



Universidad Católica de Salta Facultad de Artes y Ciencias – Facultad
de Ciencias Jurídicas

Carrera de Posgrado:

**ESPECIALIZACIÓN EN PROBLEMÁTICAS SUBJETIVAS
DEL CONTEXTO JURÍDICO FORENSE.**

Director de TFI:

Dr. Miguel Plaza. Especialidad en Medicina Familiar y General.

Especialidad en Salud Social y Comunitaria. Posgrado en Reumatología.

TRABAJO FINAL INTEGRADOR

Título: **LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER DIAGUITA CALCHAQUI DE
LA COMUNIDAD DE FUERTE ALTO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD
INTERCULTURAL IMPLEMENTADOS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE
CACHI “Dr. Arne Hoygaard”.**

Autor: Lic. Trabajo Social

Barrios Antola, Federico Hernán

Cohorte (2018)

Correo: fedehbarrios@gmail.com

**LA PARTICIPACIÓN DE LA MUJER DIAGUITA CALCHAQUI DE LA
COMUNIDAD DE FUERTE ALTO EN LOS DISPOSITIVOS DE SALUD
INTERCULTURAL IMPLEMENTADOS EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CACHI
“Dr. Arne Hoygaard”.**

Resumen:

El Tema abordado en el presente trabajo es “La participación de la mujer diaguita-calchaquí en los dispositivos de Salud intercultural de Cachi-Salta”, considerando que la perspectiva de género implica una mirada necesaria y orientadora, ya que toda intervención es un proceso que implica el involucramiento tanto del profesional como de la persona destinataria de este accionar. Todo esto, ocurre a fin de incidir en un mejoramiento en las condiciones de existencia, en la toma de conciencia de las potencialidades, necesidades y derechos de los involucrados; así como también, en el ejercicio de estos últimos.

En otras palabras, el objetivo general fue promover la reflexión sobre la necesidad, limitaciones // potencialidades de los dispositivos de salud, incorporando la perspectiva intercultural y de género en los procesos de prevención y atención hospitalaria de la comunidad diaguita-calchaquí.

Palabras claves: *participación, mujer, salud, cultura, género, intercultural, prevención, atención.*

RESUMEN.....	1
INDICE.....	2-3
AGRADECIMIENTOS.....	4
ABERTURA	
INTRODUCCIÓN.....	5
RELEVANCIA.....	11
AREA TEMATICA.....	21
FACTIBILIDAD.....	22
PLANTEO DEL PROBLEMA.....	23
OBJETIVOS.....	24
ESTRUCTURA DE LA TESIS	
Metodología.....	25
Aspectos técnicos y legales.....	26
ESTADO DEL ARTE	
CAPITULO I.....	27
El rol del trabajador social en los dispositivos de salud intercultural y los facilitadores interculturales.....	
¿Qué entendemos por participación?.....	
CAPITULO II.....	29
La participación de la mujer diaguita calchaquí de Fuerte Alto en los dispositivos de salud.....	
El Origen del nombre “Calchaquí”	
El noroeste argentino y su cultura.....	

La lógica de colonial.....	
CAPITULO III.....	33
El principio de Igualdad frente al goce del derecho a la salud.....	
El neoliberalismo en las políticas sociales.....	
CAPITULO IV.....	41
El proceso de reconocimiento jurídico.....	
El Sub Programa Equipos Comunitarios para pueblos originarios.....	
Consideraciones finales.....	49
ANEXO	
Mapas y Fotografías.....	63
Bibliografías y Fuentes.....	61-62

Agradecimientos

En primer lugar, es de suma importancia agradecer a la comunidad originaria de Fuerte Alto y al servicio de APS del hospital de Cachi que permitieron el acercamiento a su cotidianidad y compartir diferentes momentos que hicieron posible este trabajo. Una cotidianidad que, como el recorrido de estas páginas demuestra, se ha tornado llena de sobresaltos, instándolos a retos y desafíos constantes. Se pone en relieve la asistencia de Miguel Plaza -director de tesis- por su acompañamiento, por la confianza que depositó, por su mirada siempre atenta y estímulo constante en el proceso de análisis y escritura del trabajo de tesis, por el cálido espacio de reflexión para que se pudiera desplegar ampliamente diferentes inquietudes.

Además, se agradece a las autoridades comunitarias de Fuerte Alto: Dora Siales y María Morales, con la fortaleza que las caracteriza invitaron a seguir. A mis padres y hermanos. A quienes facilitaron material bibliográfico y se interesaron por esta investigación, compartiendo sus experiencias de trabajo de campo. También a quienes, además de proporcionar bibliografía, invitaron a participar en distintos encuentros sobre “salud intercultural” a partir de los cuales se pudo comenzar a desnaturalizar las distintas significaciones asociadas a este ámbito particular de la salud. En este mismo sentido, se quiere expresar agradecimiento a los compañeros del Centro de Acceso a Justicia.

Introducción

Con el presente trabajo final se pretende reflexionar el proceso de las Actividades Prácticas Institucionales realizadas en el Hospital San José de Cachi “Dr. Arne Hoygaard” en el marco de la Carrera de Posgrado “Especialidad Problemáticas Subjetivas del Contexto Jurídico Forense”, aprobado por Resolución CONEAU N° 201/17, en la Facultad de Artes y Ciencias de la UCASAL.

Dicha práctica se desarrolló en el Hospital San José de Cachi “Dr. Arne Hoygaard”, perteneciente al Ministerio de Salud de la provincia de Salta

Contexto de la comunidad de Fuerte Alto Cachi-Salta.

Cachi significado según la etimología Cacán kakchi se divide en *kak* significa piedra; *chi* silencio siendo su significado *piedra del silencio*. Según la etimología Cunza *kacktchi* el significado es *agradable por el clima del lugar*.¹

Cachi es un municipio de calles angostas y casas de estilo colonial, se ubica en el sector norte de los Valles Calchaquíes, a una altitud de 2.280 msnm, se accede a través de Ruta Nacional N° 40 que la une con poblaciones como San Antonio de los Cobres, Cafayate, La Poma, Tolombón, Santa María, entre otras. La población asciende a 7.189 habitantes de acuerdo a datos publicados por el instituto nacional de estadísticas y censos ²(INDEC, 2011).

La comunidad de Fuerte Alto se ubica a 3 kilómetros del pueblo de Cachi, se accede a ella a través de un camino pedregoso, el paisaje que la rodea es el típico de los Valles Calchaquíes rodeada de cadenas montañosas, con clima frío y seco. Se puede llegar al lugar a través de colectivos que recorren la zona cada dos horas, remises y vehículos particulares.

La comunidad está conformada por 815 habitantes con 204 familias de las cuales 33 se auto-reconocen como comunidad Diaguita Calchaquí, las familias están compuestas por numerosos miembros que conviven en la misma vivienda algunas muy precarias construidas en adobe, la característica es que los niños

quedan al cuidado de los adultos mayores o de familiares adultos. El sustento económico de las familias se da a través de la actividad agrícola ganadera en pequeña escala, trabajo en instituciones públicas y planes sociales.

Las instituciones educativas y de salud se ubican en Cachi para lo cual los usuarios deben trasladarse hacia el ejido urbano para estudiar o recibir atención en salud. El jueves 26 de mayo de 2022, se le entregó la Carpeta Técnica de Relevamiento Territorial de la Ley 26.160 a la Comunidad Diaguita Kallchaki Fuerte Alto, en Cachi.

En la República Argentina existen actualmente más de 37 Pueblos Originarios distribuidos a lo largo de todo su territorio, que involucran una población total de 600.329 personas (Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) - INDEC 2004-2005).

La población indígena total del país, discriminada por sexo, resultaba en aquel momento distribuida del siguiente modo:

TOTAL DE POBLACIÓN INDÍGENA POR SEXO EN EL PAÍS

Sexo	Total, País
Hombres	301.208
Mujeres	299.121
Total	600.329

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2004-2005.

La distribución por grupos de edad de la misma población era la siguiente:

TOTAL DE POBLACIÓN INDÍGENA POR EDAD EN EL PAÍS

TOTAL	600.329
0-14	212.864
15-64	353.118
65 Y MAS	34.347

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2004-2005.

La nómina de pueblos indígenas se construye en el marco del proceso dinámico de auto reconocimiento que viven los Pueblos Indígenas en nuestro país, y por ello, no son un número cerrado.

En el *RENACI (Registro Nacional de Comunidades Indígenas)* que se construye bajo el criterio de auto reconocimiento en el *Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI)* se contemplan los siguientes Pueblos Originarios: Atacama, Chané, Charrúa, Chorote, Chulupí, Comechingón, Diaguita, Diaguita Calchaquí, Guaraní, Huarpe, Kolla, Lule, Mapuche, Mocoví, Selk'nam (Ona), Ochoya, Omaguaca, Pilagá, Rankulche, Tapiete, Tehuelche, Tilián, Toba, Tonocoté, Vilela y Wichí.

Para tener una idea de la distribución de comunidades pertenecientes a estos pueblos se presenta a continuación su distribución en el territorio nacional y de algunas provincias.

1. Se entiende por *auto identificación* o *auto reconocimiento* de pertenencia a un pueblo indígena cuando una persona declara espontáneamente en base a su consideración la pertenencia a un pueblo indígena. Es el criterio que establece la Ley de Censo Aborigen de 1998 y respeta el derecho a la autodeterminación. Otro criterio posible es la identificación de la pertenencia étnica de los antepasados.

INTERCULTURALIDAD Y SALUD

El Tema que se aborda en el presente trabajo es “La participación de la mujer diaguita-calchaquí en los dispositivos de Salud intercultural de Cachi-Salta”, considerando que la perspectiva de género implica una mirada necesaria y orientadora, ya que toda intervención de este tipo es un proceso que implica el involucramiento del profesional y la persona destinataria de nuestro accionar, a fin de incidir en un mejoramiento en sus condiciones de existencia, en la toma de conciencia de sus potencialidades, necesidades y derechos, así como en el ejercicio de los mismos.-

Como espacio emergente dentro de la agenda pública, el dominio de la “salud intercultural” ha implicado un re-ordenamiento de las “diferencias” definidas como “culturales”. Así, la “interculturalidad” en el campo de la salud ha dado lugar a que distintos nudos problemáticos vuelvan a re-emerger. Nociones de “salud”, “cultura”, “espacios terapéuticos”, “procesos de salud-enfermedad-atención”, entre otras, fueron y van siendo puestas en discusión. (Boccara, 2007; Menéndez, 2001).

En Argentina frecuentemente las políticas de salud sexual y reproductiva carecen de abordajes específicos para el contexto en que se aplican. No hay un tratamiento al respecto, que dé cuenta de la inequidad de género como factor que obstaculiza el uso y disponibilidad de métodos anticonceptivos, la ubicación geográfica y las dificultades de acceso y de permanencia y las distancias con las urbes y los centros de salud, la pertenencia étnica y la identificación con una comunidad y la relación de esa usuaria con los servicios de salud de su contexto cultural, entre otros.

Las políticas de salud sin una interpretación intercultural suponen el establecimiento de normativas propias de la racionalidad biomédica por sobre la cosmovisión local. Esto implica, además, que no se otorgue legitimidad a las prácticas y saberes de la medicina tradicional indígena y sus terapeutas, ni se aporte al respeto intercultural y a la conservación de prácticas y conocimientos ancestrales, aspectos que podrían incluso contribuir a la eficacia simbólica. Eventualmente, determinadas situaciones se resuelven a través de ajustes provisorios, y espontáneos. Algunos de estos contemplan “permisos” y flexibilización de las normas que rigen en la Unidad Sanitaria local, en función de acercar respuestas a las demandas de familiares o las propias mujeres. Estas demandas pueden implicar desde el consumo de comida tradicional durante la internación posparto hasta la petición de parir de manera vertical.

Los Pueblos Indígenas que habitan en la Argentina se encuentran actualmente en un proceso de cambio complejo y diverso de auto identificación, revitalización étnico-cultural y reivindicaciones de orden político, económico y social.

Algunos de estos pueblos conservan su lengua originaria en el ámbito familiar y comunitario, si bien la mayoría entiende y habla el español.

La información sobre población que habla habitualmente en su casa lengua indígena se refiere a un conjunto de pueblos, no a todos y es la siguiente:

Población indígena de 5 años y más que habla habitualmente en su casa lengua indígena, por pueblos indígenas con información disponible sobre interculturalidad y salud:

Pueblo Indígena	% habla lengua indígena
Ava guaraní	10,3
Chané	10,2
Chorete	75,3
Chulupí	36,1
Guaraní	6,9
Kolla	1,9
Mapuche	2,2
M' bya guaraní	40,0
Mocoví	16,3

Fuente: elaboración propia en base a datos de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2004-2005.

Todos los pueblos reivindican el derecho a la educación e información en su lengua y la necesidad de resguardarla como parte sustantiva de su patrimonio cultural e identidad, actuando como miembros de pueblos distintos, aunque insertos en la comunidad nacional.

En este proceso de autoafirmación por parte de los pueblos indígenas es notorio el lugar que ocupa la definición de sus derechos respecto de la tierra, del mantenimiento de sus costumbres, de sus lenguajes y de su cultura.

“La tierra no es un comercio, es la vida misma. Ni la tierra ni la vida se pueden negociar. La alianza entre el hombre y la tierra no se puede dividir. Sólo pedimos que se respete nuestra cosmovisión. Amamos el futuro, aunque no lleguemos a vivirlo. (...)”

