente va a la nueva Jerusalén y son agredidos?).

Investigador: Si, están peleados por una cuestión de tierras.

G: Claro, pero... (gesticula con los brazos) la salud nos trasciende, la salud va más allá de la política, de la religión, eso lo entiendo yo (gesticula con las manos hacia él), en la culturas de ellos no lo sé, pero mira están acá dentro del municipio y cuando surge una problemática de salud es responsabilidad nuestra o ¿no?, y yo no puedo salir a decir “no bueno que se la arreglen ellos si ellos están peleados” no, de alguna manera hay que encontrar alguna tregua para que eso se lleve a cabo, ellos pelearan por su tierra, yo pelare por la salud pública y para que esas cuestiones no nos retrasen entonces, por eso digo la accesibilidad a la salud es, muy compleja y uno podría decir, el hospital está abierto las 24 hs, pero no es simplemente eso, es entender

Investigador: Porque hay distintos tipos de accesibilidad

G: Claro... yo fui a atender a una chica a su casa porque no la podían traer por una debilidad de una cuadriparesia de una debilidad de los cuatro miembros, hay... ya me estoy (mira el reloj, porque tenía que atender pacientes)

Investigador: Ya terminamos

G: Bien, y claro y entro y la casa no tiene luz no hay nada es como... entonces no es la casa no es que no haya la luz es, es la lectura que uno hace de todas esas personas porque uno dice, “che me levanto y... la ... pintura de esta pared está deteriorada” bueno tomo la iniciativa de buscar una pintura y pintarla, esa iniciativa lleva todo una reflexión de mi proceso cognitivo que cuando uno entra a una casa y ve todo deteriorado los platos, no hay luz... y uno dice “che y ¿hace cuánto que viven acá?”, “20 años”, ahhh... 20 años y a nadie se le ocurrió la necesidad de... “no porque así estamos bien”, no hay una iniciativa, ahora es muy sabido las cosas que han pasado en algunos lugares en donde se han entregado casas y ¿qué ha pasado con esas casas?, para estas personas, rompieron los pisos porque estamos acostumbrados a vivir en tierra no en piso.

Investigador: ¿Aquí pasa eso?

G: Claro en la como se llama el lugar, en villa ralle no me acuerdo como se llama el lugar, pero nunca lo vi yo me lo contaron, entonces empiezan a vender los materiales etc., ¿porque?, porque su visión cultural es mucho más... es como querer darle una motocicleta a un niño, son los recursos que los vamos a desperdiciar porque, porque nosotros los del “otro lado” como ellos no dicen a nosotros, ni siquiera le hemos preguntado, ni siquiera nos acercamos a decirles “chicos, como quieren...”, no, no, no porque nosotros no claro viene el IPV y hace una súper casa y “es lo que vos necesitas y es lo que vos tenes que, acá tenes que vivir, mira de lindo, este traigan la foto y entregamos la casa”, y por ahí el tipo está pensando “pero si yo no te pedí esto, yo no quiero vivir así”, entonces ahí hay un error una falla de comunicación en los dos lados.

Investigador: ¿Para Ud. que tendría que cambiar para que mejore la accesibilidad de todos los temas que venía comentando, por donde se podría comenzar? Desde el sector de salud

G: Ah desde la parte de salud, primero sincerarnos, en donde hay una gran demanda hay una falta de respuesta, hoy nosotros lo estamos haciendo, fuimos hasta la estrella Martínez del tino, ¿sabes cuantos alumnos tiene la escuela Martínez del tino? Tres alumnetos, y entonces llegar a esos lugares es, entre eso ya tengo consultorio de neurología eh el centro de salud, los puestos sanitarios eh primero esa realidad que si la conocemos, pero está ahí es como una cosa... una verdad dicha a voces pero que se acepta como un inconsciente colectivo, ya somos así...

Investigador: Esta naturalizado...

G: Claro, faltan voluntades y luego de la voluntad tenemos que pasar al plano de lo real, porque problema no está en el plano de lo que yo puedo hablar. El problema está en el plano de lo real, bueno está bien podemos hablar en un plano del dialogo de la palabra en donde vamos a charlar sí bueno falta esto, falta lo otro y ahí está bien, pasemos al plano real ¿Quién va a venir?, entonces aquellos líderes, o aquellas personas que tienen el deseo de atención se tienen que encontrar conseguir las voluntades, y llevarlo al plano de la ejecución, entre eso pasa que pichanal necesita aire nuevo en muchos aspecto no?, porque uno dice vienen tres personas “no si ya sabemos, estos siempre vienen, después no van a hacer nada, ya estamos acostumbrados doctor, no pasa nada deje nomas”, entonces tenemos que trabajar y vamos a traer eso para decirle esto va a cambiar, una de las cosas que yo le dije a las personas es que yo no hago las cosas por la persona no es que yo vengo acá por “el vecino de pichanal”, si vamos a conseguir un psiquiatra para le gente (en tono de promesa política), no!, primero es que yo no soy político, sino que ese es mi rol, entonces cuando cada uno de los actores sociales importantes o referentes entiende cuál es su rol ahí la cuestión empieza a cambiar por ejemplo: yo doy una charla en la gente del tránsito en oran y “no porque esto y aquello, somos responsables y yo como neurólogo usted.. naaaa doctor... no va a cambiar más la gente de oran” pero nosotros tenemos que iniciar alguna medida... “naaaa... doctor ya no hemos cansado... había una vez una ley que no sé qué iniciar alguna medida, “noo doctor ya nos hemos cansado, había una vez una ley que no sé qué...y sabe que los multábamos a axion e ipf y sabe que nos decía, “múltame si total yo gano es más todavía que la multa”, yo digo si, pero ustedes no trabajan para ipf ni para refinor ósea no los tiene que modificar, ¿saben porque?, porque si ustedes que son los agentes de tránsito no lo hacen, quien lo va a hacer, ¿el medico el personal del hospital? No, nuestro rol es ser agente de tránsito y cumplirlo, independientemente si me saludan o no me saludan, entonces acá se mezcla mucho de eso, la opinión personal y el desconocimiento de lo que yo debo hacer como agente social.

Investigador: ¿Eso pasa con los médicos de aquí?

G: ¡Uh sí!, pasa que muchas circunstancias entre esas algunas que, si corresponden y algunas que no corresponden, no por ejemplo falleció una persona en el domicilio, bueno no nos corresponde, no llego al hospital, el medico puede negarse y está en toda su ley, ¿Quién tiene que actuar? La policía y el médico legal donde estay donde viene la gente, al hospital, entiendes? entonces cuando todo funciona mal es como que “para, para paremos la

pelota y veamos cómo vamos a jugar”, entonces un medico va a venir dos años tres años, cuatro años y decís: “che ya no doy más, esta gente no aprende, a los policías no los calienta nada, este tampoco” chau, mucha gente se va o mucha gente se queda y toma esa iniciativa ¿no?, porque , porque no salieron así de lugares a como por ejemplo el hecho de decir: “voy a viajar a una capacitación, vuelvo refrescado y entiendo lo que vengo haciendo mal”, no, acá estamos así, constantemente cerrados ¿porque?, es tal la demanda, que el asistencialismo pasa a tomar el primer lugar y la capacitación queda atrás, entonces cuando yo hago mucho asistencialismo me convierto en un autómatas y el autómatas hace, hace, hace, “bueno si hay una... se hace esto lo otro “y viene el tipo y vos le decís “no mire esto no es así porque el certificado de discapacidad...” y el tipo (golpea la mesa) “a mí me dijeron que usted lo tiene que hacer”; “si... pero...” (Golpea la mesa) “lo voy a hablar con el referente o con él no sé qué...”. Bien uno de los médicos me decía que en la nueva Jerusalén con un cuchillo le decía que lo tenía que derivar a su hijo (gesticula con los ojos) “pero no... mira...” (gesto de amenaza con el cuchillo) “vas a derivar a mi hija si o si”, listo vamos a derivar a la hija si o si, entonces ya al segunda consulta vos vas así sonrisa de oreja a oreja?, no vos vas y decís bueno derivo todo, yo que me voy a estar en medio de esta gente si yo vengo a trabajar y esta gente me saca un cuchillo de que estamos hablando, estamos todos locos, entonces porque pasa eso, por una falta de protección de las instituciones, ¿Por qué? Porque el hospital se desentiende, no se el jefe de la comuna se desentiende, todos se desentienden o no se conocen entonces es compleja la situación ¿no? ¿Por qué? porque no van a decir: “bueno miralo al doctor... ah mira el doctor hace todo mal” y después vos te vas a sentar a hablar con el doctor te va a decir “cuando yo vine venía con todas las ganas de trabajar, pero me denunciaron, pero esto, me sacaron un cuchillo, me quisieron golpear en la guardia, me basurearon” entonces decís: “ah con razón”. Todas las acciones de los seres humanos absolutamente todas, tienen un porque, todas, a veces las personas se dan cuenta y lo asimilan muy bien y a veces no, viene la gente al consultorio y dice “no doctor estoy nervioso, estoy que no sé qué, me duele la cabeza...” y porque estas nervioso “nose doctor, tengo miedo” y porque “nose doctor, ¿será por el dolor de cabeza?”, puede ser, ¿y usted vio algo grave?, “sabe qué?, mi vecino se ha muerto de un dolor de cabeza porque después tenía un tumor” ¿y eso le genera miedo a usted? “si, tengo miedo de morirme, por eso me duele la cabeza”, ahí está, ahí está la ansiedad y ahí está el miedo, que no lo hace propio que no lo hace consiente sino que actúa,

reacciona, bueno la gente de la misión san francisco, de la misión wichi, la gente de tres palmera, la gente de todo estos lugares reaccionan así por algo, no los podemos comprender por una falla de comunicación, ellos quieren tierra y el otro también y no vamos a llegar a un acuerdo y “esto es mío y esto también y no sé qué, bueno vamos a pelear entonces...”

Investigador: Que está pasando por eso hay un problema

G: Claro por eso yo cuando vine de salta a esta zona dije “esta gente no pregunta esta gente, lo único que pelea, discute y yo no entiendo porque discutir tanto, bueno ellos les gusta eso.

Investigador: En resumidas palabras cómo definiría a los miembros de las comunidades originarias de la zona de la misión san francisco etc

G: Un grupo es una población, diversa dentro de una misma comunidad, muy postergada, ¿es con un dolor y un sufrimiento incomprendido por un lado y por otro lado este como se dice?, sobrevalorado por intereses es de algún, de algunos grupos, externos e internos dentro de su misma comunidad es, pero que tiene un solo objetivo, sobrevivir en todo este contexto social que se mezcla en municipios como el nuestro, es así.

ENTREVISTA A REFERENTE COMUNITARIO

Investigador: ¿Que problemática hay en la comunidad?

RC: Bueno la problemática que más nos afecta acá en la comunidad son los chicos que tienen problema de adicción, por ejemplo, están en el paco la pasta base también lo que es la bebida alcohólica y también nos preocupa mucho que hay mucho robo aquí en la comunidad. Es de los mismos chicos que están bajo los efectos de la misma droga y que necesitan para seguir consumiendo y son los que entran a las casas para robar. Roban y venden para comprar más droga

Investigador: ¿Alguna otra problemática con respecto a la salud que haya observado?

RC: No, el tema de salud no porque en la comunidad contamos con dos centros de salud que es a donde recurren los médicos de la comunidad y vienen con los centros que funcionan en los dos loteos, uno allá y otro acá al lado en el primer loteo, y de ahí cuando hay personas que no pueden llegarse hasta el hospital se pide la ambulancia y se hace el traslado así que en el tema de salud estamos bien, estamos cubiertos.

Investigador: Por ejemplo, por lo que observa en el centro comunitario cuando hay un problema de salud que es lo que hace la gente, ¿a quién recurre primero?

RC: Si este concurre al puesto sanitario de ahí si es una consulta ambulatoria... bueno el medico los médica y bueno vuelven a su casa y si es para internación bueno ahí se pide la ambulancia y se hace el traslado al hospital.

Investigador: Y con respecto a las medicinas tradicionales... ¿Lo usa la comunidad?

RC: Mmmm no como que ya se perdió eso... como que vos has visto que eso lo usaban nuestros abuelos nuestros ancestros, si bien hay todavía adultos que lo usan ha visto todavía, pero no mucho

Investigador: ¿Hubo algún problema en la atención medica?

RC: No, nunca, nunca tuve problema siempre tuve buenas respuestas.

Investigador: Con los turnos, sobre la atención, ¿la parte económica?

RC: No, porque como le explico acá en la comunidad, si es grande, pero tenemos dos centros de salud y viene el medico así que no hay problema de atención

Investigador: ¿Y la relación con el personal de salud, medico, agente sanitario, enfermeros?

RC: Normal, buena eh si buena, incluso yo a veces hago charlas invito al director, lo invito a los enfermeros, a los sanitarios, es una buena relación que tenemos

Investigador: ¿Es una buena predisposición?

RC: Si, si, hay. Igual a veces vienen abuelitas abuelitos con receta y sin que ellos vayan al hospital yo ya desde el centro les gestiono y les traigo los remedios a domicilio

Investigador: ¿Con el hospital lo coordinan?

RC: Si, si, tengo... trabajamos en conjunto con el hospital.

Investigador: ¿Hay una buena predisposición de ambas partes?

RC: Si de ambas partes.

Investigador: ¿Cree que los servicios que brinda el hospital y los demás son adecuados para la comunidad? O habría algo que modificar

RC: No, si bien no el hospital nuestro es como una sala más de primeros auxilios porque no tenemos quirófano, no tenemos especialista, mas aparato, si bien tenemos una fractura, no tenemos traumatólogo, tenemos que ir a otro lado, es precaria la salud.

Investigador: ¿Que tendría que mejorar?

RC: Bueno... eh obvio lo primero que tendríamos que tener es un quirófano y los

profesionales porque por ahí tenemos una urgencia hasta que llegamos a oran, vos has visto a veces la gente muere ya... en el camino... paso varias veces así con vecinos...