Palabras de Félix Díaz, cacique de la comunidad Qom, en el artículo de Bayer, O.: *argentinos, a las soluciones* del día 13/11/11 en el diario *Página 12*.

El primer logro de las reivindicaciones indígenas en materia legislativa fue la sanción de la *Ley Nacional, 23.302³ de Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Indígenas* (1985), que consagra en su artículo primero la tan solicitada *participación del indígena* con sus propias pautas culturales en la vida del país.

3. Entre otros, la Ley 23.302 crea el *Instituto Nacional de Asuntos Indígenas* y establece sus misiones y funciones. Sancionada el 30/9/85. Artículo 70 de la Constitución Nacional. Publicada en el Boletín oficial el día 12/11/85.

La relevante trascendencia de la estructura del INAI, se entiende en cuanto a que esta crea entre otros, un Registro Nacional de Comunidades Indígenas que otorga mediante su inscripción la personería jurídica a las comunidades indígenas de todo el país.

(...) El INAI, tiene amplias facultades a través de las cuales debe alcanzar el fin propuesto por la ley de su creación, que es la protección y el apoyo hacia las comunidades indígenas, defendiendo los derechos que les corresponden y la realización de acciones que permitan su desarrollo económico y social, para una plena participación en el proceso socio-económico y cultural de la Nación, respetando a su vez sus propios valores y modalidades. Terminando con las injusticias y discriminaciones que se cometen hacia dichos pueblos

y sus integrantes.

Las normas en materia de derecho de los pueblos indígenas tienen un sentido de acción afirmativa, de reparación histórica y de respeto de su identidad cultural específica, dichos pueblos se encuentran en condiciones de marginación y de desigualdad que debe ser corregida, a la vez que se incorpora su acervo cultural como parte de la identidad nacional.

El reconocimiento de la personería jurídica a las distintas comunidades se ha traducido en:

- el inicio de un proceso de devolución de sus tierras ancestrales, y en,
- la enseñanza bilingüe e intercultural.

Relevancia

Lo que se desarrolla en este trabajo de sistematización de experiencias es una desconstrucción de las vivencias experimentadas en el Hospital San José de Cachi.

Se describe la participación de la mujer de la comunidad de Fuerte Alto, en los dispositivos de salud en la ciudad de Cachi; y se intenta dar respuesta a los interrogantes, tales como: ¿cuáles son los espacios que ellas ocupan?, ¿Son incluidas desde una perspectiva de género e intercultural en los programas y dispositivos de salud que intervienen en dicha comunidad?, entre otros.

En el hospital de Cachi el principal protagonista en la relación entre los prestadores y los usuarios es el médico. Él es quien tiene la responsabilidad de dar un diagnóstico y realizar un tratamiento; además de ser quien informa al paciente o su familia acerca de la cuestión terapéutica y la prevención que se debe llevar adelante.

Dada la importancia que cobra la percepción de los signos de alarma ante un problema de salud de los niños, por parte de la madre; el manejo de información redundara en una mayor precocidad en la búsqueda de ayuda (De ClerqueJ., 1992).

Esta información dada por el médico en el marco de la consulta médica, no es brindada de la misma manera a todos los que acuden al consultorio, sino que depende tanto de las características personales del usuario (sexo, edad, nivel de instrucción, etc.), así como del estilo de la comunicación (StreetR., 1991).

Los médicos informan más a hombres que a mujeres, a personas con mayor nivel de instrucción que tienen más recursos económicos. Por otro lado, en relación al estilo de la comunicación, explican a quienes más preguntan u opinan sobre lo que les sucede (pacientes de más edad y nivel social).

Esto significa una doble desventaja para las comunidades originarias. Tienen un estilo de comunicación más pasivo, preguntan y opinan menos sobre el problema de salud a consultar. Básicamente, esto se debe a la *distancia social* o a la dificultad que se tiene al relacionarse con el profesional, acentuada por la brecha lingüística propia de la terminología médica.

Por otra parte, por ser individuos de menor nivel de instrucción, despiertan en el profesional menos interés en dar información. Esto es consecuencia de que subyace el *prejuicio* de que las personas con menor nivel socioeducativo tienen un menor interés en saber o conocer sobre su salud o la de su familia.

No se trata solo de incorporar a más mujeres a los procesos y programas existentes; sino ir más allá, y llevar a cabo reformas para asegurar que estos reflejen la cultura propia, las visiones, intereses y necesidades de las mujeres, y contribuyan al logro de la equidad de género a través de la participación y el ejercicio pleno de sus derechos.

Nos enfocamos en los procesos de normalización que, orientados por la lógica del “riesgo” y la construcción de lo “vulnerable”, van incidiendo en distintos aspectos de la vida social de los destinatarios: la comunidad originaria periurbanas de Fuerte Alto de la localidad de Cachi. Así, buscamos hacer inteligible cómo se gestiona y administra la vida del “colectivo indígena”, entretejiendo tanto “técnicas reguladoras” como “técnicas disciplinarias” (Foucault, 2006). Sabemos que a través del análisis de la trama de intervenciones es posible avanzar en la manera en que los programas de salud dirigidos hacia la población indígena van

construyendo una manera de “hacer vivir” que –más allá de las metas proclamadas- va tallando en bajo relieve formas de “dejar morir” selectivamente distribuidas entre la población local.

Por último, estamos abocados a reconstruir los circuitos de atención en el sistema de salud formal de la población indígena, mediante la instrumentación de ciertos mecanismos creados para tal fin. Nos referimos concretamente a “las derivaciones” realizadas por los agentes sanitarios que trabajan en el equipo de Atención Primaria de la Salud y a la experiencia del Equipo del CAJ (Centro de Acceso a Justicia).

Entonces, lo que se pretende es lograr generar una crítica constructiva de la experiencia de la residencia que nos permita repensar nuestras intervenciones como equipos de salud como un antecedente, a tener en cuenta, en las intervenciones venideras. Los aspectos a considerar y aquellos a pensar y repensar en nuestras intervenciones, a fin de lograr la participación, movilización y emancipación de todos los actores involucrados en dicha realidad.

El proceso de devolución y/o reconocimiento de tierras ancestrales, no es una tarea fácil:

*Si bien hay una apertura muy importante para la inclusión de los derechos específicos de los pueblos indígenas dentro de los derechos humanos(...) cuando esos derechos reconocidos de los pueblos originarios confrontan contra intereses económicos (...) siempre se atenta contra los pueblos originarios.*⁵

5. Diálogo con la Doctora en Antropología Diana Lenton, en: Aranda, D.: *El Estado se construyó sobre un genocidio*. Artículo publicado el 10/10/11 en el diario Página 12.

Inadecuaciones entre el contexto y la planificación de políticas de salud

El desarrollo de los programas de salud, especialmente en lo relacionado con la salud reproductiva y la salud sexual, es crucial para proteger los derechos de las personas al bienestar y a la dignidad básica, en tanto la reproducción es quizás uno de los aspectos más críticos a considerar en un enfoque de la salud basado en los derechos humanos, porque afecta toda la vida y bienestar de la mujer.

La atención a la salud materna es uno de los componentes del objetivo de desarrollo sostenible “salud y bienestar”, el cual ha inspirado múltiples acciones para mejorar la atención para todas las mujeres; sin embargo, la morbilidad y la mortalidad materna no han sido erradicadas y todavía existen otros problemas con el acceso a un parto sano y seguro. Uno de ellos es la violencia obstétrica entendida como una forma de violencia que se ejerce en el sistema de salud -ya sea intencionada o involuntaria- contra las mujeres gestantes; convirtiéndose a su vez, en una intersección inherente entre la violencia institucional y la violencia de género contra las mujeres. Al respecto, una investigación realizada por Mejía y colaboradores indica que existe un desconocimiento de los temas de violencia obstétrica, los derechos sexuales y los derechos reproductivos, durante la formación de los profesionales de salud. De acuerdo a los autores, las experiencias de las mujeres existen en un plano de importancia secundaria al bienestar físico; un plano al que tal vez las instituciones del sistema de salud no pueden acceder debido a las brechas en la comprensión, los antecedentes culturales y la confianza. Sin embargo, muchas mujeres identifican elementos de violencia obstétrica en la atención de salud materna. Estos aspectos actúan como fuertes elementos disuasorios que impiden que estas mujeres y otras personas en sus redes sociales que utilicen la atención especializada de los hospitales; por lo que se configuran en problemas importantes de la calidad de la atención.

Las mujeres indígenas, particularmente, enfrentan barreras únicas para utilizar y acceder a la atención de salud materna, porque son un grupo especialmente vulnerable: tienen más probabilidades de tener un estatus socioeconómico bajo, corren un mayor riesgo de sufrir trauma psicológico después de su desplazamiento (debido al apego histórico a sus tierras); a estos, se suman los constantes avances de las bodegas y empresarios rurales sobre territorio comunitario relevado y protegido por la ley 26.160; por lo que enfrentan obstáculos culturales únicos en la búsqueda y recepción de atención. También, se le adiciona el maltrato cultural presente en la salud reproductiva, que también afecta la labor de las parteras tradicionales dado que, por los prejuicios existentes en nuestra sociedad mestiza contemporánea, no les dan la oportunidad de demostrar sus aportes y prácticas, recibiendo rechazo y maltrato del personal de salud.

En las últimas décadas, el estudio alrededor de la violencia obstétrica y el parto humanizado se ha convertido en un discurso académico crítico. Tanto en el mundo conocido como en otros lugares, se habla más de falta de respeto y abuso que de violencia obstétrica, como ocurre en América Latina. Podemos ver estudios internacionales como el de Sadler, que al expresar que existe una preocupación por parte de algunos investigadores; puesto que, debido al exceso de las intervenciones médicas y la falta de respeto hacia las mujeres durante el parto, como consecuencia de la violencia estructural que se viene presentando ----- históricamente- en la atención de la maternidad. Asimismo, en una revisión sistemática de métodos mixtos se encontró que las experiencias de parto de las mujeres en todo el mundo se ven empañadas por el maltrato y que, “a pesar del creciente reconocimiento del trato negligente, abusivo e irrespetuoso hacia las mujeres durante el parto en los establecimientos de salud, no existe un consenso a nivel mundial sobre cómo se definen y se miden estos sucesos”.

En Latinoamérica, uno de los estudios realizado en un hospital público del Estado de Morelos, en México, muestra que las formas de violencia obstétrica que son más comunes y las que más padecen las mujeres en las salas de parto son: a) el abuso físico, traducido en cantidad excesiva y brusquedad en los tactos vaginales realizados por los profesionales de la salud; b) abuso verbal, representado en discriminación por pertenecer a una determinada comunidad originaria y más si es autoridad comunitaria.

Programa de APS

Una de las problemáticas que abordamos en este trabajo, y que es común a las dos generaciones de mujeres analizadas, es aquella que se genera como consecuencia de que la oferta de salud local no ha sido pensada específicamente para poblaciones de Pueblos Originarios, sino que responde a planificaciones nacionales estándar como el Programa de APS, con fuerte presencia en la provincia de Salta, así como en las demás jurisdicciones del país.

La ausencia de políticas interculturales en salud y/o de políticas que contemplen la dimensión étnica de las usuarias del servicio de salud local, es uno de los factores que incide dilatando la búsqueda voluntaria de las mujeres de atención a sus embarazos y partos con personal biomédico. Esto deriva en consecuencias negativas para la salud de las propias mujeres, y es contraproducente para el logro de objetivos sanitarios como la reducción de la mortalidad materna, la fecundidad y la mortalidad pos neonatal. Se observa la ausencia de acciones tendientes a promover el entendimiento entre la racionalidad biomédica y la medicina indígena, en el tratamiento de la salud de las mujeres, que redunden en un acercamiento entre prestadores de salud y usuarias. Tampoco se observan intenciones de adaptar las políticas sanitarias orientadas a este colectivo, y que por ejemplo contemplen atender e incluir prácticas vinculadas a la cosmovisión

indígena, dentro de la atención a la salud sexual y reproductiva femenina, tal como las mujeres demandan. En su lugar se continúan implementando políticas y programas que desconocen la cosmovisión indígena sobre los procesos de salud, de enfermedad y de atención.

LA LOGICA OBSTÉTRICA

La lógica obstétrica es un elemento más que durante décadas se ubicó en la vereda contraria de las representaciones de las mujeres locales de la primera generación. El nacimiento del hijo sobre el cuero de animal y la sangre impregnándolo todo, no tiene para ellas ninguna de las connotaciones que la biomedicina le impone. La pulcritud, la limpieza, la desinfección, los gérmenes, etc., son importaciones y adaptaciones que sólo están llevando a cabo las madres de esta nueva generación, quienes prestan menores resistencias a la obligación de institucionalizar sus partos. Así, los cambios en las prácticas del nacimiento, resultan de un proceso que tiene su equivalente en un cambio a nivel de las representaciones sociales. Las reticencias de una madre a que su hija ingrese a dar a luz a un hospital parecen comprensibles en tanto ellas no han atravesado por esa experiencia sino al final de su etapa reproductiva, lo que remarca las diferencias intergeneracionales a las que nos estamos refiriendo en este trabajo.

Agresión como disfunción de las habilidades sociales Fuerte Alto Cachi.