Investigador: ¿Cómo qué situación?

RC: Por ejemplo, una vez yo me acuerdo que iba acompañando a una compañera eh... hace muchos años iba acompañando a una señora que era amiga y en el transcurso desde que vamos hasta oran, le hicieron la cesárea, él bebe ya había muerto en el vientre de la señora, cosa que si tendríamos un quirófano acá no ocurriría esas cosas

Investigador: ¿Todos los partos se dan en oran?

RC: No, los partos naturales acá. Y si son partos por cesárea allá en oran porque no tenemos quirófano. Tener una terapia intensiva, tener profesionales, no tenemos muchos profesionales, no tenemos traumatólogo por ejemplo que se podría solucionar en un consultorio, no hay. Cuando tenemos esos problemas tenemos que viajar a oran

GRUPO FOCAL: Agentes sanitarios del puesto 1 de la misión san francisco (1 enfermera y 5 agentes sanitarios)

Investigador: ¿Qué problemáticas pueden observar en la comunidad respecto a la salud? Y En general

AS 2: Es más social, que son los...

AS 1: bueno bajo peso ya no tenemos...

AS 2: no tenemos la cantidad que era antes.

AS 1: ¿tenemos embarazo precoz seria no?

AS 3: sí, pero tampoco se está dando mucho... como antes... porque... porque hay muchos anticonceptivos

AS 1:-pero si hay embarazo precoz.

AS3: Y en las embarazadas se está dando mucho las infecciones que sería... VRS (virus respiratorio sincitial) hay muchas...

INVESTIGADOR: Ajam...

AS1: Hay otras enfermedades también... HIV hay mucho...

AS2: Hay mucho en la misión

INVESTIGADOR: Con respecto al tratamiento ¿lo provee el hospital?

AS1: Si lo provee el hospital, una vez que le hicieron el laboratorio si... hay

menores también con HIV, chicos que nacieron así ya con HIV

AS4: Ya también está saliendo de nuevo lo que es tuberculosis.

AS1: Ahora también estamos teniendo más casos de tuberculosis

AS3: En jóvenes y en adolescentes y en jóvenes, antes casi no teníamos esos casos

AS1: ¿Siempre eran los viejitos ha visto?

AS2: Ahora no en el sector hay tres... que están haciendo tratamiento...

INVESTIGADOR: ¿a qué se debe que comienzan a surgir estas enfermedades?

AS2: porque hay mala alimentación...

AS3: la droga

AS1: alcohol y mala alimentación

AS 4: hay muchas adicciones.

INVESTIGADOR: ¿Esto fue aumentando o siempre fue así?

AS1: No hay muchos...

AS2: Apareció mas ahora

AS2: Es un poco difícil controlar el tbc... porque cuando uno le lleva los medicamentos... administrados muchas veces, ellos la familia no... no se cuidan... y siguen saliendo y siguen consumiendo, entonces más allá que hagan el tratamiento si ellos no se cuidan, un poco como que demora la curación...

AS1: No toman a tiempo las pastillas... dejan

AS3: No toman un día al otro día dejan....

AS1: Y si lo cortas es como que no sirve y tiene que empezar de nuevo

AS1: Otra vez re-tratamiento... pero la mayoría... ¿el tuyo paso eso no? (hablando a otra agente sanitario)

AS2: Si...

AS3: Él se pone a tomar y toma la pastilla

AS1: La persona que está al frente digamos como un seguimiento te das cuenta, como no va a aumentar de peso que es lo que está pasando...

AS2: Claro porque se hace el...control

AS1: Para ver si está funcionando el tratamiento... se hace el control, otra vez se pide la muestra, le pesan y ahí es donde se dan cuenta si es que está tomando la pastilla o no y si baja es porque no la está tomando y si sale positivo la muestra otra vez es porque no lo está haciendo al tratamiento entiendes...

AS2: Así como ellos dicen que sí, no lo están haciendo

INVESTIGADOR: Claro... ¿Se dan muchas estas situaciones?

AS2: Ahora si... no quieren porque es fuerte la pastilla y ellos dicen o porque no tienen una buena alimentación entonces no la bancan mucho a la pastilla porque es fuerte... tiene que alimentarse bien pero bueno... vos has visto que ellos están con la droga con alcohol y entonces no se alimenta y claro que le va a costar también.

INVESTIGADOR: ¿Y qué pasa con esos pacientes?

AS1: Se mueren

AS2: Si vos no te quieres curar te morís.

AS3: Exacto.

AS2: Entonces nosotros informamos al jefe, que llega a la familia hablo con él, y él se encapricho y dijo que no, no quiere ya....

AS2: ¿La mujer era una flaquita te acordas?

AS1: Claro ellos vivían allá y se pasaron al sector del..., pero el esposo el muchacho A, yo le pedí permiso para sacarle una foto porque era impresionante cuando el dejo el tratamiento...

AS3: Estaba flaquito

AS3: Era como un animalito, chiquito negrito, flaquito, así como un monito, yo me sorprendí y le pedí permiso para sacarle una foto, lo lleve al jefe de nosotros, lo hice ver y volvimos a hablar y no hubo caso, dijo que no... y después paso como... habrá pasado un mes más... yo estaba de vacaciones y cuando regreso ya había fallecido. Pero se luchó muchísimo por el para qué...

AS2: Porque en realidad tiene cura.... No se tendría que morir

AS1: Si hace el tratamiento se cura, pero si no lo hace

AS2: Y encima le dura 6 meses nada más

AS3: Rápido avanza el tratamiento para que se cure o sea.... Que ya es de ellos... voluntad de ellos... porque era alcohólico... tomaba mucho...

AS2: Tomaba mucho

INVESTIGADOR: ¿Es más por la cuestión del consumo que tienen?

AS1: Y porque no tienen para comer tampoco... porque lo poquito que tienen es para el alcohol... es lo primero que compra no para comer.

INVESTIGADOR: ¿Otra problemática surgió?

AS2: Mmm no por ahora tenemos más eso...

AS3: Lo que serían las adicciones...

AS2: Claro pero después así sería enfermedades que tengamos muy es el tbc por ahora

AS1: A través de las adicciones que vienen ahora y viene el tbc seguro

AS4: Y la... el HIV... porque eso...

AS1: Son inconscientes y no saben lo que hacen

INVESTIGADOR: ¿Del hospital se hacen campañas para prevenir esto?

AS2: Lo que es adicciones creo que no porque...

AS1: Hasta nosotros mismos no sabemos cómo afrontarlo... ósea vamos a las casas y no somos psicóloga...

AS2: Claro no tenemos un apoyo

AS3: Te cuentan ellos, los padres... los... te derivan te derivan a tinku oran... pero...

AS1: Queda otra vez en la nada

AS2: Te regresan... regresan de nuevo... no hay continuidad... no hay un seguimiento en si.

AS1: No hay contención.

AS3: Acá el único que anda ahora es c (psicólogo del hospital), pero él es uno y...

AS4: Hace mínimo

AS2: Y hay un montón de casos en todo pichanal, no solamente en la misión

AS1: Claro en todo pichanal

AS2: Porque antes era la zona más riesgosa era misión... ahora ya no es misión, ahora la zona más riesgosa es la Jerusalén y barrio francini esa parte, esas son las zonas más riesgosas que hay más embarazadas y niños bajo peso y ya no la misión

AS1: Que antes era nombradita misión, todo era la misión, embarazada había más... niños bajo peso era acá... ahora ya no...

INVESTIGADOR: ¿Ya fue desapareciendo esa problemática?

AS2: Si ya no es tanto... pero si está apareciendo tbc, adicciones esos casos si, muchos casos de esos.

INVESTIGADOR: ¿Desde el hospital trabajarían con la aps?

AS2: Claro...

AS3: El otro día estaba el doctor con el tema del tbc...

AS4: Hicimos una charla nosotros sí.

AS4: Muy lindo el doctor vino... con y preparamos...

AS2: Afiches esas cosas

AS4: Afiches... invitamos a los que están haciendo tratamiento o a la familia lo invitamos

AS1: A los que ya tuvieron...

AS2: Claro...

AS1: Pero no vinieron más que eso nomas...es muy poquito (sonríe) iguala has visto, la charla a diferencia de que vos hagas

INVESTIGADOR: ¿Cuántas personas viven en la misión aproximadamente?

AS1: Número exacto no se...

AS2: A menos que junte cuanto tiene una cuanto tiene la otra...

AS3: 150 familias digamos...

AS1: No la población.... Vos tenes algo se 700

AS2: Creo que la L tenía algo de 800

AS1: Si por ahí

AS2: Ella no se la cantidad...

INVESTIGADOR: Me dijeron entre 12.000 y 15.000

AS2: Puede ser, puede ser...

AS2: Cada uno tenemos aproximadamente 800

AS1: Claro, ¿cuántos sectores son acá 8 no?

AS3: Si, si...

AS1: ¿8x 8?

AS2: 16...

INVESTIGADOR: Entonces ¿entre 12.000 y 15.000?

AS2: Por ahí debe andar

AS1: Si

INVESTIGADOR: ¿Los servicios que brindan aquí son atención primaria de la salud, vacunación?

AS3: Control de niños, ver a las embarazadas y visitar casa por casa ha visto, hacemos todo lo que corresponde y bueno derivar si es que hay niños enfermos o lo mismo,

si hay embarazadas que están mal... o adultos también... cuando llamas a la ambulancia has visto también y al puesto que lo vea la enfermera

AS2: Ahora estamos teniendo médicos y enfermeros

AS1: Si y ¿antes hace dos años atrás?

AS3: Hace dos meses tenemos médicos

AS4: Pero por dos años que no hubo nada por la pandemia, no había ni enfermero ni medico acá... Imagínate venía gente y... éramos nosotros los únicos que estábamos

AS5: Y salíamos al sector nomas, hacíamos lo básico...que es atención primaria

AS5: Pero después no había atención acá, así que venía la gente con presión y a buscar medicamentos, a veces nos quedábamos cuando había de la... por ejemplo de la presión alta le dábamos si había si no había bueno no hay...bueno tenía que ir al hospital a buscarse si encontraban... porque no mandaban casi tampoco.

INVESTIGADOR: Como están más en contacto con la población, ¿cuándo la gente se enferma a donde va en primera instancia?

AS1: Van al hospital

AS2: Vah ahora que hay medico acá vienen acá y si no hay van al hospital

AS1: Y si no, no van

AS2: Si no, no van

AS3: Porque dicen que no quieren esperar o a veces que se yo no se... se toman algo que no se...

AS1: Murmura con la otra compañera

AS2: Claro... ya tiene que ser bien grave para ir, pero después no, ellos se hacen las cosas

AS3: Claro pero después ellos nomas dicen “no... yo me compre esto y esto estoy tomando”, “¿has ido al médico?” “no, me compre esto y ya me está pasando”

INVESTIGADOR: ¿Y en la comunidad se sigue utilizando lo que sería medicinas ancestrales?

AS1: Mmmm. No

AS2: A veces solo una...

AS1: Si no... ya no como antes

AS3: Y si antes más que nada era la gente de más edad

AS2: Pero así joven... ya no ya.

AS1: Se perdió... ya no es lo mismo

AS3: Una que otra...

AS2: Algunos que tienen su abuelita eso si... pero si no tienen ya no lo hacen

INVESTIGADOR: ¿ya no existen los curanderos o ya no hay?

AS1: Hubo curanderos, pero ahora ya no hay...

AS2: Yo que sepa no

AS3: Fallecieron...

AS4: Ya no es como antes... si era susto iban ¿ha visto? O cuando tenían diarrea lo hacían curar porque decían que era susto, pero ahora ya no, no. Vah ahora es más a doña Manqui, la única a la que van de la misión si es a ella

AS4: ¿Y el otro como se llama el peluquero? ¿V?

INVESTIGADOR: ¿Ellos son curanderos?

AS4: Claro ellos los curan no se... los sahúman o los rezan a visto algo así creo... bueno... le da algo para tomar, pero ha visto no son cosas para o es algo fuerte

AS2: O le dan algo para el empacho... depende

AS1: De eso curan nomas vah y no sé si habrá de lo otro también...

AS4: ¿Es que por ahí dicen... como es del estómago?

AS1: De que hay... hay... pero no sé si curan...

AS2: Claro eso no se

AS4: Pero a la única que la escuchamos siempre que vamos a la familia dice “ay no se estaba con diarrea, parece que es susto, ¿pero la lleve a la manqui” ve? Eso es lo que te dicen

INVESTIGADOR: ¿Y por eso no vienen directamente aquí?

AS2: Claro...los llevan ahí, pero a veces le decimos: “no, llévalo a manqui, pero también llévalo al hospital” llévalo a las dos cosas

INVESTIGADOR: ¿Y lo hacen?

AS2: Y hay veces que, si lo hacen y a veces que no, prefieren llevarlo al otro y no llevarlo al hospital

AS4: Pero la manqui, ella sabe que tiene que decirle que vaya al hospital, porque ella ya trato con el hospital también, trabajo con el hospital.

AS2: Claro ella tuvo contacto...

AS4: Si... ella tiene sales y les da para el calor ¿has visto?

AS2: Claro ella después dice “está mal, llévalo al hospital” ósea que ella también...

AS1: Lo aconseja eso.

INVESTIGADOR: ¿Ósea que hay una relación con el hospital y la curadora?

AS4: Y hay veces que ella lo avisaba, a veces iba y decía mira o veces nosotros pasábamos por ahí y nos veía con la chaqueta decía: “mira ahí hay un chico que vino mal, tiene esto míralo” no se nos decía que vivía en tal parte y nosotros ya íbamos y decíamos de quién es ese niño dice que andaba enfermo, que todo eso o “esta flaquito”.

INVESTIGADOR: ¿Les avisa?

AS4: Claro nos avisa.