Recuerde que: *“El ser humano es gregario por naturaleza. Pasa gran parte de su tiempo en interacción con otros. La vinculación de un modo mutuamente satisfactorio es una fuente de bienestar personal que cobra particular relevancia en la adolescencia.”* (Contini, 2015, 33). A esto, se le suma los resultados de las diferentes investigaciones que lograron constatar la existencia de relaciones entre el desarrollo de habilidades sociales en la infancia y adolescencia y el ajuste social, psicológico y

académico en la vida adulta (Monjas Casares, 2000; Garaigordobil Landazabal, 2008). Por todo lo expresado, se resalta la importancia de las relaciones vinculares entre los profesionales de la salud y los usuarios que transitan las primeras etapas de su vida; relaciones que se deben dar en virtud al respeto no sólo por el hecho de ser “persona”, sino por la “pertenencia” a una ideología, con una idiosincrasia que denota los rasgos identitarios de una comunidad hecha de valores, creencias, costumbres, hábitos, mitos, etc. Atención a la salud es un acto que involucra el respeto y valor por el *otro*, por lo ajeno, lo diferente.

El término o concepto de *agresividad* connota, hoy en día, no sólo como respuesta, reacción, ataque a algo externo, un estímulo que puede tomarse como amenaza u ofensa; sino también, como producto de la disfunción de las habilidades sociales no sólo en la adolescencia. Se pone de relieve, por ejemplo, la marginalidad a donde se dirigen las costumbres o creencias de la comunidad diaguita en cuanto a los dispositivos de salud con los que cuenta –por herencia ancestral- y su irrespeto. Todo esto, recae en un ambiente de malestar y disfunción.

En suma, la mujer diaguita vive en la marginalidad de la marginalidad, por cuanto es víctima del irrespeto por su origen, por su cultura, por el hecho de ser *mujer*, por sus creencias, por la falta de traductores bilingües, entre otros. A esto se le agrega la disfunción de sus habilidades sociales como consecuencia y la agresividad como modo de reacción o defensa.

El área temática.

La participación de la mujer diaguita- calchaquí en la salud intercultural

El tema elegido es:

**La participación de la mujer diaguita-calchaquí de la comunidad de
Fuerte Alto en los dispositivos de salud intercultural de Cachi-Salta.**

Factibilidad

Estas prácticas realizadas en el marco de un convenio entre el ejecutivo provincial y UCASAL. Nos permitirá seguir indagando sobre las diferentes situaciones y preguntas planteadas durante el proceso de las prácticas institucionales. Actualmente seguimos trabajando en nuestros lugares de prácticas los que nos facilitará la recolección de la información para la realización de la tesis de posgrado.

También se cuenta con un equipo interdisciplinario el cual colabora en la recolección de información con los distintos instrumentos a utilizar, (encuestas, entrevistas, talleres, etc.).

Planteo del problema

La falta de adecuación del acceso de los dispositivos de salud a la idiosincrasia cultural y de género de la mujer diaguita calchaquí. A raíz de esto, nacen varios interrogantes, como ser:

¿Qué es la Salud Intercultural?

¿Cuál es el trato que ellas reciben?, ¿Son incluidas desde una perspectiva de género e intercultural en los programas y dispositivos de salud que intervienen en dicha comunidad?

¿Cuáles son los obstáculos que se presentan en el acceso a los servicios de salud?

¿Cuáles son las representaciones sociales de los integrantes de los equipos de salud en temas de perspectiva de género y salud intercultural?

¿Qué es la lógica obstétrica?

¿Qué tipo de atención reciben a la hora de parir?

Objetivos

General:

- Promover la reflexión sobre la necesidad, limitaciones // potencialidades de los dispositivos de salud incorporando la perspectiva intercultural y de género en los procesos de prevención y atención hospitalaria de la comunidad diaguita-calchaquí.

Específicos:

- Encontrar información científica relacionada con la salud intercultural por medio de una búsqueda sistemática de la literatura.
- Indagar sobre el servicio que brindan los equipos de salud del hospital, para saber si cumplen adecuadamente en respetar los saberes ancestrales de las comunidades originarias de cachi.
- Dar a conocer a la comunidad los resultados relevantes de la investigación por medio de la transmisión de la información.

Metodología

Se utilizó la siguiente metodología:

- Tipo de Paradigma: DDHH.
- Tipo de Investigación: Descriptiva.
- Tipo de Estudio: longitudinal- prospectiva.

La población se constituye por 209 familias del paraje Fuerte Alto y la muestra se constituye por 209 familias visitadas en dicho paraje.

- Tipo de muestra: No probabilística- intencional.

Las técnicas e instrumentos que se emplearon en la investigación fueron: registro anecdótico, estudio de casos, historia de vidas. (Observación) y Encuestas.

Aspectos técnicos y legales

Los métodos y técnicas elegidas para la elaboración de la tesis ya vienen siendo utilizados en la comunidad diaguita-calchaquí, por lo tanto, no incurriremos en dañar ninguna norma. Los sujetos a consultar ya fueron debidamente identificados y se le brindará toda la información necesaria del tipo de trabajo que estaremos realizando para la elaboración de la tesis. Se redactará una nota donde ellos brindarán su consentimiento.

La conclusión principal fue que: *las mujeres de la comunidad diaguita calchaquí del Paraje Fuerte Alto no tienen participación en los dispositivos de salud del hospital de Cachi, ni acceso a programas específicos con respecto a la salud intercultural.*

Estado del arte

CAPITULO I

Concepto

“...Una interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso vivido en ellas: los diversos factores que intervinieron, cómo se relacionaron entre sí y por qué lo hicieron de ese modo. La Sistematización de Experiencias produce conocimientos y aprendizajes significativos que posibilitan apropiarse de los sentidos de las experiencias, comprenderlas teóricamente y orientarlas hacia el futuro con una perspectiva transformadora”. Oscar Jara¹

EL ROL DEL TRABAJADOR SOCIAL EN SALUD

En el marco del trabajo que realiza el trabajador social en territorio, en los dispositivos de salud de la provincia.

A partir de la Ley Federal de Trabajo Social N°27.072 con Adhesión Provincial², se define al Trabajo Social como la profesión basada en la práctica y la disciplina académica que promueve el cambio y el desarrollo social, la cohesión social, y el fortalecimiento y la liberación de las personas. Su objeto de intervención es el sujeto en un contexto dinámico donde interactúa con su entorno.

¹ Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias .Oscar Jara Holliday1.PDF

²Adhesión provincial, sancionada con fuerza de ley por Senado y Cámara de Diputados de la Provincia de Salta (2016). Ley N° 7.957 Publicado en Boletín Oficial. Disponible en: www.boletinoficialsalta.gob.ar

Como profesional y ciudadano nos encontramos inmersos y atravesados por un contexto social, político, económico y cultural propio, que determina nuestra salud y los modos de dar respuesta a las problemáticas que se presentan cotidianamente. Desde esta concepción amplia e integral de la salud y a fin de poder construir respuestas cada vez más acordes a las necesidades sanitarias de la Provincia, resulta importante contar con trabajadores sociales en la totalidad de los dispositivos del sistema de salud ubicándose el mismo, como integrante del equipo de salud.

El abordaje que realice como profesional de trabajo social, se traduce metodológicamente en la aproximación de la problemática presentada (mediante interconsulta de otros profesionales, demanda del paciente y/o de las familias) a partir de diferentes tipos de entrevistas, de la observación y análisis específicos que conducirá a diagnósticos situacionales, los cuales permiten elaborar e implementar estrategias de intervenciones, que son susceptibles de evaluar para poder reorientar las acciones cuando fuera necesario.

Los resultados del abordaje que realiza el profesional de trabajo social son de proceso (de índole cualitativo).

En los departamentos Rivadavia, Orán y San Martín cuentan con un servicio de facilitadores bilingües e interculturales que tienen la finalidad de ser nexos entre los servicios de salud y los pacientes de las comunidades originarias de la zona. El mismo también funciona en el Hospital Público Materno Infantil.

En el hospital de Cachi, no hay facilitadores bilingües e interculturales.

El servicio de estrategia intercultural funciona a través de una red de facilitadores bilingües y acompañantes hospitalarios que se denomina "Red de Respuesta Intrahospitalaria e Intercultural" que opera en zonas con mayor población de comunidades originarias.

La red tiene el objetivo de acompañar a los equipos de salud, en las recorridas y visitas domiciliarias a las comunidades originarias, como así también en casos de derivación a los hospitales. Los facilitadores permiten que se produzca una comunicación clara y fluida entre el personal sanitario y los pacientes.

Se trabaja en el llenado de hojas de rutas, en los niveles de respuesta y de comunicación, y en el manejo y recolección de la información

Asimismo, se obtiene una respuesta positiva por parte de ellos, porque pudieron reconocerse como parte del hospital, lo que aumenta el nivel de respuesta del servicio.

De esta manera, los abordajes socio sanitarios aplicados en territorio resultan ser más efectivos, ya que permiten que, en la intervención, los pacientes se sientan acompañados y contenidos, y así entiendan en su idioma todas las indicaciones con respecto a sus tratamientos médicos, prácticas de salud y necesidades sociales.

Cabe destacar, que la asistencia no es solo sanitaria, sino que también es de carácter social, ya que, de ser necesario, se hace entrega de módulos alimentarios, kit de higiene y vestimentas.

La importancia de contener a todos los pacientes, en particular a los que pertenecen a las comunidades originarias, “es importante contenerlos y acercarlos a los servicios de salud, dando una respuesta empática, clara y de calidad, la idea es que la persona vuelva a su comunidad con conocimientos sobre su salud y bienestar”.

Es necesario antes de abordar el tema que me interesa, intentar definir aquellos conceptos claves.

¿Qué entendemos por participación?

“La palabra participación o participar es un vocablo de moda, capaz de provocar expectativas en algunos escepticismos en otros y entusiasmo en

unos pocos. Pero he aquí que, al igual que en el uso de otras palabras como pueblo o comunidad, se mezclan alcances y significados diferentes.

A veces se utiliza de una manera en la que pareciera que la sola decisión de hacer participar a la gente basta para resolver problemas. En otras circunstancias, esta palabra sirve para dar un aire progresista a un programa o para hacer creer en la sensibilidad social de quienes lo realizan o promueven.

Antes de eludir los rasgos esenciales de la participación, hemos de señalar que la participación no es algo que se conceda, sino que es un derecho de toda persona, de todo colectivo y de todo pueblo a decir su palabra y a decidir su propio destino.

Participar implica tomar parte en las decisiones en todo aquello que concierne o tiene incidencia en la vida personal, grupal o colectiva de las personas. Para medir la genuinidad de la participación (frente a las pseudoparticipaciones), hay que formular las siguientes preguntas: ¿Qué importancia tienen las decisiones en las que puedan participar la gente? Lo sustancial de la participación como dice Tomás Alberich, “es el proceso, el cómo y para que participar”.

“La participación ciudadana trasciende lo estrictamente partidario y hace referencia más a la conquista y usufructo de derechos humanos vulnerados y por ello me encuentro en la necesidad de aclarar algunos conceptos sobre que significa y los alcances y consecuencias que provocan a los sujetos involucrados y analizar desde una perspectiva crítica.”

Según el diccionario “Participación” significa tomar parte, e incluye un componente activo, intervenir en algún asunto en el entorno de un individuo o colectivo. Para delimitar más la participación me remito a la información ofrecida por Fernando Pindado, que usa el término en el sentido de tomar parte en la gestión de la cosa pública para intervenir en ella y estar interesado o preocupado por ella. El entorno es entonces el espacio público y político. Joan Font e Ismael Blanco, nos ofrecen otra

definición muy completa: *“Participación es cualquier actividad dirigida a influir directa o indirectamente en las políticas”*.

La participación puede consistir en cualquier tipo de actividad. En unos casos influimos en quienes tomarán las decisiones y en otros en qué decisiones se tienen que tomar. Por lo tanto, los destinatarios directos pueden ser tanto los políticos como los otros ciudadanos, y muy a menudo los dos grupos a la vez.

Las mujeres de la comunidad de Fuerte Alto manifiestan: “no somos invitadas a participar de ningún encuentro en el Hospital local”. El hospital no tiene una apertura en relación al trabajo comunitario y social que deberían tener, para darles mayor protagonismo a las comunidades originarias del valle calchaquí y en particular a la comunidad de Fuerte Alto que se encuentra a 4 km del pueblo de Cachi. No se realizan eventos sociales, ni campañas masivas de prevención, para informar a la comunidad en general.

Se realiza un trabajo de prevención, solo con la presencia de agentes sanitarios, los cuales siempre están recorriendo el municipio y tiene presencia activa con las familias del valle.

CAPITULO II

El origen del nombre.

En cuanto al nombre Calchaquí, La fone Quevedo dice que viene de “Kallchac”= el que anda siempre disgustado; según los Gobernadores españoles de: <<indios alzados>>, << fieros>>, e << indómitos>>.

Callcha en lengua quichua quiere decir: amontona; “calchani” es cosecha y “huccquí” es rincón; así pues “callchani” o “calcha huccquí” es un rincón donde se cosecha y amontona.

Por eso es un error pensar que, en la formación de la nación argentina, la civilización y consolidación de la conquista española ha venido de Sur a Norte que debemos considerarla a través de las diversas etapas de su historia, sobre todo de conquista y coloniaje.

El Valle Calchaquí formaba parte del antiguo Tucumán que se comprendía la región andina ocupada por los Diaguitas desde Jujuy a San Juan inclusive del Tucumán de la actualidad.

Todos los Calchaquíes eran Diaguitas, pero no todos los diaguitas eran Calchaquíes, ya que estos últimos eran una tribu de aquellos.

Los Calchaquíes eran pues una tribu diaguita, y habitaban unos de los valles interandinos que corre de Norte a Sur, al Oeste de Salta, y al pie de la cadena de montañas que separa la provincia de la Puna de Atacama.