INVESTIGADOR: ¿Y cómo es la relación que tienen con la comunidad?

AS1: Muy buena

AS2: Si

AS1: Y según como uno los trate, pero si gente muy educada, muy buena por lo menos yo

AS4: Si

AS3: Si

AS2: No somos rechazadas por ninguno, acá no.

INVESTIGADOR: ¿Y de la comunidad con los médicos es igual?

AS1: No es lo mismo como nosotros trabajamos, ponele que el medico a veces va solo a domicilio, no lo van a recibir así nomás, ponele que no haya una enfermera y ella no está y cae así nomás y no lo conoce no lo van a recibir, al agente sanitario sí.

INVESTIGADOR: ¿Porque los ven siempre?

AS2: Claro porque nos ven siempre digamos

AS3: Porque muchos vienen... siempre vienen esos médicos... supuestamente a trabajar vienen y hacen tipo campaña digamos vienen, visitan un montón, pero tenemos que ir nosotras a la par para que lo reciban si no, no.

INVESTIGADOR: ¿Porque no hay confianza?

AS1: Claro, eso si

AS2: Y tampoco hay un seguimiento de ellos.

AS1: No vuelven

INVESTIGADOR: ¿Y nunca hubo algún reclamo de la comunidad hacia ustedes o los médicos?

AS5: Si... hay veces que sí, nos dicen a nosotros que hay problemas que se yo... por la atención ¿ha visto?, que no lo querían recibir y van y después le dicen “no, mira venga más tarde... por ejemplo con las embarazadas nos pasa de que a veces nosotros derivamos, porque ya está con pérdida o algo o esta con dolor y la mandabas y hay veces que la rechazan y nos dicen no que vaya y después cuando este más dilatado que vuelva, y hay veces que eso pasa que produce el parto en el domicilio o al camino.

AS3: Si ¿pero son raros no? Son raros, no son todos

AS5: Ósea no es siempre

AS2: En algunos pasa. Pero después... no porque los médicos que están acá son casi todos conocidos... ya se sabe, ya lo conocen, a menos que venga alguien nuevo si... pero después no.

INVESTIGADOR: ¿Cuándo son nuevos hay más reticencia a ser atendidos?

AS5: Claro... porque no los conocen, aquí por ejemplo hablaban bien de la doctora T, que es buena que ella atiende bien y todo eso.

AS1: La buscan

AS2: Claro... y cuando estaba ella acá y hacia atención ellos venían a sacar turno.

AS3: Se llena...

AS2: Y el hospital lo mismo.

AS1: Cuando es uno nuevo no...

AS2: Claro o cuando se enteraron que trato mal a uno ya no quieren venir y dice “no a mí me han contado que lo han tratado mal”

AS2: Y a veces uno les dice: “anda igual al médico, es más cerca que ir al hospital”, el hospital es lejos a veces tenes que ir a qué hora que se yo... para encontrar un turno... en cambio, acá no, un día antes sacan el turno para el otro día.

INVESTIGADOR: ¿Viene mucha gente?

AS2: Ahora si estaban viniendo.

AS1: Cuando se enteran...

AS2: Mucho tiempo no estaban viniendo... ni enfermeros teníamos...

AS2: Ve ósea primero si y nosotros estábamos nomas, no venían ni enfermeros ni médicos así que después ya cuando volvieron los médicos no sabían

AS3: Y ya avisamos que hay médicos o enfermero acá, hemos vuelto a tener en el puesto y tratan de venir

AS5: Pero has visto... bueno... hoy día yo estaba observando de que en el hospital no saben nada nadie, nadie tiene información, los de estadística no saben, los de farmacia no saben si que medico va a atender o donde atiende...

AS1: No hay comunicación

AS5: ¿Ves por ejemplo hoy día buscaba... había unos viejitos ahí que buscaban a la Dra. R, donde atiende la Dra. R? donde atiende la Dra. R? y nadie sabía nada, va a preguntar a estadística y nadie sabía nada

AS2: ¿No estaba la L?

AS5: No era la L, estaba otra chica porque yo estaba sentada ahí con mi hijo.

AS5: No sabía, ha ido a preguntar en farmacia, no sabían, ves y los viejitos andaban de un lado para el otro, después cuando vino la L, entonces ahí le dijo L, “ahí va atender la Dra. R, eso también es falta de información, no hay dialogo, ella también tiene que informar, se manejan en capsula y después por eso andan tonteando los otros, lo mismo, los que estaban ahí, buscando donde atendía la Dra. R y nadie sabía nada, nadie sabía informar nada.

AS2: Si porque decían 4 o 5 números nomas y estaba una señora y ahí no la dejaban moverla a la L.

AS5: No la L cuando vino le dijo ahí está la Dra. Pero nadie sabía nada

Murmuran

AS5: No está bien... pero yo estoy diciendo nomas... ella pregunta... (a sus compañeras)

INVESTIGADOR: ¿Entonces en el hospital pasa esto de que la gente va y no hay una comunicación para decir quién va a atender?

AS5: Ahora que hay especialistas está pasando eso. Porque más antes no había especialistas

AS1: O sea no iban

AS2: No sabíamos de médicos, doctores odontólogo donde atiende sabíamos, pero ahora como hay especialistas y cambian... cada mes es diferente el movimiento, no hay un dialogo, entonces nosotros mismos no sabemos que día atiende el cardiólogo, porque no nos comunican.

AS3: Para informar a la gente

AS1: Nos comunican un mes, hacen un cronograma y al otro mes ya no nos han

pasado... nos han descolocado diríamos... entonces a eso se debe la mala comunicación...

INVESTIGADOR: ¿Y hay problemas tras eso?

AS2: Claro... si

AS1: Es muy feo por ejemplo cuando uno sale y la gente nos pregunta, “¿quién atiende en el hospital?” “¿me puede decir si tal día atiende tal?”. Y yo me siento mal de decirle no se.

AS1: O si no te dicen “no yo tengo turno con la Dra. Ginecóloga”, y le digo no atiende y “no, pero si yo ya tengo turno”, la gente me avisa a mí y yo no sabía. (lo dice riendo)

AS5: Y nosotros no sabíamos

AS1: Y después voy a averiguar “¿che en serio que hay ginecólogo?”, “si, si viene el sábado” ¿! y porque no nos avisan!? (Levantando el tono de voz) si nosotros somos los que vamos a las casas y no sabemos, y ellos tienen que pasar la orden al director para que haya más comunicación... o que nos pasen todos los cronogramas así al comienzo de mes y listo.

AS2: Si, pero yo no sabía que había ginecólogo...

AS1: Yo recién me estoy enterando...

AS5: Yo me entere ese día

AS2: ¿Por qué nos dijeron que no había no?

AS1: Claro

AS3: No había

AS5: El viernes dijo...

AS5: Claro porque hablaba más de la obstetra... y nada más y no hablaban de ginecóloga...

AS2: Nada...

AS1: Y dijimos que no había...

AS5: Dice que hay psiquiatra también

AS5: No si dice que el sábado viene...

AS2: El día viernes se me hace que también viene...

AS5: No... no se

AS2: Porque la vi ha visto a la T, ella fue el día viernes.... Pero a la tarde atiende

AS5: Yo le pregunte al gordo h, y ni él sabe... “vaya a preguntar a estadística” ... y

la verdad que la pediatra...de la pediatra me dijeron que esta de licencia y ya no regresa...

AS2: Pero había otro...

AS2: Había otro, pero me dijo que ya no viene más...

AS3: Claro nosotros teníamos consultorio aquí los días viernes para los niños... pero ahora ya no

AS2: No ve que la pediatra me mando no ves cuando yo dije “dígame el turno que día” y dijo “no” es por primera y por última vez que venía, así que ninguna de las dos viene.

INVESTIGADOR: ¿Esas situaciones desorganizan un poco su trabajo?

AS1: Claro...

AS2: Si es la falta de comunicación. Pero es porque están llegando especialistas y ellos mueven allá y...

AS1: Nosotros no sabemos nada

AS2: No y eso es lo más grave de ahora, además como tenemos gerente nuevo y todo eso hasta que se acomode... se organice...

AS3: El gerente ingreso en abril... y ¿cómo es la relación con el respecto a los cambios que están pasando en la organización?

AS1: Nosotros bien... pero por eso digo como él es nuevo y está todo moviendo ahí y en constante movimiento... eso hasta que se organicen bien porque...

AS2: Eso lleva su tiempo.

AS5: Pero me gusta también porque saludo a todos “buen día, buen día, buen día”

AS5: El gerente sí.

AS5: Me presento a la Dra. M. y nos habló que iba a venir a hacernos entrevistas.

AS5: Entonces pare la oreja, y entonces yo ahí me fije de los abuelitos.... Había varios abuelitos ahí.

AS2: Ella tiene (haciendo referencia a la colega), una persona mayor que hace tratamiento de tbc y... ¿hasta ahora no lo está haciendo no?

AS4: No, como que abandono porque ella es diabética y todo eso y ella me manda un mensaje, y bueno lo que pasa es que el médico de cabecera de la Sra. Es la Dra. C, y ella es viejita ya, y resulta de que a la señora se le subió mucho el azúcar y todo eso y bueno entonces trataron de conseguirle un turnito para la doctora M, bueno la vio la Dra. M. pero bueno ella “me dijo la Dra. M que deje todos los tratamientos y medicamentos que estaba

tomando” pero ella como estaba tomando las pastillas y las inyecciones entonces ella pensó... no le comunico a la Dra. Que estaba haciendo tratamiento. Entonces ella me dijo “me ha dicho que deje todo...” y yo cuando voy a dejarle los medicamentos, me dice “no lo que pasa es que estoy muy enferma...” entonces resulta de que los medicamentos no había tomado... así que bueno en eso andaba, que la doctora C le iba a comunicar a don T para que le avise con el tema de los medicamentos y... bueno ayer la vio la Dra. C y le dio un pedido de análisis y esta mañana tendría que haber ido y bueno como yo andaba haciendo otros tramites así que no pude avisarle pero igual de todas maneras ya le voy a decir que vaya mañana temprano a ver eso, pero le ha hecho un pedido de análisis la Dra. C.

AS4: ¿Te acuerdas que a ella le llevamos el frasquito? (preguntándole a la colega), bueno a ella se le dijo que traiga una muestra, una saliva... el pollito... pero la señora dice que no puede largar, es viejita la señora... debe tener más de 70...

AS4: Y ella estaba haciendo el tratamiento y ella salió otra vez positiva en la muestra... ósea que no lo estaba haciendo bien al tratamiento y por eso es que se le daba otra vez e inyección, porque ella tomaba pastillas y después bueno ya le dieron las pastillas más la inyecciones y bueno hasta ahora no me puede dar una muestra, porque yo a los parientes de ella le saque muestra y me salió negativo, pero bueno, anteriormente ahí digamos un sobrino de ella estaba haciendo el tratamiento no sé si el la habrá contagiado a ella o no s, pero el termino el tratamiento y después comenzó ella

INVESTIGADOR: ¿Es una enfermedad muy contagiosa?

AS4: Si es una enfermedad muy contagiosa...

AS1: Muy... contagiosa

AS4: Así que ve estamos en eso y no pueden ni sacarle ni saliva a la señora... porque dice no “tengo nada...tengo la boca seca... que no tengo nada”, bueno así ves, le digo yo que largue un pollito, le digo que cuando usted se levante se enjuague la boca, me da ese pollito y ahí saco y ahí le dio positivo, porque ella estaba en la última fase y cuando le saque otra muestra ahí salió positivo de nuevo y ya después se le subió el azúcar, como ella es diabética se le subió mucho, así que por esa razón la vio la Dra. M.

INVESTIGADOR: ¿Cómo definirían a la comunidad de la misión?

AS2: Por ahora... bueno ahora es un poquito más responsable porque antes había muchas embarazadas... pero ahora ya veo que está mejor esa área... ahora me preguntan por el chip, donde colocarlo, vienen a buscar su pastilla...

INVESTIGADOR: ¿Están más informados sobre los métodos anticonceptivos?

AS2: Es que hay muchas fundaciones acá de los anticonceptivos, viene hay partes que hablan ha visto de los anticonceptivos preservativos, todos de los...

INVESTIGADOR: ¿Desde el hospital?

AS2: No es aparte del hospital, nada que ver, que trae el sacerdote, ósea que hay fundaciones que vienen acá, esta como para los niños hay fundaciones que vienen también ¿qué es pata pila?, ¿eso también ves?, entonces por eso puede ser que no haya tanto riesgo o bajo peso porque hay fundaciones y le informa le habla a las madres de los anticonceptivos...

AS1: Le enseña...

AS2: Y cuando vienen de los anticonceptivos por ejemplo acá en la misión traen implantes solo para la misión hasta 24 años , porque el hospital solo es hasta los 19 el implante, no es más... bueno acá si se daba, venían y se encargaba igual la obstetra que es del hospital, ella hablaba quedaba de acuerdo con el padre, para ella poder venir a poner acá en la misión... y ahí es donde anotábamos a todas las chicas a las adolescentes, bueno a la que a veces es la que tiene muchos chicos o la que tiene problema que se yo con la presión o el que no quería... bueno la anotábamos y hacíamos lista de todos los sectores y mandábamos y la citábamos ahí... eso fue el anteaño pasado...de ahí ya empezó a ponerse el implante y ahí era solo para la misión por eso es que ahora no se da muchos los embarazos... porque hay... si hay... pero no es tanto, pero están 20 22... 19...

AS1: Ahora tengo 9 embarazadas.

INVESTIGADOR: ¿Se redujo a la mitad?

AS1: Claro

AS5: Yo rendí 8 partos todos los... claro yo si rindo muchos partos

AS2: Y ahora no ósea que también es eso... nos ayudan que vienen fundaciones que mandan los sacerdotes que traen.