Con el nombre de” Diaguita” fueron conocidos en tiempos de las conquistas la palabra “Calchaquí” a parecer por primera vez en 1556 en una carta de Aguirre, y en cuanto a su origen, el Padre Barzana decía en 1594 en una carta a dar nombre a aquel valle, Aludía con esto, al belicoso Don Juan de Calchaquí, que tuvo en jaque por largo tiempo a los primeros conquistadores.

Poco a Poco se fue restringiendo más tarde está denominación; y así vemos que en 1798 en que la Parroquia de Molinos se la denominaba “Doctrina del Calchaquí”· comprendía desde Tolombón a Cachi inclusive.

El noroeste argentino y su cultura.

El noroeste argentino (NOA) comparte con la región fronteriza de Bolivia una cultura e historia económica similares, por lo que su realidad socio sanitaria coincide más con Bolivia que con el estado argentino. Salta, una de las provincias de esta región, es actualmente la que reúne mayor diversidad lingüística y cultural. La provincia tiene una población de aproximadamente 140.000 indígenas, distribuidos en 400 comunidades, muchas de las cuales exhiben reconocidos procesos de organización en la lucha y demanda por el cumplimiento de sus derechos, expresados en numerosos marcos legales locales, nacionales e internacionales. Estas comunidades se asientan tanto en las tierras bajas (monte chaqueño) como en las tierras altas (altiplano) y cuentan, en todos los casos, con prolongaciones a alguna provincia o país vecino (Buliubasich 2009). Estos grupos étnicos son, en las tierras bajas: los guaraníes (también conocidos como chiriguano), chané, wichí (o matakó), tapyy o tapieté, chorote (iyojwaja o iyojwujwa), chulupí (o niwaklé), toba (o qom); y en las tierras altas: los kollas y diaguita-calchaquíes. Las tres etnias mayoritarias existentes en la región NOA son la kolla, la guaraní y la wichí. Los pueblos indígenas del continente son los que exhiben los niveles más altos de pobreza y en el caso de la provincia de Salta, de acuerdo a los datos del Programa de Salud Intercultural del Ministerio de Salud Pública, los indicadores de morbimortalidad indican que los pueblos originarios presentan mayores tasas de mortalidad infantil y materna, así como mayores índices de enfermedades prevenibles como la diarrea, la desnutrición y la tuberculosis, entre otras (Jockers 2011). 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. En este contexto caracterizado por la diversidad cultural de sus habitantes la formación de los profesionales de la salud presenta un doble desafío: por un lado, la sensibilidad profesional con la que deben ser formados, si se pretende una atención en salud desde una perspectiva intercultural, y por otro, la permanencia y egreso de estudiantes provenientes de las comunidades originarias.

La lógica de la Colonialidad

La lógica de la Colonialidad opera en tres diferentes niveles:

- Colonialidad del poder (político y económico)
- Colonialidad del saber (epistémico, filosófico, científico y en relación con las lenguas con el conocimiento)
- Colonialidad del Ser (subjetividad control de la sexualidad y de los roles atribuidos a los géneros, etc.)

El giro descolonial consiste en desprenderse del chaleco de fuerza de las categorías de pensamiento que naturalizan la coloniedad del saber y del ser y la justifican en la retórica de la Modernidad, el progreso y la gestión “democrática imperial”. El control actual del conocimiento opera fundamentalmente en la economía y en la teoría política. La filosofía neoliberal da prioridad al mercado y a los conceptos de democracia y de libertad, ligados ambos al mercado. Diferentes argumentos marxistas, critican a ambas, pero se mantienen en el nivel de la economía y la política. Las esferas del conocimiento y de la subjetividad, en cambio son el terreno en el cual operan los proyectos de desprendimiento entorno a las identidades (sexuales, genéricas, étnicas, religiosas no-cristianas).

La esfera de la sociedad política se configura en dos grandes dominios: el de los movimientos sociales y el de trabajo intelectual dentro y

fuera de la academia. Los movimientos sociales se organizan entorno a identidades descalificadas por el racismo y el patriarcalismo del saber imperial que se constituye en el mismo movimiento de la colonialidad del saber. En la medida en que los imperios occidentales, capitalistas y cristianos (protestante y católicos) formados en los últimos cinco siglos de historia del Atlántico proyectada sobre el resto del globo, son co-extensivos con la idea de Modernidad, la Colonialidad aparece como el lado más oscuro e invisible de ella. La colonialidad en otras palabras, es constitutiva de la Modernidad. Y en medida que la colonialidad del poder, del saber y del ser se asienta sobre el racismo y el patriarcalismo, los movimientos sociales identitarios son hoy las respuestas contundentes a la colonialidad del saber y del ser y, en consecuencia, a la colonialidad del poder. El pensamiento descolonial es el trabajo intelectual paralelo y complementario que no representa a los movimientos sociales.

CAPITULO III

El principio de Igualdad frente al goce del derecho a la salud

La igualdad como idea, como concepto, como principio y como horizonte está presente en los debates *ius filosóficos* desde los últimos cuatro siglos. Tanto por la necesidad de explicar y justificar sociedades que siempre se han mostrado desiguales, como para dar cuenta de fenómenos que han tomado cada vez más peso, tales como la diversidad en materia cultural, étnica, religiosa, sexual, de género. Lo cierto es que el principio de igualdad ha transitado diferentes canales de discusión y ha sido asumido de diversas maneras por las distintas teorías³.

La construcción de un nuevo sentido del principio de igualdad responde a la necesidad de organizar un diálogo diferente entre la sociedad occidental y los Pueblos indígenas, las que se enfrentan, finalmente, en la disputa por la conquista de derechos. Ello, a fin de que la formulación clásica del principio de igualdad: “*ser tratados con igual consideración y respeto*” sea mayormente sensible a las diferencias y derive consecuencias prácticas que favorezcan a los Pueblos Indígenas.

El Relator especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas durante el año 2001 y 2007, Rodolfo Stavenhagen, recomendó a los Estados “*Desarrollar una política coordinada y sistemática, con la participación de los Pueblos indígenas, que de manera transversal involucre a los diferentes ministerios relacionados con cuestiones indígenas. En consulta con las instituciones representativas de los Pueblos indígenas, establecer mecanismos de consulta y participación sobre toda medida de alcance general o particular que les afecte, con especial atención a la legislación, recursos naturales y proyectos de desarrollo...*” (Stavenhagen, 2006).

³ Para elaborar esta sección del artículo, Cfr. Ramírez Silvina (2007)

La recomendación del Relator sobre Derechos de los Pueblos indígenas apunta a los requisitos necesarios que demanda el proceso de implementación de un enfoque de derechos humanos, que son precisamente los estándares. Los estándares de cumplimiento de derechos económicos, sociales y culturales que han sido definidos son los siguientes:

- 1) Contenido mínimo de los derechos y universalidad;
- 2) Utilización al máximo de los recursos disponibles;
- 3) Progresividad y no regresividad;
- 4) Igualdad y No discriminación;
- 5) Acceso a la justicia y mecanismos de reclamo;
- 6) Producción de información y acceso a la información pública;
- 7) Participación de los sectores receptores en el diseño de las políticas públicas.

Así comprobamos que el principio de igualdad y no discriminación constituye a su vez un estándar, además de ser un principio, esto es una declaración insoslayable que los derechos deben garantizarse para todas las personas sin discriminación y en igualdad de oportunidades, sin considerar diferencia alguna por motivo de sexo, raza, etnia, pertenencia económica, religiosa u orientación sexual. Recuperando la operatividad del enfoque de derechos, podemos considerar que el imperativo es que toda política pública que se diseña con el objetivo de dar cumplimiento a las obligaciones contenidas en un derecho social, debe formularse garantizando que los derechos pertinentes se ejercerán sin discriminación, y que, a su vez, los destinatarios participarán de la misma. En esta dirección apunta la recomendación del anterior relator especial de asuntos indígenas citada, al recordarles a los Estados la obligación que tienen de garantizar la efectiva participación de los Pueblos indígenas en el diseño de políticas de desarrollo y del conjunto de las políticas sociales.

Con el objetivo de que el principio de igualdad adquiriera sentido para la mirada de los Pueblos Indígenas, y como modo de no caer en posturas absolutistas o relativistas, ambas impotentes para explicar las profundas

desigualdades que los someten, propondremos una categoría que oriente la jerarquización de valores y derechos, que respete la cosmovisión indígena y su sistema de creencias y, a la vez, no viole el sistema de derechos humanos internacionalmente concebido.

En otras palabras, el respeto a la diversidad se enmarcará en el respeto a una serie de valores y derechos que encuentran su fundamento en la humanidad de los sujetos (ya sean individuales o colectivos). La diferencia estriba en su aplicación, ya que se privilegiarán unos u otros dependiendo de la situación de dichos sujetos, de las dinámicas que establezcan en su relación, de su contexto y del tiempo en que se desarrollen.

Llamaremos a esta resignificación del principio de igualdad: “igualdad como emancipación”, dado que es una herramienta generada para que los Pueblos Indígenas puedan luchar por sus derechos y de ese modo alcanzar una igualdad material. Si fuera preciso presentar una conceptualización del principio de igualdad como emancipación, tal vez la idea más adecuada sea concebirlo como una carta de navegación que permite que el sistema internacional de derechos humanos –conformado por el conjunto de derechos identificados y definidos como prioritarios- determine el modo de su aplicación y su prelación frente a sujetos específicos. (Ramírez, 2007)

La no discriminación en el goce del derecho a la salud tiene, al menos, dos dimensiones. La primera, relacionada con la oferta del servicio de salud; la segunda, vinculada al respeto que amerita una concepción disímil de la salud y la medicina, que a su vez involucra un marco referencial valorativo diferente, al cual ya hicimos referencia.

En cuanto a la primera dimensión, el Estado tiene la obligación de brindar servicios de salud de carácter universal, la condición del sujeto no debe influir para poder gozarlo. No sólo eso, sino que para honrar dicha obligación el Estado debe tener presente que la salud es un concepto

integral que comprende otro tipo de derechos y elementos. Así, por ejemplo, el acceso al agua es central –y vital- para poder gozar del derecho a la salud. Como puede inferirse de este ejemplo, asegurar la calidad del medio ambiente, generar determinadas condiciones de vida también son derechos y aspectos imprescindibles para garantizar la salud. Dado la especial relación que los Pueblos indígenas tienen con su hábitat, el Estado también debe prever el cuidado del entorno para que ese derecho pueda ser efectivamente gozado⁴.

La segunda dimensión interpela claramente a un Estado hegemónico y monolítico. Si el Estado no admite que existen, unidas a las diferentes cosmovisiones del mundo, otro tipo de prácticas sanitarias, que en ocasiones tienen que ver precisamente con los seres vivos de los territorios indígenas (plantas, animales, entre otros), no podrá comprender ni respetar la medicina tradicional. Por otra parte, muchas veces el derecho a la salud en los Pueblos indígenas está relacionado con creencias y una espiritualidad distinta, lo que es relevante para construir una relación Estado–Pueblos indígenas y para que puedan ejercer el derecho a la salud. En otras palabras, se vuelve imprescindible respetar lo que ellos consideran como valioso y necesario para la salud física y psíquica de un miembro de su comunidad⁵.

En el caso de los Pueblos originarios, los derechos que surgen de la aplicación del principio de igualdad con este nuevo contenido, dependerán del sujeto del que se lo predique y del contexto y del tiempo en que se desarrollen las relaciones o situaciones sociales, dado que la calidad de emancipatorio se adquirirá en razón de los requerimientos y las necesidades de los Pueblos Indígenas (Ramírez, 2007).

⁴ Tanto la Constitución Boliviana como la Constitución Ecuatoriana incorporan el derecho al “buen vivir”. Esta última, en el artículo 14, dispone “*Se reconoce el derecho a la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, el sumak kawsay...*”

⁵ Un claro ejemplo se traduce en la función de “los machi” en el Pueblo mapuche, que están a cargo de la salud física y espiritual de las personas de su comunidad.

Esto conduce a un debate no menor, que cruza el ejercicio de la ciudadanía en América Latina y que refiere a la igualdad formal versus la igualdad material. La diferencia entre una y otra, es que el principio inherente no implica sólo una noción formal de igualdad -limitada a exigir criterios de distinción objetivos y razonables y por lo tanto a prohibir diferencias de trato irrazonables, caprichosas o arbitrarias- sino que avanza hacia un concepto de igualdad material o estructural, que parte del reconocimiento de que ciertos sectores de la población requieren la adopción de medidas especiales de equiparación (Pautassi, 2010). Implica, por lo tanto, la necesidad de trato diferenciado, cuando debido a las circunstancias que afectan a un grupo desaventajado, la identidad de trato suponga coartar o empeorar el acceso a un servicio o bien o el ejercicio de un derecho. Es así que cuando se invoca “*la igualdad ante la ley*” de todos los ciudadanos y ciudadanas, o se la entiende como “*igual consideración y respeto*”, debe señalarse claramente que frente a los Pueblos indígenas las diferencias refuerzan el respeto al hecho de la diversidad. Paradójicamente, para respetar cabalmente el principio de igualdad debe marcarse las diferencias, y es con este alcance que la igualdad debe ser interpretada.

En síntesis, la operatividad del principio de igualdad, siempre considerando que se alcanza a partir de la sumatoria de la igualdad formal, de la igualdad material y de la igualdad entendida como emancipación, da cuenta de la necesidad de incorporar estas concepciones, las que a su vez incluyen una variedad y diversidad de elementos que trascienden las meras fórmulas igualitarias. La idea de derecho universal da cuenta de su valor intrínseco, independientemente de la condición o del Estado de necesidad que esté transitando esta persona. A su vez, este principio es rector en materia de diseño de toda política o legislación respetuosa de los derechos humanos, por lo que incluye un aspecto transversal aplicable a todos los niveles del Estado, que incluye la división de poderes y que se debe incorporar, no como sumatoria de acciones y planes de igualdad, sino como un principio intrínseco al desarrollo de la función pública. A su vez, el

derecho a la salud, en un marco de implementación transversal, dota de especificidad al conjunto de obligaciones y responsabilidad inherentes a este derecho.

La "salud intercultural" plantean una "adecuación cultural" de los servicios y las intervenciones, me interesa dar cuenta de cómo juegan y se actualizan las relaciones entre la "promoción de la salud" y el "reconocimiento de identidades" a través del seguimiento de dos iniciativas del Ministerio de Salud de la Nación en un emplazamiento específico: el Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios. Ambos programas se inscriben dentro de la denominada estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Teniendo como eje las intervenciones socio-sanitarias de los programas mencionados, abordo cómo se "hace vivir" al colectivo indígena, prestando especial atención a los procedimientos que ello implica. La extensión de una Atención Primaria de la Salud (APS) basada en el concepto de "riesgo" y atenta a las "diferencias", ha ido configurando un modo particular de "normalizar" (Foucault, 2006) al colectivo indígena. Considero que, a través del análisis de tales intervenciones, es posible dar cuenta de cómo las "desigualdades" traducidas en términos de "riesgos" y las "diferencias" leídas desde lo "cultural" se van entrelazando, para dar paso a una "promoción de la salud y prevención de enfermedades" dirigida a la población indígena que adquiere una textura compleja y que no está exenta de tensiones. En este sentido, retomando el planteo de Lurbe 1 Puerto (2005), el reto de la presente disertación se inscribe en el doble juego de (de) construir los diferentes discursos e identificar el carácter de las relaciones que se dan en el escenario de la Atención Primaria de la Salud con los dos programas diseñados para indígenas, anteriormente mencionados.

De esta manera, reconociendo la polisemia semántica de los conceptos, algunos autores diferencian entre "multiculturalidad" y "multiculturalismo". Mientras con el primer término (multiculturalidad) se

hace referencia a una "situación de hecho", con el segundo (multiculturalismo) se alude a los proyectos políticos desplegados a raíz de los derechos culturales reconocidos, tendientes a apuntalar o no determinadas articulaciones de multiculturalidad (Domenech, 2003; Füller, 2002; Restrepo, 2004b). Así, se sostiene por ejemplo que "la multiculturalidad, al igual que la globalización o mundialización, y a pesar de las apariencias, no es un fenómeno problemático reciente, sino que lleva más de 500 años de existencia" (Domenech, 2003: 34). Afirmandose asimismo, en esta dirección, a la multiculturalidad como rasgo característico fundante de las sociedades latinoamericanas (Füller, 2002) o señalándose que la "diversidad cultural es tan remota como el hombre mismo" (García Vásquez, 2009: 9). De esta manera, a pesar de los intentos por problematizar las "políticas de las diferencias", tales deslizamientos asumen como piedra de toque ideas de "lo cultural" como más o menos obvias, dándoles un peso inusitado en tanto "referente externos" desgajados justamente de los programas políticos que los constituyen como tales. En este marco, el "multiculturalismo" aparece más como proyecto que viene a reconocer "diferencias existentes", que como proyecto que configura y re-crea "diferencias" mediante nuevas formas de ponderación, sustentadas en relaciones interétnicas específicas y dentro de contextos socio-históricos particulares.

El neoliberalismo en las políticas sociales

Tal como señala Álvarez Leguizamón (2005), las políticas sociales expresan hoy una transformación semántica ligada a la conformación de un paradigma de desarrollo donde la focalización, la provisión de paquetes básicos, el fortalecimiento de "capacidades" y la instauración de la idea de agencia, aplicada a la satisfacción de "necesidades básicas", conforman, entre otros, sus rasgos más sobresalientes. De acuerdo a Rose (1997 y

2003), toda una nueva grilla de ideales regulatorios, vinculada a una emergente concepción de sujeto, debe ser entendida en términos de nuevas racionalidades de gobierno y nuevas tecnologías para la conducción de la conducta. La instauración de un "vocabulario ético" estructurado en torno a la autonomía, la elección, la libertad, la autenticidad, la identidad, la eficacia y eficiencia ha impactado sobre toda una serie de ámbitos diferentes, donde se presupone que la persona es un agente activo, deseoso de ejercer una responsabilidad informada, autónoma y secular respecto a su propio destino. Particularmente, este lenguaje de la autonomía, la identidad, la autorrealización y la búsqueda de satisfacción ha cobrado en las últimas décadas un relieve singular en las propuestas organizativas para la realización de las intervenciones sociales. De allí que los programas sociales, inspirados en esta discursividad propia de la racionalidad política del neoliberalismo, incluyan la autogestión de los actores como principal motor de cambio en la creación y superación de las limitaciones de los recursos y el ejercicio de derechos (McNeish, 2005).

Dentro de este marco de intervención neoliberal, donde ya no se piensa la "pobreza" en "singular" sino en la existencia de "pobrezas en plural" (Danani, 1999; Álvarez Leguizamón, 2002), los indígenas son interpelados como "sujetos de derecho", al mismo tiempo que como "sujetos vulnerables". La conjunción de las dos figuras dentro de las políticas sociales hace del indígena un "pobre especial": pobre por su condición de vulnerabilidad y especial en tanto que, jurídicamente, le son reconocidos derechos específicos, siendo factible entonces la atribución de capacidades y prerrogativas igualmente específicas a partir de los mismos (Lorenzetti, 2006, 2007a y 2007b).

CAPITULO IV

El proceso de reconocimiento jurídico.

El proceso de reconocimiento jurídico de los derechos indígenas comenzó en Argentina durante la década de 1980, con el surgimiento de las llamadas "leyes indigenistas integrales", tanto a nivel provincial como nacional. A nivel nacional, tal proceso se expresa en la Ley N° 23.302 sobre Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Indígenas sancionada en 1985. Una década después, sumándose a las once provincias que incluyen dentro de sus cuerpos constitucionales la temática indígena, se encuentra el artículo 75 inc. 17 de la Constitución Nacional reformada en 1994. En éste se reconoce la preexistencia étnica y cultural de los Pueblos Indígenas argentinos, el derecho a una educación bilingüe e intercultural, el reconocimiento de la "personería jurídica de sus comunidades y la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan". Esto también involucra, "regular la entrega de otras (tierras) aptas y suficientes para su desarrollo humano" junto a "su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afecten" (GELIND, 2000' y 2000b). A partir de este proceso, la "cuestión indígena" fue cobrando "visibilidad", instituyéndose paulatinamente ciertas iniciativas dentro de la agenda estatal. Las aristas de algunas de esas iniciativas vinculadas a la salud y los efectos de las mismas serán desarrolladas en el transcurso del trabajo. Por dispositivo debe entenderse "la red de relaciones que pueden establecerse entre elementos heterogéneos: discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, proposiciones científicas, morales, filantrópicas, lo dicho y lo no dicho. El dispositivo establece la naturaleza del nexo que puede existir entre estos elementos heterogéneos"

(Foucault en Castro, 2004:98). En este sentido, entonces, por dispositivo debe entenderse una "especie de formación", esto es una "red que puede establecerse entre estos elementos" (Foucault, 1985: 128-129).

A través del acompañamiento realizado a los agentes sanitarios criollos e originarios, fue posible restituir tanto las prácticas cotidianas de las intervenciones como el "sentido vivido" de las mismas. Mediante el trabajo de campo pude ir reconstruyendo las lógicas que las orientan según la perspectiva de los distintos actores sociales, dando cuenta asimismo de los contextos situacionales en que ellas encuentran su despliegue. En el marco de las distintas intervenciones socio-sanitarias, fueron entonces las interacciones sociales las instancias de análisis a las que se les otorgo especial atención. De este modo, el trabajo de campo se desarrolló sobre la base de estrategias de investigación que combinaron fundamentalmente la observación participante, con la realización de consultas individuales sobre diferentes problemáticas que atraviesan las comunidades originarias.

La aproximación al área de trabajo de APS fue de algún modo facilitada por mi acercamiento, en primer lugar, al Programa Nacional Médicos Comunitarios. Si bien el trabajo del equipo interdisciplinario estuvo abocado a una sola comunidad y con una dinámica de funcionamiento diferente al equipo de APS local, el seguimiento de sus actividades - algunas vinculadas con dicho sector- me permitieron entrar en contacto con quienes allí trabajaban. En este sentido, fue este primer acercamiento fue con el Dr. Plaza quien facilitó los contactos con quienes se desempeñaban en el primer nivel de atención local (APS). A partir, entonces, mi trabajo se abocó a relevar y sistematizar todas aquellas cuestiones que hacen al funcionamiento del sector de APS.

La idea de trabajar aquí los lineamientos de los programas de salud para indígenas no responde, entonces, al objetivo de establecer posteriormente la distancia o distorsión entre ellos y su implementación, sino justamente al de señalar cómo tales formulaciones tematizan (inscriben formas de decibilidad) y por ende abren un campo de incidencia

sobre ciertos aspectos de la vida social de los destinatarios y cobran cuerpo en el plano de las interacciones sociales.

Los lineamientos generales apunten a "cerrar las brechas de las disparidades en los indicadores de desarrollo humano entre indígenas y no-indígenas" (CEPAL, 2007: 6), a través de políticas sanitarias que planteen una "adecuación y accesibilidad cultural" en la atención de la salud (Ibíd.: 15). En dirección a dicho objetivo, la reestructuración de los sistemas de salud estatales, que priorizan la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS), aparece ponderada como escenario favorable para el desarrollo de "nuevos modelos de atención de salud".⁴¹Al respecto se señala que el enfoque de APS sustentado en principios tales como: "la accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud", "el compromiso, participación y auto-sostenimiento individual y comunitario", "la acción intersectorial por la salud" y "el costo-efectividad y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles", constituye el andamiaje sobre el cual es posible formular "políticas transversales destinadas a garantizar los derechos de grupos específicos (...) entre los que se encuentran los pueblos indígenas" (CEPAL, 2007: 15).

Fue con la Declaración de Alma Ata (URSS) en el año 1978 - organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)- cuando por primera vez quedó formulada la plataforma de la Atención Primaria de la Salud, cuya meta sería alcanzar la "Salud para todos en el año 2000". Con tal enfoque en la gestión de salud se buscaba pasar de un modelo de asistencia curativo-rehabilitador a otro fundado en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. La iniciativa se encaminaba a generar cambios sustanciales en tanto, a través de la definición de la "salud comunitaria", se daría paso a la "participación" procurando incorporar a la "comunidad" como protagonista y no como mera usuaria-receptora de programas de salud. Se pretendía, de este modo, reducir la preponderancia del equipo de salud y lograr una articulación entre curación y prevención que modificara el peso de la práctica médico-asistencial. Tal perspectiva

apuntaba básicamente a la comunicación y educación en salud, con el fin de movilizar e incorporar a grupos y redes sociales en el desarrollo sanitario (Andía y Lignelli, 2007; Scaglia, 2006; Rozenblant 2007). Menéndez (1995) identifica tres tendencias generales en relación a las modalidades de la APS desarrolladas: la "Atención Primaria Integral", la "Atención Primaria Selectiva" y la "Atención Primaria Médica". Mientras que con la "Atención Primaria Integral" se buscaba modificar la orientación biomédica dominante, la "Atención Primaria Selectiva" surge como enfoque cuestionador de la concepción "Integral" por considerarla una concepción ambiciosa y poco realizable. Como alternativa la "Atención Primaria Selectiva" busca, entonces, seleccionar problemas prioritarios, trabajando focalizadamente con técnicas biomédicas baratas y eficaces. Con el enfoque de la "Atención Primaria Médica", la orientación de la promoción de la salud y prevención está fuertemente supeditada al modelo curativo-rehabilitador biomédico. En el contexto latinoamericano, Menéndez (1995) señala que los sistemas médico-sanitarios estuvieron inclinados preponderantemente a la adopción de estos dos últimos lineamientos. Para un análisis de las implicancias de la adopción de la APS como estrategia puede consultarse el trabajo de Testa (1985): "Atención ¿Primaria o primitiva? de Salud". Allí Testa señala cómo han calado en el discurso sanitarista tales concepciones al punto de que "primaria" y "primitiva" se han vuelto adjetivos reemplazables uno por otro. La desvalorización de este primer nivel de atención terminó por instalar más que la idea de "puerta de entrada" al sistema de salud, una "puerta giratoria" que encarna el techo del derecho de la asistencia médica para la población precarizada. Desde que quedaron planteados en 1978 los ejes del enfoque en salud basado en la "atención primaria", sucesivos encuentros y documentos -tanto en foros internacionales como en los ámbitos nacionales fueron delineando los contenidos destinados a reformular dicha estrategia en política sanitaria. Con el objeto de dar cuenta del carácter programático que el modelo asumió en los últimos años, resulta pertinente retomar el documento titulado "Renovación de la

Atención Primaria de la Salud en las Américas" del año 2005 elaborado desde la OMS/OPS. Allí se sostiene que: "... los Sistemas de Salud basados en la APS son capaces de mejorar la equidad porque el enfoque de la APS es menos costoso para los individuos y más costo-efectivo para la sociedad cuando se comparan con sistemas de atención orientados hacia la atención especializada. Se ha demostrado que un enfoque fuerte de la APS puede garantizar mayor eficiencia de los servicios en ahorro de tiempo en la consulta, uso reducido de pruebas de laboratorio y menores gastos de atención de salud. La APS puede ayudar a liberar recursos que de otra forma no podrían ser utilizados para atender las necesidades de salud de los individuos en peor situación. Los sistemas de salud orientados hacia la equidad capitalizan estos ahorros al establecer objetivos para mejorar la cobertura de los pobres y dar poder a los grupos vulnerables para que jueguen un papel más importante en el diseño y operación del sistema de salud. Estas acciones minimizan los gastos de bolsillo.