AS2: Y los que tenían bajo peso ya se están por recuperar... porque también los está viendo la nutricionista, claro porque acá está la otra... viene la fundación de conin, que viene que se encarga acá y el pata pila va al tercer loteo, en la iglesia, después esta tekove katu pero es la fundación conin, que vienen ahí, ahí viene la nutricionista, que trabaja con nosotros también en el hospital, pero ella también trabaja ahí, entonces ella a veces también informa, “mira ahí está el niño que vino” todas esas cositas has visto?, eso es lo bueno y...

que no hace que haya tantos chicos... le proveen la leche, por ejemplo nosotros no estamos dando leche porque la nación no compro la leche y no se va a hacer cargo de la leche, nación no va a mandar porque ya le están pagando la leche el Anses a todas las madres que tienen hijos se le está dando creo, a través del salario universal

INVESTIGADOR: ¿Y eso es bueno o malo?

AS1: Es una responsabilidad menos, porque a veces teníamos problemas con la leche, porque a veces se quejaban la gente que no retiraban la leche porque estaban bien su niño, diciendo que la otra persona que tenía riesgo o bajo peso la vende la leche, y entonces venia ese que decía “vos porque le das la leche si el no lo toma lo vende, y mi niño que lo toma, no me la da”, pero porque está bien, y el otro porque estas en riesgo si o si le tenemos que dar por mas aunque la venda o no la tome le tenemos que dar porque corresponde, bueno esos problemas a veces teníamos nosotros.

AS2: Por ahora vamos pesamos, hacemos todo lo que tenemos que hacer, seguimos pesando como todos los meses, pero ya no es tanto ya la queja de la leche, pero si, nos dicen que preferían agarrar la leche los dos quilos que le paguen ahora 800 pesos

AS3: a veces le dábamos 4 kilos, depende el estado nutricional,

INVESTIGADOR: ¿con 800 solo les alcanza para una caja?

AS3: Y por ahí ni lo compran porque dicen que no les alcanza

AS2: Preferían que nosotros les demo a que... por ahora no... decía que iba a comprar la provincia, pero no sabemos... no nos llegó nada.

INVESTIGADOR: ¿Por lo que me venían contando habría que mejorar algo en el servicio de salud en la comunidad para tener más accesibilidad? ¿O es suficiente?

Uuuuuuuu (en coro las 6)

AS1: Todo

AS1: Mas nutricionista, mas médicos, mas enfermeros porque enfermero a veces nos falta... de una guardia tiene que venir acá, sale de la guardia digamos de noche y ya pasa para acá, ves a veces están sin dormir

AS2: Así zombi, pero están atendiendo las chicas

AS3: Hace falta más enfermeros más médicos.

AS5: Y por ejemplo no nos están mandando también medicamentos en los puestos, ósea que viene gente, no tenemos paracetamol para los niños, no están llegando

AS2: Para los abuelitos lalaprim, porque hay muchos, hay diabetes

AS5: Y antes si mandaban las cajas, esas cajas (señalándome una caja con medicamentos bajo la mesa) son para los puestos y ahora no están llegando, si llega llega re poquito.

AS3: Y por ahí bueno los padres, y ellos vienen y a veces no tienen, a veces vos vas a una casa y no tienen para comer y te dicen mira esta con fiebre y no tengo paracetamol y a veces decimos bueno voy a averiguar si hay en el puesto, y a veces venimos acá y no hay nada, y le preguntas a la enfermera si es que hay paracetamol algo para que lleven a la casa

AS2: Y a veces la mama no tiene ni para eso

AS1: O no lo compran

AS1: En vez de tener a veces guardado, pero no lo hacen

AS3: No lo compran cuando tienen plata, compran otra cosa y no lo que debe ser para los chicos entonces ahí ellos te vienen a buscar y bueno no hay y no queda otra que decirles que no, bueno otra es cuando una tiene del hijo y a veces trae y le dice mira, si a veces lo ve mal al chico...

INVESTIGADOR: ¿Ósea traen de su bolsillo y por voluntad?

AS2: Claro eso ya es de nosotros, porque a veces no lo utilizamos, ¿pero tenemos has visto? Y entonces le dejamos y con eso está, o veces te dice “eso que usted me ha dado ya se me término” pero...

AS1: Y cómprate pues...

AS2: Y bueno por eso a veces uno le dice no tengo (se ríe)

AS1: No ven lo primero que necesitan los chicos no compran, compran otra cosa que no deben

INVESTIGADOR: Lo que habría que mejorar con respecto a la atención sería: aumentar la cantidad de especialistas más enfermeros, aumentar los suministros de medicamentos y también mejorar la comunicación, como me decían que pasa esto de que ustedes no saben que médicos hay ya que cuando la gente pregunta ustedes no saben, ¿tendría que mejorar la comunicación con los puestos más jerárquicos o con la administración?

AS2: Claro... porque hay veces que nosotros llamamos tenemos el número de alguna enfermera o alguien que está de guardia “¿Quién está haciendo consultorio o algo así?” y a veces nos dicen “va a venir” o a veces te dicen “mira no sabemos” y ahí queda en la misma

AS5: Por ejemplo, antes nosotros hacíamos pase de sala, pasábamos por cada sala viendo quienes eran los internados y quien era su agente sanitario, nosotros íbamos a aps y decían “chicas miren, tal persona está internada, el agente sanitario es tal, de tal barrio, tal embarazada fue derivada a oran, este por urgencia agente sanitario tanto... o tal persona...” y al último preguntábamos quien estaba de guardia y anotábamos, “médico de guardia el Dr. Tal” ves así y ya todos sabíamos y cuando salíamos al sector nos decían quien esta y respondíamos la Dra. T, ¿ves? O el Dr. Tal

AS2: Ahora no, no lo hacemos

INVESTIGADOR: ¿Tenían más información?

AS5: Claro es que era una estrategia de aps para poder....

AS2: Es que se perdió por la pandemia y no podíamos entrar mucho en el hospital teníamos que tratar de...

AS1: Alejarnos.

AS5: Nosotros íbamos casa por casa entonces no teníamos que entrar al hospital y no podíamos hacer ese pase de sala

INVESTIGADOR: ¿Y ya no lo hacen?

AS5: Y por ahora no desde ahí quedo así.

INVESTIGADOR: ¿Y eso afecto en su trabajo, porque ya no tienen más información del paciente y de los médicos?

AS5: Claro si... para avisar de los médicos si porque te preguntan, pero después nosotros de ver a nuestra gente si porque nosotros a veces tenemos el celular de algunas familias, más que nada de algunas embarazadas o de niño bajo peso y ellos te dicen “mira yo lo lleve” o pregunta como esta y entonces ya venimos a la casa, entonces ahí sí, pero no tanto de los médicos, de los médicos no sabemos, pero después de la familia si, podemos nosotros.

INVESTIGADOR: ¿La relación es buena?

AS2: Si, si, no te rechazan la relación es buena, a veces se quejan nomas por el hospital, te dicen esto y lo otro

AS1: Que no hay nada que no hay esto

INVESTIGADOR: ¿De mala atención no se quejan?

AS2: Rara vez... a veces vienen y madrugan y te dicen yo he ido y no conseguí turno, que ya se había terminado y hay veces que nosotros le sacamos el turno, ahí si

hacemos bueno porque ya nos dicen ¿ha visto?, entonces ya nosotros llamamos al alguien y le decimos que nos anoten un turno, que ya fue y no encontró, por ejemplo, con la embarazada eso si hacemos por lo menos si o si porque tienen que ir al control... pero después... lo otro no.

INVESTIGADOR: Ustedes siempre están concientizando

AS2: De que vayan al medico

INVESTIGADOR: Alguna otra cosa que quisieran agregar... mejorar el edificio...condiciones laborales

AS5: (murmura) mmmm ¿si no?

AS1: Aquí es como el puesto mira, estamos todos sentados y nosotros estábamos allá al fondo y acá era antes el consultorio y se escuchaba todo.

Luego de eso me muestran el consultorio de la salita y donde atiende la enfermera, en ese momento se acerca un abuelito a pedir la vacuna antigripal porque estaba resfriado, a lo que la agente sanitario le dice que se la debe colocar una vez que se cure, pero que de todas maneras vaya a la guardia del hospital y él dijo que no porque es lejos.

ENTREVISTA AL FRAY DE LA COMUNIDAD

Fray: Paso a comentarte de que hay una ley de salud intercultural que todavía no se reglamenta acá, hubo una sucesión de hechos que me llevan a pensar que a veces la realidad de la gente de la misión, de que la gente a veces no pregunta, no tiene pregunta puesta en para decir bueno va al médico, doctor esto. Nosotros decimos que los médicos son un poco ideólogos, te miran a los ojos y como que te hacen un recetario, me ha pasado llevando gente al hospital en estos últimos años, pero como que hubo una serie de situaciones que nos volvemos a replantear la buena atención o la calidad de la atención de servicio de salud mucho más en espacio público porque vos pagas y medianamente te atienden, aquí en la misión nosotros tenemos un médico que medianamente nos ayuda por los niños cuando vemos que los niños están complicados, y tenemos que ver esto de poder ofrecer los remedios si nosotros queremos que los nenes estén bien tenemos que ver una manera de que acceda a los remedios o que viaje a salta, o algún lugar donde hay especialistas y ahí es otro problema. Estamos hablando de un segundo problema que una es la falta de atención y el segundo es esto de que no hay profesionales y tenemos que a veces

correr con los lamentos no?, a última hora, porque decimos esto de la pregunta, quizás un espacio para pensarlo y tiene que ver con los chicos o la gente uno se cría en sistemas de maltrato en sistemas que ya vienen pre-establecidos ya o desde una cultura que tiene que corresponder a un peonaje porque hay un patrón, el patrón que nunca trato bien, el patrón estamos hablando de la época de patrón costas en el ingenio, pero esos modos que la gente tiene de conciencia o cuesta mucho esto de la gente diga es mi derecho

Fray: No, no quiero molestar, muchas veces desde esa manera se recurre también a una automedicación ¿no? Y en esto que nos ha pasado con dos hechos característicos, el primero fue entre abril y mayo con una chica que es R, creo que vos habrá estado con vos en algún momento, buena mujer, trabajadora y este nunca vimos que tenía un problema, lo único que vimos era que estaba muy flaca y empezó con un modo de descompensación, yo no estaba esos días y me dice F, y le digo que vaya a ver un médico del hospital, estuvo internada y ahí es donde a mí me llama la atención, una persona llega y no te la reciben como tiene que ser, llega y si ves que la persona tiene un dolor de cabeza ósea no le vas a poner un calmante de entrada cuando el sistema que te vas descompensando, quizás tengas que ver cómo está la persona íntegramente, bueno un día calmante otro día calmante y entonces la internaron estuvo internada, no le hicieron un análisis de rutina, lastimosamente le dan el alta, yo llego un viernes o un sábado, vienen ellos dos y me dice F hermano “R está muy mal, no sabemos que tiene esta ida no entiende a veces ya no puede abrir los ojos”, esta chica estaba muy descompensada y en esto de estar descompensada lastimosamente llega de ultima de desequilibrio o em digamos en el cuerpo lo que sea... yo no sé de medicina pero por observación algo se; yo le dije ya vamos al médico, decile que te reciba, cuanto tiempo estuvo... se le hinchan los pies que orina no orina, decile todo al médico, llórale al médico para que te reciba en oran... gracias a dios la recibieron la internaron... le hacen el análisis de rutina... queratinina 5,53 es muchísimo, automáticamente la médica dice “esto es para diálisis”, llego y la médica me dice “no sabemos cómo esta chica vivió así tanto tiempo, no sabemos si esto vino con un problema de acá o un problema más viejo de infecciones mal curadas no sabemos sus riñones no funcionan”, y otras veces nos ha pasado casos como este, R le ponen el catéter para diálisis y hace un ACV, tuvo muchos días y unos cuantos días que estuvimos acompañando, estuvo toda su familia, era una mujer luchadora, te lo juro porque en un momento dijeron que murió y no murió porque ese aparato que marca las cosas se apagó, entonces todo el mundo

se asustó, hubo una crisis muy grande por eso y lo más feo de todo fue que ella siguió postrada en esa cama (solloza), después del ACV no nos supieron decir cómo iba a salir, ósea la R que conocíamos no salió, luego un momento que después se cortó, murió, la enterramos, previo a esto el intendente de acá se enojó con el que estaba en el hospital y lo hizo sacar y a mí lo que me gustaba que había hecho este médico Y, pero lo que hizo él es como buscar gente con planes todo, que la gente cuando vas entrando al hospital, eso es lo que a mí me llamo la atención, que hay una persona que está limpiando el piso te mira y te dice “buenas, que estás buscando?” o una persona te dice que necesitas?, estaba esa persona para... por eso digo volvemos esta eso de la salud intercultural, que va a permitir que haya alguien que pueda acompañar y pueda decirle bueno preguntemos que es lo que pasa que es lo que tenes y que le diga al médico “bueno doctor que tiene tal persona?”.

Fray: Medianamente poderle decir que digan que necesitan para donde va que busca, el hospital de aquí de pichanal, es un lugar con muy bajos recursos, no puedo juzgar a los médicos porque trabajan sin recursos, conozco de años el programa de salud de la zona, antes teníamos muchas defunciones de niños y gracias a dios en la misión no tenemos tanta

Investigador: ¿Cuándo cambio eso?

Fray: Y a partir de que nosotros comenzamos a decir que vamos a trabajar con los niños que al menos tengan un plato de comida al día, por eso es un tekove katu³ no?, hemos tenido mucha no es que no hay, hemos tenido mucha mortandad infantil, no solo acá sino en el resto de pichanal con todos los intendentes que pasaron antes teníamos un registro en 2005 2006 en que cuando fue el problema de Tucumán por problemas de desnutrición que vino chiche Duhalde, no sé cuántos chicos eran pero aquí hay mas pero es una localidad no una provincia, Tucumán es una provincia con una población mucho más grande que salta, bueno acá eran casos mucho más dolorosos, bueno trabajar con esa falta de recursos con la gente poder concientizar y que los sanitarios nos digan bueno a ver que niño necesita, ahí empezó hace años lo que fue otro fraile que fue Roberto V, y que se empezó a buscar bolsones para darle a los niños que necesitaban, desde aquí se va dando una respuesta ante eso. Si es para trabajar en conjunto, de buscar a médicos que nos atiendan la gente, y bueno

³ Tekove katu (lugar demás vida) es creado con el fin de contribuir a la satisfacción de las necesidades nutricionales de los niños y madres de la misión san francisco, es coordinado y llevado adelante por 5 señoras voluntarias que frente a la necesidad de sus vecinos

uno corre el riesgo de cansarse por esas situaciones porque lo que se invierte en esfuerzo es también no se invierte en un sistema de salud, en un acompañamiento, ahora está viniendo pata pila a la misión que es una asociación civil franciscana que está trabajando mucho en el norte, tartagal, dragones, santa victoria, pero ¿porque?, porque hay niños que hoy ya no se usa la palabra desnutrición, porque es una palabra lastimosamente que la política que la erradica, porque si hay un niño desnutrido, ningún político tiene que anotarse en una lista de campaña o buscar una reelección, si hay un niño que muere por desnutrición, si hay un niño con bajo peso como dicen ahora, porque ahora ya se usa “subalimentación” no está llegando a los niveles que necesita pero no está hablando de que es desnutrido, de que ese niño no tiene todas las herramientas, principalmente la comida, entonces lo que se trata desde acá, tenemos un abatirenda que a veces dos veces a la semana y a veces hay cerca de 300 personas yendo a buscar, especialmente los niños 5 6 de la tarde tienen una fila de platos y tazas, como diciendo “yo estoy primero, segundo...tercero

Investigador: ¿Abatirenda es el comedor?

Fray: Si, que también tiene eso y que lastimosamente cuando uno va a presentar, cuando fuimos a presentar también al intendente y al nuevo intendente la verdad que no hubo tanta respuesta no, le dijimos tenemos esto, tenemos aquello, para sacarse la fotos están, para venir a exigir están, pero para lo otro no están

Investigador: ¿Para poner recursos?

Fray: Para poner recursos, para poner gente, pero porque lo digo desde ese lado, lo que hizo el intendente de poder pedir al ministro de salud o no sé a quién para que lo saque a Y⁴, ósea por un chisme o un critica objetiva quizás porque son colegas, trabajaron juntos, sé que operaron juntos, para colmo no se opera aquí se opera en embarcación, pero por esas cosas lo que él hizo mientras tanto le saco toda la gente, yo me acuerdo que eran más de 20 personas, se las sacaron del hospital.

Investigador: ¿Que personal era?

Fray: Esta gente que te digo, que limpia que ayuda, y gente que presta su servicio en el hospital, por un plan no me acuerdo que es, pero lo que importa es que de la noche a la mañana le saco más de 20 personas, que estaban más o menos cubriendo alguna necesidad desde la limpieza que es lo más necesario, la comida podría ser.... Hasta alguien

⁴ Hace referencia al ex gerente del hospital Eduardo Bohuid.

que este sentado esperándote... pero lo que hizo es desabastecer ese recurso que estaba bien empleado, por eso digo que estas maneras de manejarse políticamente hacen de que a veces el sistema de salud sea un sistemas que este lastimado y no de una respuesta a la gente no sé si me hago entender.

Fray: Estamos hablando de cosas mucho más profundas de que hay que sanearlas mucho más de que hacer campañas de una cosa o campañas de otra, porque si eso no se sana ninguna campaña va a ser efectiva, si nos ponemos a mirar las cosas como son lo primero que hizo una fiesta en plena pandemia con más de 400 personas, fue el intendente de acá, en la fiesta municipal y después no quería que esta comunidad festeje sus 50 años bueno eso es una cosa aleatoria digamos, pero lo que está pasando profundamente es que usualmente un intendente puede disponer de un puesto de un gerente, mas allá de que el medico sea excelente o no, no puede ser que este metiéndose en eso, también va a pasar en la educación?, también va a pasar en otras áreas?, entonces a veces lo que nos planteábamos... habíamos comenzado una mesa de dialogo con pata pila con el hospital, con la gente de acá para pensar a ver como pensamos la prevención aquí?, sabemos que tenemos gente grande... empecemos a decir que necesitan hidratarse, necesitan agua... necesitan ósea cuestiones más o menos que empiece a reconocer que pueda haber gente que pueda asesorarte en “che no vayas al curandero, anda al médico”, pero empezar a hacer no como una escuela o formarnos, hacer como una especie de interdisciplinar de distintos espacios, menos el político, porque el político parece que no funciona en estos espacios. Porque así también vino una médica desde una línea ideológica política, y nosotros nos juntamos para hablar de este tema no para discutir de la funcionalidad o no de esto, estamos hablando desde el lugar de la comunidad del pueblo, de la gente y que necesitamos prevenir antes que curar, ese es el problema de salud de muchos lados, porque una diálisis a una persona con problema de riñón sale caro, no sé si íbamos a sostener a rosita en un sistema de diálisis... esa falencia en la prevención que no la pudimos detectar porque nunca tampoco dijo “de duele aca en la espalda... no orino...” “¿estás bien: si si estoy bien” esa manera de no poder tener respuesta, de no tener la pregunta...

Investigador: ¿Tener una noción sobre los signos y síntomas de una enfermedad?

Fray: Exactamente, y quizás se comenzó con el hambre, pero quizás también se comenzó con esto de poner los chips subcutáneos para prevenir el embarazo de adolescentes, más de 450.

Investigador: Eso me comentaron las agentes sanitarios... que con eso bajo al 50% los niveles de embarazo.

Fray: Porque teníamos más de 50 por mes, preguntando y a veces esto... para saber bien como escribirlo, porque a nosotros nos han dado los datos los sanitarios y después han dado los platos rotos la gente, pero bueno no es lo mismo que vos digas “tenemos 100 niños con problemas de desnutrición” a que hayan 2 o 3, no es lo mismo a que digas hay niños con bajo peso. Porque eso se convierte en problema a la larga nos sale caro...y quizás por ese lado cuando decimos la accesibilidad a los servicios de salud bueno en los pueblos originarios, mientras no haya una política que se invierta en salud y en educación ahí yo me sumo mucho a una idea de pancho villa que dice “el día que un médico o un docente ganen más que un político que un militar, hay un mundo distinto”.

Investigador: Me comentaron que muchas veces vienen los médicos pero no se quedan más de un mes y se van... quizás por las condiciones

Fray: Sabemos que salta hizo también ajustes en eso, que al menos cumplan dos años como haciendo residencias en el interior y recién se le da la matricula, sabemos eso y se ha buscado eso pero bueno quizás éticamente tienen que aprender a hacer un juramento hipocrático... no puede ser que tengas un hospital en oran que no tenga tomógrafo un aparato de resonancia, estamos hablando de un circuito de más de 200 mil personas.

Investigador: ¿La gente aquí cuando se enferma apenas se enferma como hace?

Fray: Va al hospital, se va a oran... el que puede... nosotros el municipio... nosotros dimos pasaje a la gente un ida y vuelta porque el municipio no se lo ha dado porque tienen que pagar los platos rotos, “no vos lo votaste a este o al otro” porque son cosas que la gente dice y vos decís “¿así tratan a la gente?”, así como hablan mal de nosotros.... Como nos pueden acusar para lavarse la manos no puede ser que eso afecte el sistema de salud, a una persona que necesita hacerse una operación de cáncer no le pueden decir o tenerla dando vuelta en el municipio.

Investigador: ¿Pasa mucho?

Fray: Mucho acá, yo priorizo misión san francisco y vecinos que vivieron aquí, casi más de 15.000 18.000 personas

Investigador: ¿Cuándo la gente no consigue ayuda en la municipalidad viene a pedir ayuda aquí?

Fray: Varias veces.

Investigador: ¿En los casos de enfermedades más graves como cáncer... si no tienen respuesta que pasa?

Fray: Se mueren, vienen a morir, lastimosamente es un circuito que se va, no se ahora los niños que tienen prioridad son los de tekove, ahora tuvieron que operar a un niño que tenía una hernia, ojos cerrados, ni lo dudamos si queremos que ese niño que está en tekove que vaya acompañado por la mama, le vamos a dar el pasaje para que vaya a operarse a salta, por eso tenemos la necesidad de un trabajador social que nos diga, como encarar la situación... como es el proceso

Fray: Nosotros medianamente con recursos personas decimos “conseguirme un turno para este niño que hay que operarlo de hernia, tiene una hernia muy grande que va a crecer...” o niños que estuvieron muy complicados de salud, estuvieron internados en salta, medianamente hay un circuito que trata de hacer la accesibilidad, pero bueno no hay todos los recursos para llegar a todo el mundo, sabemos que no somos municipalidad, pero no queremos estar dando una respuesta porque no tendría que existir si hubiese un sistema de salud que trabaje la prevención, la conciencia de que un niño aprenda a tomar agua y no coca cola, que no se venda alcohol en esta zona porque es lo más triste, el consumo de alcohol comienza a las 5 de la mañana en el negocio cerca del cruce, es un desorden organizado el cruce, sobre todo esos negocios que están a la vuelta, todos esos venden alcohol, la persona que se va a la finca está metiendo alcohol, 1 o 2 sachet de vino para trabajar en la finca entonces no hay una prevención en eso, un control en eso, no se vende hasta las 12 de la noche, ah pero estoy desde las 5 de la madrugada, no hay un control y eso genera hoy en día, porque la gente que vivió así toda su vida tapa sus problemas, lo tapamos con droga lo tapamos con alcohol, lo tapamos con violencia, lo tapamos con un montón de situaciones de violencia. Hasta había un casino que gracias a dios se cerró porque los frailes intervinieron, porque nos pudimos meter y había una señora que venía con un catálogo y ofrecía a las niñas a las chicas

Investigador: ¿Menores de edad?

Fray: Niñas, menores de edad o mujeres grandes, pero la cantidad de HIV que hay en el cruce y nadie lo dice, entonces el cruce como un foco.

Investigador: ¿Eso a que se debe? ¿Por la prostitución, por el consumo?

Fray: Por todo, cuando hay un modo de consumo hay dos o tres modos dando vueltas, donde hay una necesidad de consumir una piba posiblemente se prostituya,

contraiga una enfermedad venérea, alguna curable otra terminal, ese es un modo, después la otra cuestión es el trabajo de la finca, mucha gente con tuberculosis, pero son cuestiones que pueden preverse, no puede ser que estemos en el siglo XXI y que estemos arrastrando una enfermedad como la tuberculosis, la perforación del pulmón, digamos que hay muchos casos de tuberculosis acá, eso es porque no haya una campaña de prevención, no se opte por una prevención sino por tratar el síntoma, cuando vos tratas el síntoma ya tenes que correr con la vida o la muerte.

Fray: Con gente muy vulnerable, gente que nació golpeada, no le puedo decir dejen de golpear... tienen que tener un proceso para dejar de golpear, un proceso para reclamar sus derechos, tienen que aprender a tratarlos, no es como dicen “estos chahuancos, son brutos, no hacen caso no hacen lo que uno les dice”, ya eso es maltrato.

Investigador: ¿Eso paso con los médicos?

Fray: He escuchado, te estoy diciendo porque lo repito de otro que... como es la policía misma, lo que uno dice es en qué medida nosotros podemos aportar a un sistema de prevención, donde necesitamos seriamente ser bien tratados, cuando nos traten bien, capaza que nos va a dar ganas de hacer un tratamiento sino es algo que yo no merezco, “yo no merezco esta vida, no merezco estar sano”, te sale muy barato cuando vos prevenís, porque lo que invertís en una diálisis que es cara, podes hacer un papeleo charla, pasar por las escuelas, no se... un trabajo...

Investigador: Apostar a la atención primaria...

Fray: Aps, atención primaria de la salud, que no es correr, que yo sé que los sanitarios hacen los que pueden los pobrecitos, gente que tuvieron riesgo todo pero a mí me parece que si no se define cosas como esta: una salud intercultural, que se pueda implementar, ahora en embarcación hay un quilombo que es político más que nada, sanitario de una nena, que tuvo un problema e desnutrición que le echan la culpa al intendente actual, la nena está internada en salta, que le hicieron la casa en la misión chaqueña, pero si vos te pones a ver esto es algo que esta arrastrado que viene de estructuras municipales en las que esta gente como J, yaya que era de terror toda esta gente, son grandes terratenientes que estaban en quiebra, yaya estaba en quiebra y ahora es un terrateniente, j manejaba un 47 ahora tienen miles de tierras, que ahora gracias a dios se las han quitado, entonces de quien es la culpa?, ¿de un sistema?..

Investigador: Marcado por intereses.

Fray: Claro, acceso para mí y no para el otro, quizás uno no es utópico en esto, bueno la seriedad con la gente, no es para uno mismo es para la gente entonces un sistema que apunta a la prevención es lo más apropiado que hay, que no sea manejado por la política, porque lo digo.... Tuvimos ya un segundo caso, casi muere este chico, va al hospital lo devuelven, va al hospital lo devuelven, todo con calmantes ¿no? Ahora a orán llega y le dicen habrán sido como las 20.00 de la noche, y le dicen “hay que preparar porque a las 21 entras a quirófano”, peritonitis, y sabemos que la peritonitis es mortal, un padre de tres cuatro hijos... esposo joven... gracias a dios no falleció, pero no tenemos que llegar a lamentar eso... cuando le hable al ministro de salud ahora, le dije “no nos desabastezcan el hospital no nos desamparen” y me dice “no, no estamos mejorando la calidad, estamos mejorando todo usted quédese tranquilo fray, que estamos resolviendo los problemas....” Y una que se me murió y otro que casi se me muere, ósea dos que yo conozco, ahora sumemos dos que conoce otro y así....