El Sub-Programa Equipos Comunitarios Para Pueblos Originarios.

El Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios se inscribe dentro de un programa más amplio de salud denominado Médicos Comunitarios. Constituido como una modalidad diseñada para la población indígena, tiene por objeto "mejorar la situación socio sanitaria (...) desde un abordaje intercultural basado en el respeto por las tradiciones y costumbres de las distintas comunidades" (Ministerio de Salud, 2005b).

Al igual que el Médicos Comunitarios, este programa contempla la capacitación de los equipos de trabajo interdisciplinarios a través de un "Posgrado en Salud Social y Comunitaria orientado a Pueblos Originarios". Con él se aspira no sólo a fortalecer la formación de profesionales en la Atención Primaria de la Salud, sino también a la resolución de los problemas locales y de trabajo en la comunidad. Definido como un posgrado en "servicio", se destaca su cumplimiento en "terreno", es decir, en el mismo ámbito asignado para el desempeño de las actividades que contempla el programa. Las actividades están vinculadas a la prevención y

promoción de la salud con la "participación activa de la comunidad", con la búsqueda y seguimiento de "familias vulnerables y situaciones de riesgo socio-sanitario", tareas asistenciales junto al centro de salud, con el objetivo de "ampliar la cobertura de los servicios y programas nacionales y provinciales en las comunidades indígenas, adaptando su implementación a la realidad local (Ministerio de Salud, 2005b).

Al respecto, resulta pertinente detenerse en las palabras del entonces ministro de salud, Ginés González García, quien en sus distintas presentaciones del programa va recreando lo que constituye el "espíritu" de ésta línea política sanitaria donde se refuerza la idea de "capital social" como motor del cambio para afrontar los problemas de "inequidad": "En salud tenemos una formidable posibilidad de disminuir las diferencias e inequidades, y sabemos que para esto, aunque son muy importantes los insumos y los medicamentos, lo son en mucha mayor medida los recursos humanos. Nuestro capital humano dentro del sistema de salud es lo más valioso que tenemos. Por eso queremos reforzarlo a través del Programa Médicos Comunitarios con más profesionales y con una formación de Posgrado en Salud Social y Comunitaria (...) El objetivo es acompañarlos en el fortalecimiento de las capacidades del primer nivel de atención para la mejor implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud" (Ministerio de Salud, 2005c; subrayado propio).

Dirección- Programa APS

Subsecretaría de Medicina Social

Ronda N 143- AÑO 2020 desde el 09/03 al 29/05

Sector: Fuerte Alto

Etnia: Criollo- Diaguita Kallchaki

Embarazadas: 21

Familias Originarias: 11,11%

Familias con Hacinamiento: 11/11%

Familias con VIF: 1,67%

Familias con Diabetes: 8,89%

Familias con Hipertensión: 6,67%

La visita domiciliaria constituye asimismo el medio por excelencia a través del cual se administran los riesgos. En y por ella, la construcción de la familia en riesgo se termina de consumir. A través del "cuidado a domicilio" promovido desde APS, va tomando un proceso de normalización vinculado al consejo práctico. Mediante intervenciones que recaen en las familias de riesgo de acuerdo a la grilla de factores pre-establecidos los problemas se van individualizando y aparecen interpretados como problemas de "estilos de vida", "malos hábitos", "mal acostumbamiento". Se trata pues de una manera de intervenir que apunta fundamentalmente a amortiguar las consecuencias de los denominados riesgos, relegando las causantes estructurales. Éstas, en todo caso, pasan a convertirse en datos a tomar en cuenta que anticipan la probable o emergente amenaza.

Consideraciones finales

A través de la observación participante de las visitas domiciliarias se puede ir desbrozando algunas dimensiones significativas que hacen a su praxis cotidiana, atendiendo a la explicitación que hacían a medida que llevaban a cabo sus tareas. Explicitaciones dirigidos no sólo hacia uno, sino también a las personas -generalmente mujeres- a quienes interpelaban en su carácter de destinatarias de las visitas. Fueron éstas salidas al sector las instancias que permitieron ir reconstruyendo algunos aspectos de las trayectorias de trabajo de los agentes sanitarios, como también sus experiencias cotidianas y; de este modo, comenzar a desentrañar el carácter de las múltiples relaciones entre comunidades originarias, hospital y agentes sanitarios. Con las visitas domiciliarias -y en la medida que implican una serie de actividades específicas/determinadas- quienes allí intervienen van constituyéndose y asumiendo roles/papeles en un marco de interacciones definido. El agente sanitario es aquel que va a promover a través de la enseñanza y la familia quien debe aprender y necesita ser promovida, condensándose de este modo determinados lazos sociales.

La visita y el control son dos términos que evocan cierto tipo de interacciones y prácticas en cuyo seno se condensan determinadas relaciones entre el sector donde se interviene, el agente sanitario y los demás servicios de atención en el hospital. A través de lo que tales términos implican, es posible ir reconstruyendo el carácter de las relaciones sociales allí entabladas, como también la percepción que cada actor tiene sobre los "otros" en el marco del lugar ocupado dentro del espacio social del que forman parte (Bourdieu, 1991 y 1993).

El agente sanitario debe conseguir entrar a las casas y para ello es preciso lograr una aceptación mediante la puesta en práctica de distintas estrategias. De esta manera, los agentes sanitarios recurren a diferentes modalidades. Los primeros comentarios aluden a cuestiones cotidianas o

circunstanciales como, por ejemplo, el estado del tiempo, etc. El humor o el chiste pueden convertirse en un recurso a la hora de señalar las fallas. Asimismo, manejar o aprender algunas expresiones del idioma pueden ser un recurso a utilizar como una posibilidad de obtener confianza, acatamiento de las recomendaciones o de inspirar respeto.

Hasta aquí, se ha intentado dar cuenta de la complejidad que reviste el lugar del agente sanitario en la medida en que el mismo está atravesado por múltiples variables que hacen a los condicionamientos y a la estructuración de ciertas relaciones sociales. Tal análisis no habría sido posible —entendemos— sin reponer la experiencia social de los agentes sanitarios mismos, en el marco de ciertas reglas de juego estructurantes al mismo tiempo que estructuradas. A su vez, éstas no pueden entenderse independientemente de los sujetos que las instituyen y las significan.

A partir de lo trabajado, nos hallamos en condiciones de decir que el papel del agente sanitario como distribuidor de recursos y programas sociales, a fin de seguir desmenuzando otras facetas del complejo carácter de las intervenciones socio-sanitarias. Con ello, se atenderá al modo en que se conjuga la percepción del riesgo, los consejos prácticos impartidos durante la visita y el acercamiento de ciertos insumos a las familias que integran las comunidades originarias.

Los agentes sanitarios, por ejemplo, reconocen las épocas de elecciones como un momento en donde se da un mayor flujo de los llamados bolsones de alimentos, aumentando las chances de que las familias logren conseguirlos, a diferencia de los períodos no electorales; donde las oportunidades disminuyen, por lo que se vuelve a los criterios de reparto ligados al riesgo sanitario. En síntesis, las campañas de los políticos y los partidos parecen distender los requisitos, al distribuirse ayuda por fuera de las certificaciones médicas que legitiman la necesidad y de los carnets de peso y talla de niñas/os menores de seis años.

El servicio social del hospital, de este modo, se convierte en refuerzo de las actividades emprendidas por los agentes sanitarios, cerrándose el círculo que estos últimos han iniciado. Y si bien desde esta área también puede cuestionarse el desempeño de los agentes, su proximidad o cercanía con las comunidades -dado el carácter de sus intervenciones- hace que las observaciones o críticas hacia quienes trabajan en APS no sean tan taxativas como las de otros servicios de atención cuyo contacto directo con las personas de las comunidades sólo se da dentro del ámbito hospitalario. Puede pensarse, entonces, que las apreciaciones más moderadas de las asistentes sociales hacia el trabajo de los agentes sanitarios se deben a que ellas mismas pueden verse objeto de las críticas que habitualmente se endilgan a éstos, y porque dada la demanda a ser atendida, su trabajo se respalda en la articulación y apoyo que los agentes puedan retribuirles.

El Hospital San José de Cachi tiene bajo su responsabilidad sanitaria una población aproximada de 7.419 habitantes, dando Cobertura a los habitantes de Cachi y a sus respectivos parajes a través de la modalidad de atención Puestos Fijos, Puestos Sanitarios, y Centro de Salud territorio comprendido en 5347km² con una Densidad de Población de 1,38 hab./km². Además, se asiste a la población que es referida desde los Hospitales de la Poma, Seclantás y Molinos como así también a turistas y a diversos eventos.

El Hospital de Cachi y sus diferentes equipos de salud relevan y reportan las enfermedades diagnosticadas, pero no capturan la percepción de las comunidades originarias y por lo tanto del proceso salud-enfermedad-atención, ni tampoco se ocupan por dar cuenta de los eventos atendidos al margen de los sistemas institucionales de salud. Ante esta situación es necesario avanzar en esquemas que articulen el dato y la dimensión sociocultural, para contribuir a una auténtica epidemiología socio-cultural a través de diagnósticos sociales que incluya tanto a las

enfermedades recogidas por el sistema de salud como las llamadas "ancestrales".

La importancia de la medicina tradicional o ancestral se ejemplifica en el hecho de que en la comunidad diaguita calchaquí de Fuerte Alto, el cien por ciento de los nacimientos son atendidos por parteras.

El propósito de abordar la "salud intercultural" en tanto dispositivo biopolítico - ligado a una manera de "hacer vivir y dejar morir" (Foucault, 2000)- implicó entonces no sólo desentrañar los fundamentos y los instrumentos con los cuales se va diseñando e implementando la "adecuación cultural" propuesta desde los programas de salud, sino también re-construir los sentidos y usos sociales en relación a las diferencias étnicas culturales, puestos en juego por quienes realizan las prácticas socio-sanitarias. La configuración de los programas, con sus respectivas modulaciones esbozadas desde la administración federal -vía el Ministerio de Salud-, y las actividades de "promoción de la salud" implementadas en las comunidades originarias de Cachi se constituyeron – así- en dos dimensiones de análisis imprescindibles para restituir la compleja textura que adquiere la "salud intercultural" en tanto dispositivo de gobierno de la población indígena.

Con el recorrido propuesto a lo largo del trabajo se ha procurado, entonces, cimentar un abordaje teórico-metodológico capaz de problematizar el ámbito de la "salud intercultural", mediante un análisis situado que ha habilitado dar cuenta de algunos aspectos del carácter biopolítico de los programas pensados para las comunidades originarias.

En otras palabras, se pretendió mostrar la incidencia de las políticas públicas en salud y desarrollo social sobre la trayectoria reproductiva de las mujeres indígenas del departamento Cachi. Lo que permitió ver que, en el ámbito de la salud, no es simplemente un proceso de medicalización del embarazo y el parto lo que acontece; sino que se trata de un fenómeno

más complejo que implica, entre otras cosas, la monopolización de la etapa reproductiva por parte del personal médico alopático.

El resultado se plasma en un profundo cambio en el campo de referencia de la mujer, que anteriormente era influenciado por la experiencia de mujeres de generaciones anteriores; cuyos comportamientos eran tomados como modelo, dando lugar a que se reactualizaran a través de las generaciones las prácticas tradicionales que rodeaban a la reproducción. Al no existir ya esta reactualización se rompe con antiguas prácticas y en su reemplazo se adquieren nuevas, pero ya de la mano de los agentes de salud biomédicos y a través de los programas de salud estatales, a los que las jóvenes son más permeables. Pero es preciso señalar, también, que la trayectoria reproductiva como proceso en el que se enmarcan hechos vitales que acontecen a lo largo de la vida de una mujer debe ser pensada, fundamentalmente, en términos del acceso a los derechos reproductivos garantizados por la legislación actual, tanto sea nacional como provincial. Esto indica que los derechos reproductivos deben ser superadores de cualquier intento de imposición de un ideario biomédico.

Parte de las indagaciones nos condujeron, también, a describir y analizar la ausencia de políticas que contemplen la variable étnica en sus programas de atención a la salud sexual y reproductiva. En este sentido, entendemos que se requiere de una transformación de fondo, de parte de quienes tienen a cargo la planificación de políticas en esta área.

En primera instancia implica que se debe reconocer la adscripción de las beneficiarias a la identidad indígena. Lo que nos lleva al ejercicio de no adjudicar identidades ni tampoco omitirlas. Por ello, se comprende la necesidad de interponer análisis críticos en términos epistemológicos que revelen qué tipo de Sujeto epistémico sostiene a esta visión biomédica y, en consecuencia, qué políticas de salud sexual y reproductiva emergen de esta visión. Es de suponer que las destinatarias no respondan a los modelos considerados por los planificadores dando lugar a que, la no

correspondencia entre sujeto imaginado y real, genere inadecuaciones y desencuentros en la búsqueda de atención a la salud. En otros términos, es preciso indagar en qué medida constituyen las mujeres indígenas Sujetos epistémicos en función de los cuáles, en la actualidad, se piensa, se planifica y se aplica una política pública.