Investigador: ¿En la misión cuantas personas viven?

Fray: Entre 12.000 y 14.000, en circuito estamos como 20.000 a la vuelta si uno piensa desde ese lado no puede ser que en poco tiempo yo tenga gente que se me muera.... Por esta cuestión a ver qué pasa, aprender a preguntar, si yo no sé preguntar en un medico la primer diagnóstico es lo que habla con la persona después revisa, si no se lo que tiene por esto y ayer volvió y hoy vuelve tengo que intuir, bueno pedile un análisis de rutina, ahora si no hay recursos para hacer eso acá... deriva a la persona si no sabes a Orán, no la mantengas enferma, más o menos ¿se entiende porque lo digo no?

Fray: Yo apuntaría a ese lado porque creo que es apostar a la prevención antes que lamentar.

Investigador: ¿Qué otra cuestión hay que mencionar para mejorar la accesibilidad a los servicios de salud en la comunidad?

Fray: No acá en pichanal es un circuito de paso, todo el mundo que para tener algo tiene que irse a orán la persona que viene del chaco tiene que pasar por pichanal para ir a orán, acá tendría que haber un hospital.

Investigador: Este hospital es de nivel II, no tiene quirófano.

Fray: Porque el hospital de Orán, según lo que yo tengo entendido era un proyecto para pichanal, políticamente se lo dejaron robar a orán, nosotros tenemos contacto con la sala con remedios cuando atendemos todo atendemos pero no puede ser que no hagamos

algo para subsanar estas heridas porque después dicen “en la misión san Francisco son violentos”, que no van a ser violentos si nos tratan mal, hay violencia que está mermando y hay otras situaciones que están mermando.

Investigador: Hubo situaciones de violencia de la gente por esta misma desesperación por ser atendidos con el personal de salud o

Fray: No tengo registro casi de eso

Investigador: O como mencionaba la cacique sobre el “ser guaraní” es una persona que se queda callado y por ser guaraní no preguntan.

Fray: Viste que te estoy tratando desde esa perspectiva, no tenemos la pregunta.

Investigador: ¿A qué se debe?

Fray: No es por una cuestión cultural, sino porque el sistema que se instaló, todos los aborígenes en la argentina siempre fue de opresión de maltrato fue de quitarles tierra, monte, invadir un espacio, el wichi está perdiendo el monte, va a morir, culturalmente va a desaparecer, el guaraní medianamente es un pueblo que dialoga culturalmente⁵, pero siempre son maltratados, así como el común dicho “porque la escoba tiene manga corta, antes se decía para que no levante la mirada y vea a la patrona, pero nadie pensó que eso así va a joder la columna de la persona, ósea es un sistema instalado para generar opresión, entonces cuando la presión es tan grande la olla revienta, porque la violencia, porque es el consumo, porque una persona en las fincas de oran, vive o trabaja con su vida, o con drogas o con alcohol, y los.... Ya tendría que irme

Investigador: ¿La relación con los médicos?

Fray: Tratamos que sea buena siempre yo no juzgo al médico porque no tienen recursos quizás juzgo porque a veces el medico está cansado y no sabe preguntar bien y ahí se termina el quilombo.

ENTREVISTA A JEFE DE APS

Investigador: ¿Qué servicios brinda el servicio de APS en la comunidad?

J: Bueno el servicio de APS digamos que es el primer de la cadena que tiene salud, nosotros somos un hospital de nivel II, el servicio de APS lo que hace es prevención y

promoción de la salud, pero lo hace metódicamente, programada mente, planificada, casa por casa, domicilio por domicilio en terreno.

INVESTIGADOR: ¿Cuántos agentes de salud trabajan en la misión?

J: En el puesto sanitario trabaja el enfermero o médico, los agentes sanitarios tienen como base, hay dos puestos ahí, un puesto sanitario y un no es puesto sanitario es un lugar donde se atiende y se hace atención primaria de la salud, y tenemos... 4 agentes sanitario en el primer loteo y en el segundo tenemos... 6 agentes sanitarios eso sería la base, una vez que llegan a la base permanecen ahí tienen sus cosas a partir de las 8:30 9:00 que es cuando la gente se levanta y ahí despliegan sus actividades, ya sea de vacunación peso talle educación sanitaria, todas las actividades que desarrolla atención primaria.

INVESTIGADOR: ¿Que problemáticas puede observar en la comunidad de la misión san francisco?

J: En la misión.... Nosotros vemos que integralmente vemos todo, ósea no vemos una problemática en sí, lo que nosotros vemos es todo lo que es embarazo, niños desnutridos así que no tenemos una problemática en si que haya surgido, es algo que ya viene crónico digamos...

INVESTIGADOR: ¿Ósea que estas situaciones como la desnutrición es algo crónico?

J: No es crónico, no sería la palabra crónico, pero es algo que nosotros medimos cada tres meses en la ronda sanitaria, de la misión pero de todo el pueblo, por ahí en la misión es un poco más que en otros lados por la característica de la población, por la pobreza, pero existe en todos lados, salvo en la zona rural, que menos población tiene, pero después la mayor problemática que podemos tener ahí son otras enfermedades, depende del tiempo, de la época del año, por ejemplo en esta época son más comunes las IRAS (infección respiratoria aguda) es decir las enfermedades de las vías respiratorias aéreas EN ESTA EPOCA EN INVIERNO Y EN VERANO SON MAS PROBLEMATICAS LAS DIARREAS...

INVESTIGADOR: Y esto a nivel poblacional ¿es algo constante o algo que tuvo un cambio a lo largo del tiempo?

J: No a medida que... ósea no depende... va fluctuando muchas veces desde las condiciones del clima depende de las condiciones de pobreza, por ejemplo lo que hemos notado ahora, eso hay que decir en este último tiempo es que los caso de tuberculosis que

venimos teniendo han aumentado en este último año en relación a lo que teníamos, si bien no es cierto que... es la gran cantidad, uno nota que van aumentando, después tenemos embarazos este femeninos también perdón...embarazos de chicas menores de 19 años, embarazos jóvenes.

INVESTIGADOR: También comentaron sobre la cuestión de abandono de tratamiento en algunos casos

J: Eso ya es una problemática una vez que lo detectamos, estamos teniendo una problemática en el caso de la tbc por abandono de los tratamientos y eso se da ya sea por el alcoholismo y en gran medida se da por el tema de drogas, porque la gente tiene problemas de drogadicción y estamos teniendo problemas en algunos casos.... El consumo en la parte del tercer loteo se nota más, en el segundo sí, pero en el primero no tanto.

INVESTIGADOR: ¿Que complicaciones hubo por el abandono de tratamiento?

J: Hasta el momento no hubo muertes, ósea lo que pasa es que no hemos tenido pero por ahí la tuberculosis lleva a que se agraven otras enfermedades y mueren por eso, sería una comorbilidad, hemos tenido casos de muerte, pero bueno la preocupación nuestra es que se curen y no sigan contagiando porque van a seguir apareciendo casos.

INVESTIGADOR: ¿Que otros servicios brinda el hospital desde aps?

J: Nosotros hacemos la visita domiciliaria que es la prevención la promoción allí se pesa se mide se visita la nutricionista va, muchas veces va la pediatra cuando la tenemos, no continuamente pero si va si es necesario, la nutricionista hace supervisión en terreno pero también hace consultorio, en la misión san francisco en el puesto 2 tenemos: nutricionista, enfermero, medico pero programado, no tenemos un médico que atienda continuamente. Van cambiando los médicos entonces no hay un medico permanente todos los días y eso es una problemática. Al no tener un medico permanente la gente tiene que venirse hasta acá y es un problema porque la gente no se desplaza muchas veces, entonces cuando vienen al hospital es cuando ya vienen mal, y en el primer loteo es exactamente lo mismo, por ejemplo en las embarazadas nosotros tenemos nuestro objetivo es conseguir que sea MELON ósea médico- enfermería- laboratorio- odontología y nutrición, una embarazada con esos tipos de controles, pero por ejemplo estamos consiguiendo MEL, que es médico enfermería y laboratorio, porque por que el no tener odontólogo permanente o hacemos nutrición por un lado, no estamos haciendo medico es decir se complica para llegar a una control óptimo para una embarazada

INVESTIGADOR: ¿Influye la distancia?

J: Claro al no tener un medico permanente ahí, ósea es más la gente es pesada para salir o sale ya sale en lo último ya, muchas veces los agentes sanitarios sacan turno no viene hay que andar a hay que ir... a veces en las chicas jóvenes el embarazo lo detectamos en el cuarto, quinto mes... ya tardío entonces cuesta más el control.

INVESTIGADOR: ¿Por ejemplo cuando se enferman el circuito de atención cómo es?, ¿van primero al puesto sanitario?

J: Claro generalmente concurren al puesto sanitario a ver si hay médico y si no hay médico, más o menos la gente sabe si hay médico y entonces ya directamente tienen que venir al hospital o a algún puesto donde quede más cerca puede ser el barrio matadero, donde a veces hay médico o se van a la nueva Jerusalén ósea a veces la gente no tiene un lugar específico sino tiene la base aquí, el hospital se congestiona de todos los barrios.

INVESTIGADOR: ¿Por ejemplo si en la atención necesitan de alguna especialidad y no la encuentran en el hospital tienen que ir a Orán?

J: No nos olvidemos que pichanal no tiene especialidad médica, somos un hospital nivel II, y nuestra complejidad hace que nuestro hospital no tenga medico permanente con especialidad, si bien es cierto que nuestra política que tenemos actualmente con nuestra gerencia que es muy buena, estamos contratando profesionales pero no son permanentes, es decir se los contrata y se les paga y en el momento que no tengamos que pagarle no... vamos a tener los profesionales, se está tratando de acercar a los profesionales al especialista a que tenga acceso a la población porque si no tendría que concurrir a otros lugares antiguamente, así que se les soluciona pero también está centralizado a acá porque no tenemos las condiciones adecuadas para que los profesionales vengan de otro lado, ni la planificación ni la plata muchas veces.

INVESTIGADOR: ¿No hay recursos para pagarles a los profesionales?

J: Claro, exactamente, entonces vienen en determinado tiempo una, dos tres veces al mes y ahí se trata de aprovecharlo al máximo y de registrar gente que realmente necesite, igual no da a abasto.

INVESTIGADOR: ¿Me comentaron que muchas veces cuando vienen se cansan y se van es cierto?

J: Puede suceder a veces eso porque no son médicos que son permanentes de pichanal entonces les cuesta mucho más adaptarse, la verdad que uno observa que puede

pasar eso. Por ahí la cosa es que por ahí te chocas con una realidad y por ahí a veces venís de la ciudad y... venís con una especialidad ya determinada y te encontras con la carencia de nosotros, por la infraestructura también.

INVESTIGADOR: Claro es difícil

J: Si ahora están avanzando... para informatizar el hospital todas esas cositas que...

INVESTIGADOR: ¿Que implicaría?

J: Vamos a poner hay un sistema en la provincia, para poner en todos los consultorios computadora para que el medico pueda tener acceso rápido a toda la historia clínica.

INVESTIGADOR: ¿Como en capital?

J: Exactamente como en capital... (se ríe), nosotros tenemos historias clínicas que a veces se duplican, que se pierden....

INVESTIGADOR: Y con todo lo que me comento como consideraría el vínculo con los profesionales del sistema de salud.

J: Bueno nosotros desde aps estamos trabajando en equipo con los pocos profesionales que tenemos entonces tratamos de optimizar al mango la situación, tratamos de armar y llevar al equipo y esa es otra lucha de lo que yo digo de la nueva gerencia, en el caso mío también es nueva mi gestión, empecé en mayo y consolidar los equipos y de hacer entender todos los servicios que somos un equipo de trabajo que somos como una cadena que cada uno tiene un eslabón y ninguno puede funcionar bien individualmente o sea todo dependemos de todo, de nada sirve hacer un servicio que lo haga bien y los otros no entonces estamos en eso el gerente esta en eso, vamos avanzando, despacito, pero vamos avanzando. O sea en este caso de aps estamos trabajando bien, por ejemplo ahora tenemos nutrición del primer nivel, es decir exclusivamente para el primer nivel hay una nutricionista, un avance bastante que antes no lo teníamos y bueno ojala podamos avanzar a tener un referente sanitario que sea el medico exclusivo del primer nivel y todo depende muchas veces de la carencia de los profesionales, pero nos damos vuelta con lo que hay o sea no es lo óptimo, pero tratamos de ir mejorando día a día la calidad del servicio.

INVESTIGADOR: ¿La relación con la comunidad siempre fue así?

J: Nosotros con la comunidad la relación siempre fue buena eh. o sea como todo servicio tenemos quejas, pero bueno nosotros como servicio tratamos de ir mejorando... pero quejas positivas que son de que vamos a vacunarla porque el agente sanitario se

demora porque por ahí necesitan el peso y muchas veces las madres no los llevan a pesar, y muchas veces cuando necesitan urgente ocurre, pero bueno esa es la relación que hay... que pasa en todos los servicios, pero bueno si uno lo toma nosotros tenemos una óptima relación con nuestra comunidad, desde ya que nos dejan entrar al domicilio o sea no tenemos casos donde la gente diga “no, no entra el agente sanitario” o para una actividad, no tenemos ningún caso registrado, entonces tenemos muy buena relación con la comunidad.

INVESTIGADOR: ¿Nunca tuvieron alguna dificultad para trabajar con la gente?