En este trabajo se sostiene que el cambio hacia la generación de políticas que contemplen a las beneficiarias de manera completa, sin obviar su pertenencia étnica, debe darse a partir de los planificadores. Pero sabemos, sin embargo, que el cambio debe ser más profundo; ya que el desconocimiento de la cosmovisión indígena, incluso la invisibilización de las demandas de estas comunidades es un problema cuya solución que debe ser encarada por todas las instituciones de la sociedad, no sólo las correspondientes al área de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez Leguizamón, S. (2002). "La transformación de las instituciones de reciprocidad y control, del don al capital social y la 'biopolítica' a la 'focopolítica'. Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales. Caracas, Facultad de Ciencias Económicas, Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales. Universidad Central de Venezuela, 8 (1): 57-89.
- Álvarez Leguizamón, S. (2005). "Los discursos minimistas sobre las necesidades básicas y los umbrales de ciudadanía como reproductores de la pobreza". En Álvarez Leguizamón, S (comp.): Trabajo y producción de la pobreza en Latinoamérica y el Caribe. Pp. 239-273. Buenos Aires, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales CLACSO.
- Artículo Cfr. Ramírez Silvina (2007).
- Bourdieu, P. (1991). "Estructuras, habitus, prácticas". En: Bourdieu, P. El sentido práctico. Pp. 91-111. Madrid, Taurus.
- Bourdieu, P. (1993). "Espacio social y poder simbólico". En: Bourdieu, P. Cosas dichas. Pp. 127-142. Barcelona, Gedisa
- Bourdieu, P. (1996). "La dominación masculina" En: La ventana, revista de estudios de género de la Universidad de Guadalajara (México) N° 3. [En línea] Disponible en: www.archivochile.com/Mov_sociales/mov—Mujeres/doc_gen_cl/MSdocgencl00_11.pdf. Acceso, 5 de diciembre de 2009.

- Bourdieu, P. (1999). *La Miseria del mundo*. Buenos Aires, Fondo de Cultura Económica.
- Bourdieu, P. y Wacquant, L. (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. México, Grijalbo.
- “Declaración de Alma Ata” 1978 en acceso 13 de octubre de 2011. Dirección de estadísticas e información en salud (DEIS) 2010 en acceso 13 de octubre de 2010. Dirección Provincial de APS, Jujuy 2010 en acceso 13 de octubre de 2010. Drovetta, Raquel I. 2009 “Biomedicina y políticas de salud reproductiva en un contexto rural indígena de la Puna Jujeña, Argentina” en *Revista Barbarói* (Brasil: UNISC) N° 31. Drovetta, Raquel I. 2010 “Prestadores de salud alopática y usuarios indígenas en la Puna de Atacama” en Drovetta R. y Rodríguez M. L. *Medio siglo de padecimientos en grupos vulnerables en el interior argentino* (Córdoba: UNC/Ferreyra). 3 Freyermuth Enciso, Graciela 2005 *Médicos tradicionales y médicos alópatas: un encuentro difícil en los Altos de Chiapas* (México: Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste).
- Diálogo con la Doctora en Antropología Diana Lenton, en: Aranda, D.: *El Estado se construyó sobre un genocidio*. Artículo publicado el 10/10/11 en el diario *Página 12*.
- "hacer vivir y dejar morir" (Foucault, 2000)
- *Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social del Sureste*. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) 1991 “Datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de la República Argentina” en acceso 20 de noviembre de 2010. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) 2001 “Datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de la República Argentina” en

acceso 20 de noviembre de 2010. Lerner, Susana; Quesnel, André y Olivia, Samuel 2000 "Constitución de la descendencia y proceso de integración de las mujeres

- http://www.indigenas.bioetica.org/inves47.htm#_Toc59680527
- *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2004-2005.*

Notas

- A través del Programa ANAHI, fue creada una red de agentes sanitarios indígenas que se incorporaron al primer nivel de atención de salud. Con el Programa Equipos Comunitarios se conformaron equipos interdisciplinarios de trabajo destinados a zonas geográficas con población indígena.
- Siguiendo la conceptualización que Foucault trabaja en el artículo El sujeto y el poder: "El 'gobierno' no se refiere sólo a estructuras políticas o a la dirección de los Estados; más bien designa la forma en que podría dirigirse la conducta de los individuos y los grupos (...). Gobernar, en este sentido, es estructurar un campo posible de acción de los otros (2001:253-254).
- En términos generales, se han trabajado diversas experiencias de "salud intercultural", focalizando sobre todo en la formulación e implementación de programas en distintos contextos locales y nacionales.
- Resulta pertinente entonces pensar, como sostiene Briones, la categoría de cultura desde una perspectiva (meta) cultural, teniendo presente que lo que en un momento histórico es considerado como 'cultura' constituye una articulación contingente asociada a un 'régimen de verdad' que establece una distinción entre lo que es cultural de lo que no lo es, visibilizando también aquello que aparece como diacrítico de la diferencia cultural. En este sentido, "(...) la cultura no se limita a lo que la gente hace y cómo lo hace, ni a la dimensión política de la producción de prácticas y significados alternativos. Antes bien, es un proceso social de significación que, en su mismo hacerse, va generando su propia metacultura (...), su propio 'régimen de verdad' acerca de lo que es cultural y no lo es" (1 998c: 6-7).
- Como señala Gordillo (2006) entre otros, la construcción del indígena como "otro" no puede dejar de analizarse como una articulación histórica, dependiente de un contexto específico en el cual emerge y que, además, una vez producida, pasa a configurarlo.
- Como arguye Restrepo retomando a Stuart Hall, "... la noción de formación discursiva no supone reducir lo "existente" (ni siquiera "lo social") a lo discursivo. Afirmar que la realidad social es discursivamente constituida no significa que lo (socialmente) existente es simplemente discurso" (2004:76). Cabe recordar que la noción formación discursiva entiende al discurso como práctica social y, en este sentido, es tan material y tiene efectos tan

reales como lo no-discursivo. Además, en este sentido, el esfuerzo está orientado a romper con una representación ontológica del mundo que piensa en términos de "realidad" por un lado y "representaciones" por otro. Siguiendo los argumentos de Briones (1998a y 1998b) y Gordillo (2006), la aboriginalidad debe entenderse como un tipo específico de etnicidad. En este sentido, tal como sostiene Gordillo, la membresía de ciertos grupos como "indígenas" es producto directo de la conquista y colonización de América. La creación de un "otro indígena" fue inseparable de la legitimación de la conquista y la construcción de un sujeto civilizado. De acuerdo al planteo Beckett (1988), la "aboriginalidad" remite al hecho histórico de que había gente viviendo -con anterioridad a la colonización- en los territorios conquistados, y que esa gente tiene en la actualidad descendientes en los resultantes Estados-nación descolonizados. La propuesta de Briones (1998a), que retorna la noción de aboriginalidad de Beckett, permite pensar tal concepto como un proceso de construcción social en constante re-creación, en el cual no sólo intervienen los aborígenes/indígenas -con sus experiencias para comunicar su sentido de identidad- sino también otros actores sociales: Estados nacionales y provinciales, agencias supranacionales, entre otros. Para un análisis detallado de la aboriginalidad como forma de alteridad interna basada en los principios de autoctonía y perdurabilidad ver el trabajo de Claudia Briones (1998a).

- En sus trabajos, Boccara analiza el "Programa de desarrollo Integral de Comunidades Indígenas" llamado "Orígenes", abocándose específicamente al componente de salud que contempla "el diseño e implementación de un modelo de salud intercultural mediante el fortalecimiento de la medicina indígena y la sensibilización de los funcionarios del sistema de salud a la temática indígena (2007: 2)
- Retomando el planteo de Foucault desarrollado en el curso "Defender la sociedad", se trata intervenir en el nivel de esos fenómenos generales, en lo que tienen de global (modificar y bajar la mortalidad, alargar la vida, estimular la natalidad). Es decir, de establecer mecanismos reguladores que puedan fijar un equilibrio, asegurar compensaciones, mantener un promedio, establecer una especie de homeostasis. A través de los mecanismos de seguridad se procura controlar una serie de acontecimientos riesgosos que pueden producirse en una masa viviente. Se procura controlar y (eventualmente modificar) su probabilidad o, en todo caso, compensar sus efectos. Estos mecanismos operan reagrupando los fenómenos de masas propios de una población -también concebida estadísticamente- de manera tal de obtener estados globales de equilibrio y regularidad (2000: 223).

- "...la concreción de un mito de integración social basado en solidaridades, producto de un contrato social mítico que une a las personas de manera homogénea asignándoles identidades universalizables como las de ciudadano o trabajador [...]", da cuenta de "una variada forma en que los vínculos jurídicos-sociales (contrato y tutela) y las desigualdades sociales (de clase, étnicas, de género, entre otras) se materializan" (Alvarez Leguizamón, 2002: 22).
- En este sentido, si bien tomé como referentes a los distintos "efectores de salud", retomando el planteo de Lubre 1 Puerto (2005), el trabajo apuntó a desentrañar "las relaciones sociales entre heterogeneidades que componen una determinada formación social", ubicando la preocupación por el "cuerpo indígena" en el marco del sistema sanitario nacional y local, en tanto lugares donde se decide sobre la distribución de los recursos sanitarios. 30 La "entrada" al campo y los aspectos relacionados a dicha cuestión son trabajados con más detenimiento en los capítulos tres y cuatro. Por el momento me interesa aquí señalar sólo aquellas dimensiones generales que guiaron el abordaje teórico- metodológico, quedando ciertas aristas y sus implicancias explicitadas en el desarrollo del análisis de los capítulos subsiguientes.
- La observación participante me permitió no sólo identificar, de primera mano, las prácticas e interacciones sociales, sino también conocer el escenario en el cual se desarrollaban. Asimismo ella fue posibilitando una serie de intercambios verbales con los actores intervinientes a fin de acceder al significado que éstos dan a su acción e ir forjando mis interpretaciones sobre las relaciones de similitud o diferencia, de regularidad o excepción, de simultaneidad o sucesión entre acontecimientos y las acciones en el transcurso del trabajo de campo, al contar con la posibilidad de pedir a los mismos actores referencias y aclaraciones sobre sus propias acciones o sobre la tipicidad o atipicidad de un acontecimiento o acción respecto a la cotidianidad de sus tareas.
- Como argumenta Restrepo (2008), siguiendo el planteo de Foucault, se trata de abordar los modos de problematización a partir de los cuales "algo" se constituye en objeto de pensamiento, teniendo presente que "problematización no quiere decir representación de un objeto preexistente, así como tampoco creación mediante el discurso de un objeto que no existe". "(...) hay una relación entre la cosa que es problematizada y el proceso de problematización" (Foucault citado en Restrepo, 2008:126). Pues, si bien las problematizaciones como respuestas dadas por individuos concretos implican algún tipo de creación, "no significa que se encuentran libremente flotantes sin ningún tipo de anclajes o amarres al contexto o

situación específica en la que se despliegan, como tampoco son simples derivados o expresiones mecánicas de los contextos o situaciones históricas en las que emergen, se transforman o dispersan" (Ibíd.: 127).

- Para ello, analizo los distintos documentos de trabajo presentados en el Seminario Taller "Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de Salud, ¿Cuánto y Cómo se ha Avanzado?", organizado por la CEPAL en junio de 2007, y realizado en Santiago de Chile. Asimismo, los argumentos vertidos en el capítulo "Políticas y Programas de Salud de Pueblos Indígenas en América Latina" incluido en Panorama Social de América Latina 2007 de la CEPAL.
- "se ha puesto en evidencia que bajo un supuesto trato universal se reproducen las desigualdades preexistentes que afectan a los pueblos indígenas, expresada en la marginalidad y exclusión y, en el caso particular de la salud, en condiciones más precarias asociadas a las dificultades de acceso, calidad y pertinencia de los servicios. Urge, por tanto, un trato específico que incorpore la perspectiva de derechos de los pueblos indígenas en las políticas y programas de salud, incluyendo la dimensión intercultural, así como un avance más decidido en torno a la ratificación de la normativa internacional y al desarrollo de una legislación acorde a su condición de sujetos de derecho colectivo" (CEPAL, 2007: 2, subrayado propio).
- Entre los cuerpos normativos mencionados por los documentos, se encuentran la Declaración de Naciones Unidas de los Derechos de los Pueblos Indígenas aprobada en junio de 2006; el Convenio N° 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo (1989) ratificado por Argentina en el año 2000; El Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de la OEA (aún en revisión), el convenio sobre la "Diversidad Biológica" (1992). A nivel nacional se mencionan las reformas constitucionales de los países de la región iniciadas en la década de los noventa y la "legislación especial" existente en cada uno de ellos sobre salud de pueblos indígenas.
- Fue con la Declaración de Alma Ata (URSS) en el año 1978 -organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)- cuando por primera vez quedó formulada la plataforma de la Atención Primaria de la Salud, cuya meta sería alcanzar la "Salud para todos en el año 2000". Con tal enfoque en la gestión de salud se buscaba pasar de un modelo de asistencia curativo-rehabilitador a otro fundado en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. La iniciativa se encaminaba a generar cambios sustanciales en tanto, a través de la definición de la "salud