J: No en este caso no, nosotros somos una de las primeras áreas operativas de la provincia o sea cuando inicio la provincia inicio con 4 áreas operativas, ahora creo que hay 48 áreas entonces nosotros fuimos unas de las primeras 4 áreas operativas junto con colonia, morillo y pocitos que son las primeras 4, obvio en un comienzo si.... Cuando recién comenzamos nadie sabía que era esto, o sea ver llegar a un agente sanitario o sea nos costó muchísimo llegar, y una vez que ya están, se consiguió esa primera etapa que duro los primeros 4 años, que había gente que te dejaba, que no te dejaba hoy ya es al revés, la gente exige que vaya el agente sanitario. O sea, no hay rechazo, al contrario, hay plena aceptación de la gente de lo que es el agente sanitario de la tarea que desarrolla el agente sanitario, si no va el agente sanitario ya la gente se queja, nuestra dificultad seria que no tenemos todos los sectores cubiertos por los agentes sanitarios

INVESTIGADOR: Que percepción se tiene de la comunidad de la misión

J: Bueno este... la misión san francisco fue avanzando desde el comienzo cuando teníamos un rechazo, cuando era difícil vacunar, donde era difícil realizar todas las actividades por su propia idiosincrasia, en esa primera etapa nos ayudó mucho el padre roque chielli, que nos ayudó a llegar a la gente o sea la estrategia fueron varias.... Actualmente si bien hay una aceptación general del agente sanitario nuestra mayor problemática son las nuevas generaciones... aquellas viejas generaciones que sabían a ciencia cierta lo que era el agente sanitario que eran más cumplidos eran más responsables que las nuevas generaciones... y a las nuevas mamás los nuevos papás... son los hijos de los hijos que nosotros visitábamos anteriormente, entonces no son reacios pero cuesta mucho más que entienda que tiene que tener responsabilidad que tiene que vacunar a su hijo, de que si el agente sanitario le dice que hay que pesar no hay que pesarlo, de que tiene que traer los análisis o no, yo creo que ahí radica, me parece que ya no es una cuestión

cultural sino de generaciones que les cuesta entender, por ahí esta generación lo ve al agente sanitario como que vacuna pesa y mira y no como lo veía la vieja generación y una de las principales tareas es volver a instalar eso, nosotros estamos trabajando ahora hace dos meses con charlas en los colegios, para que esos chicos entiendan mucho mejor porque vemos que la problemática no es de entendimiento, no es de conocimiento me parece que es mucho más de decir vahhh.... Es mas de responsabilidad que de otra cosa. Esa es la problemática actual que yo veo

INVESTIGADOR: ¿También de consumo?

J: Exactamente con los papas de 40 para aquí, con los más jóvenes porque ya les cuesta más su propio... sobre todo la misión san francisco por su propia situación social y económica entonces.... Las necesidades básicas insatisfechas más que en otros lugares y contemos que en una sola casa viven dos o tres familias o sea son núcleos grandes de familias que viven

INVESTIGADOR: ¿O sea, no es un problema cultural?

J: Para mí no, eso era antes para mí más que nada es una cuestión de generaciones nuevas que viene más que nada de mentalidad, ya han consumido mucha publicidad a través de los medios esas cosas entonces....

INVESTIGADOR: ¿En los primeros años la dificultad fue por el lenguaje?

J: No como te digo fue cultural pero después ya cuando se conoció la tarea, tratamos que el AS sea de la zona, tenemos varios agentes sanitarios de la zona, que si bien hoy no trabajan en la zona vamos rotando con las tareas pero la iniciativa era que sean de la zona para estas barreras irlas pasando, o sea ya las pasábamos a esas barreras, no es tan cultural, muchas veces por ahí el problema más que de ellos es nuestro, el sistema de salud que a veces no le podemos dar la respuesta que tendríamos que tener, por infraestructura de... esas cosas... y el problema de ellos es eso de responsabilidad, bueno yo veo por ejemplo que cuando dejamos de dar leche hay menos desnutridos que cuando damos leche por ejemplo. Y es un contrasentido, uno va a decir “¿qué pasa que damos menos leche y hay menos desnutridos?”, uno va a decir en este mundo que vivimos donde a veces se prefiere recibir un paquete más de leche y que su hijo está un poquito más desnutrido... y “esta flaquito nomas”, dice la mama, entonces lo hace bajar un poquito de peso para recibir un kilo más de leche, porque pasa, no es lo general, pero hay casos así.... No es la mayoría, pero existe....

J: Después en cuanto a la vacuna ya está estandarizado, el COVID que tuvo el mismo rechazo que en todos lados aquí estuvo el mismo tema por el bombardeo mediático “de que esta sirve... no sirve”... en fin, pero se vacuno por lo menos a los mayores de 65, al 80% de la población y hay un 20% que no llega que no quiere el abuelo y lo más problemático para vacunarlos quienes son, los jóvenes, por eso te digo es generacional....

ENTREVISTA CON LA GERENTA DE ATENCION A LAS PERSONAS DRA. M

DRA: Nosotros tenemos lo que es la carta de servicios y brindamos lo que es una atención de guardia de 24 hs que es una guardia de emergencia y urgencia, también brindamos lo que es atención por consultorios externos de lo que son médicos clínicos y ahora a partir del mes de mayo incorporamos lo que es atención de especialistas que tenemos un total de 16 especialistas que están viniendo al hospital de Pichanal que generalmente pertenecen a otras áreas operativas, tenemos atención de neurología acá a cargo del dr. Diego días que es nuestro gerente general, tenemos nefrología con una frecuencia bimensual, cardiólogo infantil una vez al mes, psiquiatría una vez al mes, que hay mucha necesidad de psiquiatra, también tenemos reumatología, hematología una vez al mes, pediatría que es la atención todos los días, que tenemos una sola pediatra, también ella hace guardia y atención por consultorio, ella está en la zona, también tenemos cardiología para adultos tenemos dos médicos, diabetología, neumonología que se incorporó el mes pasado, ginecología, ecografías, renales, ecografías ginecológicas, dos veces a la semana, ecografías abdominales una vez a la semana, infectología y clínica médica que la brindan también los especialistas del hospital.

INVESTIGADOR: ¿Estos servicios son permanentes o son contratos esporádicos?

DRA: La idea es de que sean permanente nosotros los estamos incorporando pero de manera de convenio con los hospitales que son de base, eso sería del servicio de la parte medica además tenemos, incorporamos la atención de kinesiología que tenemos un kinesióloga con dos kinesiólogos, que ve la parte de internación que es muy importante sobre todo para los pacientes respiratorios, por ejemplo en una paciente que tuvo un acv que se fue de alta prácticamente recuperando toda la función de su parálisis así que fue muy positivo, entonces brindamos kinesiología y odontología a cargo de dos odontólogas una

tiene su base en el sector de ñidez, que está ubicado en el barrio matadero y la Dra. que atiende en el hospital dos veces a la semana, también tenemos la atención de psicología, la verdad que hace un trabajo titánico porque bueno el esta solo y bueno el atiende en e centro de salud principalmente lo que es misión 1 y aquí lo que es consultorio en el hospital. Psicología también tenemos un laboratorio todavía no podemos lograr que funcione todos los días como la guardia, pero tenemos de lunes a sábados durante las horas de la mañana desde las 8 de la mañana hasta las 18 de la tarde. Aparte del laboratorio tenemos un servicio de nutrición que actualmente tenemos dos Lic. que son de planta, la Lic. A, a cargo del servicio de internados y del servicio de cocina y la Lic. R. que hace su trabajo en aps. La Lic. A. hace el consultorio de lo que serían las embarazadas que tenemos mucho entonces tenemos bastante control de las embarazadas de la parte obstétrica odontológica y la nutricional, además de la parte ginecológica y ahora estamos teniendo dos practicantes que son de la Unsa que están haciendo base acá, y la verdad que están haciendo una tarea muy buena.

INVESTIGADOR: ¿Cuál es el servicio más usado por la comunidad?

DRA: La verdad que nosotros tenemos bastante demanda de lo que es de embarazadas consultorio de obstetricia que está a cargo de la Lic. F, que es la formalización de lo que es partera, solo que ahora es una licenciatura y bueno están todos formados... ella atiende muchas pacientes de la misión sobre todo pacientes jóvenes entre los 15 14 años hasta la edad adulta, porque también se realiza Papanicolau todo lo que tiene que ver con la salud sexual de la mujer y todo el control del embarazo y puerperio y todo lo que es consejería de salud sexual que es lo que sería la anticoncepción. También lo que es la atención de guardias es muy utilizada y lo que sería el servicio de radiología que sería el diagnostico por imágenes y laboratorio.

DRA: Nosotros también tenemos APS que también forma parte del hospital, lo que son ellos no es que la gente viene al hospital, sino que hacen prácticamente terreno en los centros de salud, ellos también son demandados por toda la comunidad en general.

DRA: Tenemos una taza importante de embarazo lo que fue la primera ronda que se hace la pre ronda se hace lo que se llama captación de las embarazadas y tratamos que se detecten dentro del primer trimestre, es decir dentro de los primeros tres meses de gestación, porque es tan importante eso porque te permite detectar y llevar un embarazo saludables y con 5 controles como mínimo puede hacer un laboratorio oportuno a esa

paciente un Papanicolau, un examen odontológico, un control de nutrición donde se controle el peso de la embarazada, se hace detección de lo que son las enfermedades de malformaciones congénitas que se detectan en el primer trimestres entonces es muy importante el primer trimestre, lo que se hace la captación si es bastante alta el ultimo lunes teníamos 273 en el primer trimestre del 2021, es un número relativamente alto para el nivel poblacional que tiene pichanal con un aproximado de 45.000 habitantes es un numero alto pero la verdad que tenemos un numero alto de embarazadas menores de 19 años pero la taza no disminuye con la edad, sigue aumentando, llegamos a tener embarazadas de 40 45 años que son embarazos de riesgo por la edad del paciente porque se puede complicar

INVESTIGADOR: ¿Esto a que se debe?

DRA: Principalmente creemos que es algo que se tiene que ir trabajando y esperamos trabajarlo con las escuelas en lo que es reforzar la educación sexual integral, lo que es esi, para muchas veces por desconocimiento, muy fuerte la parte cultural que ocurre mucho en cuanto al machismo y lo que es prácticamente cultural el no cuidarse o la desinformación, hoy por hoy está la información al alcance por el internet o por lo que uno puede buscar si la precisa pero no siempre es la correcta, entonces lo que realizamos en el consultorio como la guardia es la consejería de salud sexual. Se hace lo que es promoción y prevención de la salud y lo que es la salud sexual siempre administramos con el servicio de farmacia lo que es la medicación, tenemos gente que retira sus anticonceptivos que se hace control del dispositivo intrauterino, se coloca o se hace campaña, por lo menos 10 campañas al año y la colocación de los implantes subdérmicos como método anticonceptivo tanto en el ejido urbano como en el rural, de hecho ahora estamos planificando la visita a la zona rural que es lo que estaba planificando para el miércoles 27 de julio, vamos a las comunidades del algarrobal, el totoral y las piedras es bastante lo que se brinda, pero creemos que algunas de las causas se puede deber a esa falta de información

INVESTIGADOR: ¿Cuántos parajes o zonas rurales están a cargo del hospital?

DRA: Lo que es la zona rural es bastante amplia, incluso es más amplia que el propio oran son 7.500 km cuadrados y nosotros tenemos en cuanto a lo que es la parte edilicia 4 puestos rurales en pozo las piedras, en fagastin en yuchán y en la estrella, la verdad que los que están en funcionamiento constante con la función de enfermería y de agente sanitario es lo que es yuchán y la estrella que está ahí nomas del retiro, contamos con un agente sanitario y con un enfermero y lo que son fagastin y las piedras, por ejemplo

las piedras esta solamente con atención de agente sanitario y fagastin con un agente sanitario y auxiliar de enfermería, prontos a jubilarse ya porque son zonas que están muy dispersas entonces por ahí es muy difícil la accesibilidad es bastante terreno para recorres y prácticamente colinda con lo que es el chaco y el límite con Jujuy o sea que es muy amplia la zona, tratamos de hacer dos visitas por mes a zonas rurales donde hacemos atención de enfermería, medica odontológica de kinesiología y bueno también lo que es nutricional, control del niño sano, vacunación para completar el carnet seria como para reforzar la actividad que ya realiza el enfermero.

DRA: Son 8 puestos a nivel urbano que por una cuestión que nos falta el recurso humano tenemos 4 médicos de planta porque se nos jubiló hace poquito la Dra. Toro eran 5 ahora son 4, que sería el Dr. R. el Dr. C, el Dr. Q, y la Dra. M, ellos serían nuestros médicos de planta, el resto son contratados eventuales.

INVESTIGADOR: ¿Cómo consideraría el vínculo del personal de salud con los miembros de la comunidad de la misión?

DRA: El vínculo es bastante fuerte, nosotros atendemos constantemente porque muchas veces son comunidades que no tienen la posibilidad para acceder a un servicio de salud privado, entonces se la realiza en el hospital, nosotros como medio de salud al ser la única institución de salud, ya que no hay clínicas privadas no existen otras entidades el vínculo es bastante fuerte, en pichanal no existen clínicas solo el hospital y no hay más, aquí es común que se conozcan “no yo lo conozco a tal”, es bastante conocido igual que los pacientes que vienen a la guardia ya son prácticamente conocidos, hay algunos que ya los ubicamos, se conocen, es bastante fluida la relación.

INVESTIGADOR: ¿Nunca existió una problemática para atender a los miembros de la comunidad?

DRA: No yo diría que hay más facilidades que dificultades la verdad que no hay un impedimento, no se presentan obstáculos para atender.

INVESTIGADOR: ¿Del ámbito geográfico, de la parte administrativa?

DRA: Quizás en cuanto a lo geográfico se dificulta, nosotros tenemos con respecto al parque automotor contamos con 4 ambulancias de las cuales 2 están en reparación, contamos con 2 y una que... entonces muchas veces por la falta de recurso se dificulta la atención, igualmente logramos que se brinde la atención. Además del faltante de recurso humano nos obliga a brindar poca atención de la parte medica por ejemplo y también

tenemos un faltante de lo que es el recurso de enfermería nos ha quedado muy chico nuestro hospital para lo que es pichanal por como creció la población y mucho personal que se jubiló, después de la pandemia se jubiló mucho personal, son puestos que no se han cubierto entonces han quedado muchas zonas desprotegidas pero pasa en todas las áreas no solamente con la parte medica sino también con la parte de enfermería de agentes sanitarios...

INVESTIGADOR: La falta de recurso humano se debe a que no hay recursos para contratarlos o porque no vienen a trabajar a esta zona

DRA: La verdad que es muy difícil tentar al colega a que venga a radicarse en esta zona, primero porque hay una alta demanda de lo que es trabajo y muchas veces se ve personal joven que aún no ha realizado la cuestión médica, no realizaron una especialidad entonces trabajan un tiempo y luego se van a rendir una residencia a otro lado, por ejemplo, para seguirse especializando y luego no retornan. Ellos vienen trabajan cumplen su guardia y luego se retiran.

INVESTIGADOR: ¿Esto afecta la atención?

DRA: Seguro afecta bastante porque como te decía tenemos 4 médicos que son de planta a ellos la gente ya los conoce están acostumbrados a su atención, saben cómo atiende cada uno entonces ya es muy común que pregunten: “¿Quién está de guardia?” entonces ahí se quedan o no se quedan, para atenderse eso es muy común acá y lo que si por supuesto que afecta el tema ese porque muchas veces no se llega a establecer lo que es la relación médico paciente, que tiene que ver con la adherencia al tratamiento y demás, el medico se tiene que ir y ellos lo buscan para seguirse atendiendo y el medico ya se tuvo que ir a otro lado.

INVESTIGADOR: ¿Que podría decirme sobre la percepción sobre los miembros de la comunidad de la misión san francisco

DRA: Que es una comunidad que es en cuanto a recurso financiero económico que tiene mucha necesidad por lo cual eso genera lo que es un círculo vicioso ósea si uno tiene mucha necesidad económica, no presentan una buena base de trabajo una relación de dependencia laboral estable y eso va generando otros problemas... y muchas veces esos problemas desencadenan problemas en la salud, entonces aumentan con respecto a todo lo que implica los problemas de salud, ósea muchas veces vemos en la vivienda cuando hacemos visitas en domicilio por ejemplo muchos no cuentan con una cocina a gas natural

ni mucho menos con gas embazado y tienen que recurrir a una cocina a leña, lo cual genera un riesgo para incendios para accidentes domésticos para intoxicación con monóxido de carbono por nombrarte una problemática, por la misma confección de la vivienda en muchos lados no tienen lo que es el piso o el sanitario o no cuentan con agua potable lo que dificulta también la parte de salud, el acceso a la salud a condiciones de salud de salubridad se dificulta. El paciente lo que es la persona, es una persona... como el común pichanalense no hablaría solo de la misión, es una persona abierta, la verdad que el pichanalense es alguien que brinda se deja atender no presenta obstáculos, tiene predisposición para atenderse, en ese sentido no presentan una dificultad.

INVESTIGADOR: ¿Y nunca hubo una problemática que surja a través de diferencias culturales?

DRA: En algunos casos si pero ya no hablaría de lo que es la misión, porque generalmente la persona que vive en la misión san francisco es más de la etnia Ava guaraní. El originario de esa etnia el Ava guaraní es más abierto, ellos hablan es como que tienen su propia voz, pueden hablar, ellos contestan por ahí la dificultad se presenta muchas veces con los que son de etnia wichi que es más difícil tienen una organización más patriarcal donde nos ha pasado en algunas situaciones de ir a ver a niños en domicilio y que la madre no hable sino el que hable, que ordene que cuente de la situación no sea la madre sino el padre a pesar de que la madre es la que está todo el día con el niño, eso es muy común de ver... igual que en la consulta ginecológica es la mujer de la etnia wichi no entra generalmente sola entra con su esposo y él está escuchando toda la consulta, que eso lo hemos tratado de irlo sacando porque la consulta tiene que ser privada pero por una cuestión cultural muchas veces se dificulta. El Ava guaraní es más abierto, es más propenso a la atención a que uno, por ejemplo cuando uno tienen que hacer las campañas de dengue tiene que hacer toma del ira para lo que es el índice de ovoposición de huevos y larvas del *Aedes aegyptis*, ellos permiten entrar al domicilio, tomar muestras y hacer fumigación. Las veces que hemos hecho campaña el año pasado no hemos tenido problemas para ingresar al domicilio

INVESTIGADOR: ¿Se tiene en cuenta los referentes de ellos?

DRA: Si estamos tratando con el Dr. D. de generar ese vínculo, el hace poco se estuvo reuniendo con la comunidad de la nueva Jerusalén para tener en cuenta a las comunidades y brindar atención de acuerdo a sus necesidades así que es importante

escucharlas y eso es algo nuevo de esta gerencia. Ahora por ejemplo lo que queremos hacer con el Dr. D. y esto te lo cuento es traducir todos los carteles del hospital en idioma wichi y en guaraní así que eso sería algo novedoso porque no lo tienen otros hospitales, que sea una salud intercultural por ahí no tenemos la necesidad de buscar un intérprete, pero si sería bueno poder incorporar eso para generar esa apertura a la interculturalidad así que eso sería un puntapié para generar esos lazos lo tenemos como algo pendiente y como deuda porque desde el hospital nunca se había hecho por eso lo estamos tratando de hacer en esta gestión.

ENTREVISTA AL PSICÓLOGO DEL HOSPITAL

PSICOLOGO: Bueno nosotros tenemos ahí en el tercer loteo de la misión san francisco con dispositivos comunitarios, como sería con centro socio comunitario eh, ahí nos cedió un espacio los franciscanos viste, y en una iglesia en un lugarcito muy cómodo amplio con aire acondicionado en el verano y ya va a ser un año y medio que ya estamos ahí, en abatirenda y ahí estamos yendo,

PSICOLOGO: Bueno yo un poquito quiero partir de este enfoque desde la salud mental comunitaria, porque trabajo unos 5 años del nivel central, de la secretaria de salud mental, dependiente de salud pública provincial y hemos fortalecido de alguna manera nuestras políticas de salud pública de salud mental, los principios de la nueva ley de salud mental a partir de ahí, crear lugares o dispositivos territoriales que de alguna manera plasmar digamos ¿no?, lo que es la ley de salud mental los principios y trabajar no es cierto con los referentes comunitarios, yo por ejemplo ahí en el tercer loteo, pero eso no es para el norte de nuestra provincia sino para el lado de san Antonio de los cobres, en rosario de la frontera el talar también, también para trabajamos mucho en el hospital, por ejemplo del quebrachal y para estos lados de pichanal ¿no?, entonces era fortalecer lo que era no, la salud mental comunitaria y empezar a crear dispositivos comunitarios en nuestra provincia, bueno... vos sabes que nosotros tenemos dos dispositivos comunitarios reconocidos, como markay en salta capital y también pudimos crear un espacio similar en morillo, otros dispositivo comunitario socio sanitario, y acá en pichanal en Hipólito Yrigoyen hay un dispositivo socio comunitario que empecé a trabajar yo este año, ya llevamos 5 a los trabajando acá en Irigoyen, este ahí hay unos centros y acá en pichanal con abatirenda que ya lleva un año y medio y bueno contarte las experiencias es innumerable, del dispositivo

poder hacer un abordaje no es cierto y del aporte de salud mental a la salud pública, el Dr. D. y bueno encontré mucho entendimiento por parte del nuevo director que me da las herramientas, no tanto materiales y otras con para funcionar de esta manera de salud mental, nosotros pensamos que cada efector tiene que tener... yo conozco la mayoría de los hospitales ¿no?, eh cada efector tiene que tener un dispositivo territorial en salud mental bueno esa es la idea y fuimos avanzando.... Esto lleva años a ver desde la creación de la nueva ley de salud mental que fue en octubre del 2010 hasta ahora que lleva 12 años, tratar de plasmar los principios de la nueva ley de salud mental.

INVESTIGADOR: ¿Encontró impedimentos o facilidades para trabajar en la comunidad de la misión san francisco?

PSICOLOGO: Eh siempre los impedimentos o las barreras... esto de la nueva ley de salud mental... bueno yo Tatiana para que vos te des una idea a ver de pronto hoy hablaba con la enfermera hasta recién bueno tengo... una pacientita en la cual yo hice la internación obviamente es una valoración del equipo de salud entonces el psicólogo también puede... la ley dice que nosotros tenemos que tener en todos los efectores una camita o dos o tres... como para... la observaciones e internaciones cuando se cree necesario... de algún paciente con padecimiento mentales me entiendes?, ahora yo por mi trabajo yo encuentro esta.... La posibilidad de poder hacer una internación obviamente integrándome a un equipo de salud, en este caso a un equipo de salud de guardia entonces puedo contar con esa camita para tener eh... una observación de mi paciente mucho más cercana con ella y con la familia claro... ella es de acá de Francini... bueno algo que nosotros en el segundo loteo tercer loteo... como que está muy delimitado ¿no?, ellos me decían como que los espacios... el primer loteo no va a entrar al tercero y el tercero al primero o al segundo... viste como que hay un... está muy delimitado digamos no... este la barriada o la comunidad... yo por ahí tengo problemas de que vayan al centro integral comunitario del primer loteo la gente del tercero dice: “no mire yo no voy a ir porque...”

INVESTIGADOR: ¿Problemas territoriales?

PSICOLOGO: Si viste... lo que nosotros podemos destacar y mencionar como experiencias digamos esto del funcionamiento que siempre del Francini o de otro barrio van al dispositivo territorial , vamos rompiendo de alguna manera estos tipos de estructura de que por años se da, y yo puedo decir que padres van, van con miedo o por ahí ellos mismos te expresan pero bueno van en búsqueda de acompañamiento en salud mental no

solamente con el adolescente sino también con los padres, precisamente yo mañana que es miércoles a las 15.00 de la tarde, en el dispositivo estamos, no faltamos ya hace dos años que no faltamos creo que faltamos dos veces, pero están los papas no, y siguen los papas... ah y fortalecimos las redes de trabajo con la institución educativa media, primaria también, y con padres que es lo más importante.

PSICOLOGO: Si vos lo quieres puntualizar esto por ejemplo que se encontraban delimitados este las comunidad, el primer loteo con el segundo por ahí no venían bueno se fue de a poquito rompiendo esa estructura... sostenida por muchos años... sino el dispositivo es una cuestión que se volvió una costumbre... entonces todos los chicos saben que el miércoles vamos nosotros... y bueno capaz que no sabían ellos de adolescentes y niños que soy un psicólogo me veían primeramente como una figura, como un profesor o algo que viene a hacer algún deporte porque yo me incorporo con ellos haciendo algún deporte o regalándole alguna pelotita o eso no', fue un arduo trabajo, no solamente estoy yo, hay un equipo también y algunos referentes comunitarios que también, que acompañan en los diferentes programas de primeros años.

INVESTIGADOR: ¿Quiénes serían?

INVESTIGADOR: De salta que vino también a trabajar con los chicos, con los adolescentes ¿no es cierto?, que nos colabora, vos sabes que los dispositivos comunitarios hacen articulación con salud y con educación...

PSICOLOGO: Bueno esta es una comunidad muy particular... hace mucho tiempo de lo cual yo estoy... trabajar con los estigmas con los prejuicios en relación a la salud mental, es que la gente ya es una costumbre ya no está instalado este estigma el prejuicio.... Quizás encuentro más barrera de este tipo como los estigmas en salud mental o los prejuicios en Hipólito Yrigoyen y en Pichanal, en Irigoyen ya no es muy sensible a estas cuestiones, “voy al psicólogo o lo voy a buscar” en la misma comunidad ¿no?

PSICOLOGO: Bueno son experiencias muy lindas chiquitas, después de 8 meses del dispositivo viene un chico adolescente y me dice “sabe que yo quiero ir a donde usted lo mando al otro chico”, y yo lo mande a tinkus.

INVESTIGADOR: ¿Derivan por los consumos problemáticos?

PSICOLOGO: Si, si... bueno esa es otra cuestión que tenemos que puntualizar ¿no?, hay mucho que hablar ciertamente y sabes nosotros el consumo problemático es un eslabón más de la problemática social, no es una enfermedad, es un problema social

exclusivamente, es precisamente de exclusión ósea de esa concepción vamos a partir... digo ¿es un enfermo?, no es una enfermedad son excluidos para mí, y ahí es que se puede rescatar no es cierto como dice la nueva ley de salud mental, trabajamos más que nada en la salud más que en la enfermedad misma, que quiere decir eso, que cuando estos dispositivos comunitarios... vos sabes que yo tengo de acá de la misión también una profesora de artística ahora está estudiando operadora social también entonces está llevando a cabo algunos talleres que son muy importantes que algún día vos puedas venir....

PSICOLOGO: Creamos nosotros con el equipo, creamos en salud mental... somos todos no secundario no también es un referente en salud mental, entonces hicimos un grupito de wasap todo lo que estamos haciendo por los chicos, sacamos fotos, bueno yo le escribo de lo que es, eso llevo de alguna manera a que poder sensibilizar a estos referentes comunitarios y trabajar al mismo tiempo en lo que es los prejuicios y los estigmas en relación a la salud mental y específicamente al consumo problemático viste que no dije paciente dije usuario, viste que no digo drogadicción digo consumo problemático, bueno la ley de salud mental en el 2014 la ley de los consumos problemáticos y bueno cual es el modo de abordaje, la reducción de daño, trabajamos con eso.

PSICOLOGO: Estamos hablando... chiquititos que van y 5, 6 añitos ellos quieren integrarse porque hay juegos pintura, tenemos una tallerista que está haciendo arte terapia ella trabaja mucho con el pincel con el dibujo ahora con las artesanías, y yo calculo 30 chicos, la mayoría son del 2 y 3 loteo y algunos que vienen del Francini, ¿que son los menos no es cierto?, pero bueno ahí estamos.