comunitaria", se daría paso a la "participación" procurando incorporar a la "comunidad" como protagonista y no como mera usuaria-receptora de programas de salud. Se pretendía, de este modo, reducir la preponderancia del equipo de salud y lograr una articulación entre curación y prevención que modificara el peso de la práctica médico-asistencial. Tal perspectiva apuntaba básicamente a la comunicación y educación en salud, con el fin de movilizar e incorporar a grupos y redes sociales en el desarrollo sanitario (Andía y Lignelli, 2007; Scaglia, 2006; Rozenblant 2007). Menéndez (1995) identifica tres tendencias generales en relación a las modalidades de la APS desarrolladas: la "Atención Primaria Integral", la "Atención Primaria Selectiva" y la "Atención Primaria Médica". Mientras que con la "Atención Primaria Integral" se buscaba modificar la orientación biomédica dominante, la "Atención Primaria Selectiva" surge como enfoque cuestionador de la concepción "Integral" por considerarla una concepción ambiciosa y poco realizable. Como alternativa la "Atención Primaria Selectiva" busca, entonces, seleccionar problemas prioritarios, trabajando focalizadamente con técnicas biomédicas baratas y eficaces. Con el enfoque de la "Atención Primaria Médica", la orientación de la promoción de la salud y prevención está fuertemente supeditada al modelo curativo-rehabilitador biomédico. En el contexto latinoamericano, Menéndez (1995) señala que los sistemas médico-sanitarios estuvieron inclinados preponderantemente a la adopción de estos dos últimos lineamientos. Para un análisis de las implicancias de la adopción de la APS como estrategia puede consultarse el trabajo de Testa (1985): "Atención ¿Primaria o primitiva? de Salud". Allí Testa señala cómo han calado en el discurso sanitarista tales concepciones al punto de que "primaria" y "primitiva" se han vuelto adjetivos reemplazables uno por otro. La desvalorización de este primer nivel de atención terminó por instalar más que la idea de "puerta de entrada" al sistema de salud, una "puerta giratoria" que encarna el techo del derecho de la asistencia médica para la población precarizada. Desde que quedaron planteados en 1978 los ejes del enfoque en salud basado en la "atención primaria", sucesivos encuentros y documentos -tanto en foros internacionales como en los ámbitos nacionales fueron delineando los contenidos destinados a reformular dicha estrategia en política sanitaria. Con el objeto de dar cuenta del carácter programático que el modelo asumió en los últimos años, resulta pertinente retomar el documento titulado "Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas" del año 2005 elaborado desde la OMS/OPS. Allí se sostiene que: "... los Sistemas de Salud basados en la APS son capaces de mejorar la equidad porque el enfoque de la APS es menos costoso para los individuos y más costo-efectivo para la sociedad cuando se comparan con sistemas de atención orientados hacia la atención

especializada. Se ha demostrado que un enfoque fuerte de la APS puede garantizar mayor eficiencia de los servicios en ahorro de tiempo en la consulta, uso reducido de pruebas de laboratorio y menores gastos de atención de salud. La APS puede ayudar a liberar recursos que de otra forma no podrían ser utilizados para atender las necesidades de salud de los individuos en peor situación. Los sistemas de salud orientados hacia la equidad capitalizan estos ahorros al establecer objetivos para mejorar la cobertura de los pobres y dar poder a los grupos vulnerables para que jueguen un papel más importante en el diseño y operación del sistema de salud. Estas acciones minimizan los gastos de bolsillo.

- El Programa ANAHI fue creado en el año 2000 durante la administración de la Alianza (Presidencia de Fernando de la Rúa) con la finalidad de dar continuidad y sistematizar las acciones iniciadas en los años 93 y 94 luego del brote de cólera que afectara a las provincias del NOA y NEA; el Subprograma Equipos Comunitarios inicia sus actividades en el año 2005 (administración Frente para la Victoria, durante la Presidencia de Néstor Kirchner), bajo la órbita del Programa Médicos Comunitarios cubriendo, además de algunas provincias del NEA y NOA, otras de Centro-Cuyo y Patagonia. Por su parte, el Proyecto FESP, financiado por el Banco Mundial, comienza a gestarse en el año 2006, teniendo como área de cobertura aquellas provincias en las que se activa la Política de Pueblos Indígenas del Banco Mundial. Las funciones y programas priorizados del FESP fueron identificados en base a su "costo-efectividad e impacto en la carga de muerte y enfermedad de la población indígena" (FISA 2008)
- "Los pueblos indígenas constituyen minorías étnicas en situación de vulnerabilidad por lo que este Programa desarrollará acciones específicas basadas en el respeto a la diversidad cultural y en un espacio de interculturalidad..." "...El programa se plantea como objetivo general mejorar el nivel de salud y la calidad de vida de los pueblos indígenas promoviendo su desarrollo integral partiendo del respeto y la valoración de sus particularidades culturales" (Ministerio de Salud 2005a, subrayado propio).
- En este punto, es interesante reparar en la introducción de ciertos términos como "interculturalidad" o "diversidad" que dan cuenta de una "expertise" a partir de la cual parece haber un fuerte entrelazamiento entre los trabajos/discursos antropológicos y la programática burocrática desde la que se piensan las intervenciones. Si bien se supone que el Programa es de alcance federal, las provincias en donde se implementa son sólo aquellas que en su momento fueran afectadas por la epidemia de cólera: Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Tucumán.

- El programa ANAHT estuvo vigente en la provincia de Salta desde septiembre de 2005 hasta diciembre de 2006. Si bien el programa tuvo continuidad en otras provincias, como ya he señalado, en el caso de Salta el desempeño de los Equipos Comunitarios se dio por terminado a los 18 meses. El nuevo convenio propuesto por el Ministerio de Salud de la Nación implicaba conservar su facultad para designar a los profesionales de salud que conformarían los equipos ahora reducidos (médicos generalistas, enfermera y asistente social) quedando como atribución de las provincias responsabilizarse de los viáticos e insumos necesarios para el desarrollo de las actividades del Equipo. Tal como me lo expresara en una comunicación personal un referente del Sub-programa, si bien el Ministerio de Salud se comprometía a contratar a profesionales de la misma provincia, haciéndose se cargó del pago de los salarios, desde el Ministerio de Salud Salteño fue objetada tanto la imposibilidad de incidir o decidir en la elección de los profesionales como también que los viáticos e insumos debían ser totalmente absorbidos por la provincia. En razón de tales argumentos entonces, la provincia de Salta había denegado la posibilidad de renovar el convenio firmado con el Ministerio de Salud de la Nación. Desarrollaré los aspectos ligados al Subprograma Equipos Comunitarios a lo largo de este capítulo.
- "En salud tenemos una formidable posibilidad de disminuir las diferencias e inequidades, y sabemos que, para esto, aunque son muy importantes los insumos y los medicamentos, lo son en mucha mayor medida los recursos humanos. Nuestro capital humano dentro del sistema de salud es lo más valioso que tenemos. Por eso queremos reforzarlo a través del Programa Médicos Comunitarios con más profesionales y con una formación de Posgrado en Salud Social y Comunitaria (...) El objetivo es acompañarlos en el fortalecimiento de las capacidades del primer nivel de atención para la mejor implementación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud" (Ministerio de Salud, 2005c; subrayado propio).
- Trabajamos aquí los aspectos de la implementación del Programa de Médicos Comunitarios que fueron relevados mediante el trabajo de campo en el tiempo que estuvo vigente en la provincia. No obstante, cabe mencionar que el seguimiento realizado estuvo condicionado por una serie de variables que dieron a la continuidad del programa una impronta particular.

ANEXO

1. MAPAS Y FOTOS: CACHI



2. HOSPITAL SAN JOSE DE CACHI



3. SERVICIO DE APS DEL HOSPITAL DE CACHI

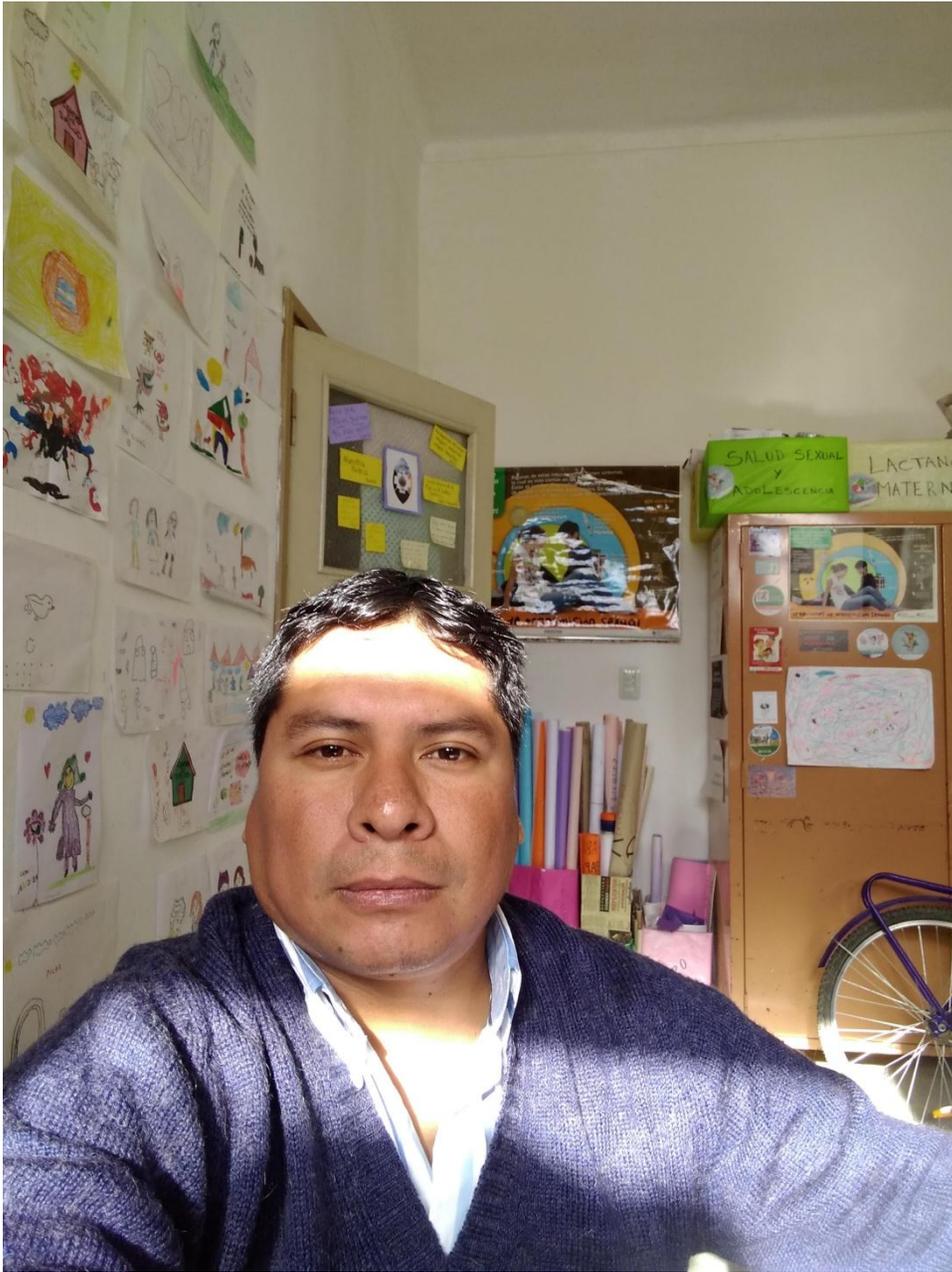




4. CAPACITACION A CARGO DEL LIC. FEDERICO ANTOLA.



5. CONSULTORIO SOCIAL.



6. CASCO HISTÓRICO.





7. PROYECTO DE ENTREGA DE TRACTOR JUNTO CON
AUTORIDADES DE LA SAFCI.



8. PACHA EN LA COMUNIDAD DE FUERTE ALTO.



9. CARTOGRAFÍA COMUNIDAD DE FUERTE ALTO




República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

Hoja Adicional de Firmas
Informe gráfico

Número: IF-2021-117762147-APN-DTYRNCI#INAI

CIUDAD DE BUENOS AIRES
Viernes 3 de Diciembre de 2021

Referencia: Cartografía Anexo I resolución comunidad Fuerte Alto

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 1 página/s.

Digitally signed by Gestión Documental Electrónica
Date: 2021.12.03 15:23:45 -0300

Jaramilla AMilano
Asesor administrativo
División de Fomento y Registro Nacional de Comunidades Indígenas
Instituto Nacional de Asuntos Indígenas

Digitally signed by Gestión Documental
Date: 2021.12.03 15:23:45 -0300

10. CRONOGRAMA

TAREAS	semanas del proyecto									
a. Recolección de datos para el proyecto.	■	■								
b. visitas a la comunidad diaguita.			■							
c. entrevista a funcionarios y gerentes.				■	■					
d. Análisis del relevamiento de datos						■	■			
e. Entrevistas complementarias.								■		
f. Corrección de errores.										■
Responsable: Lic. Federico Hernán Barrios Antola.	Realización de todas las tareas por el lic. Federico Antola y su equipo técnico.									

11. PRESUPUESTO TENTATIVO

RUBROS	CANTIDAD	UNIDAD	PRECIO UNITARIO	SUB TOTAL	TOTAL RUBRO
Insumos de librería					
Apoyo labor encuestas					
Apoyo Secretarial					
Movilidad					
Viáticos					
Impresiones					

