

Salud indígena y políticas de salud intercultural en la provincia de Chaco, Argentina*

Andrés Cuyul¹

La conferencia a desarrollar pretende señalar aspectos que a mi parecer son clave en la configuración y determinación de la salud de los pueblos indígenas del Chaco, específicamente en la zona de “El Impenetrable” chaqueño ubicada en el departamento Güemes donde convive población de diversos orígenes étnico-culturales, entre ellos comunidades Wichí y Qom.

Pretendo contextualizar muy someramente la relación del sistema de salud con las comunidades indígenas respecto de la atención de salud, analizar la incorporación de la variable étnica en el sistema de salud provincial y forma de visualizar la situación de salud de estas comunidades en base a una investigación realizada durante 2010 desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, para luego repasar algunos avances en la temática y sugerir algunas acciones y estrategias en base a la experiencia de trabajo y vínculo con los *actores significativos*² en el campo de la salud indígena provincial.

Los planteos aquí vertidos se basarán en el relevamiento de información secundaria, informes realizados luego de visitas de campo y labores de asesoría en salud pública en distintas localidades del departamento Güemes, así como entrevistas con actores clave realizadas durante mi vinculación con la realidad provincial durante 2007 y 2011 desde la academia y la cooperación internacional.

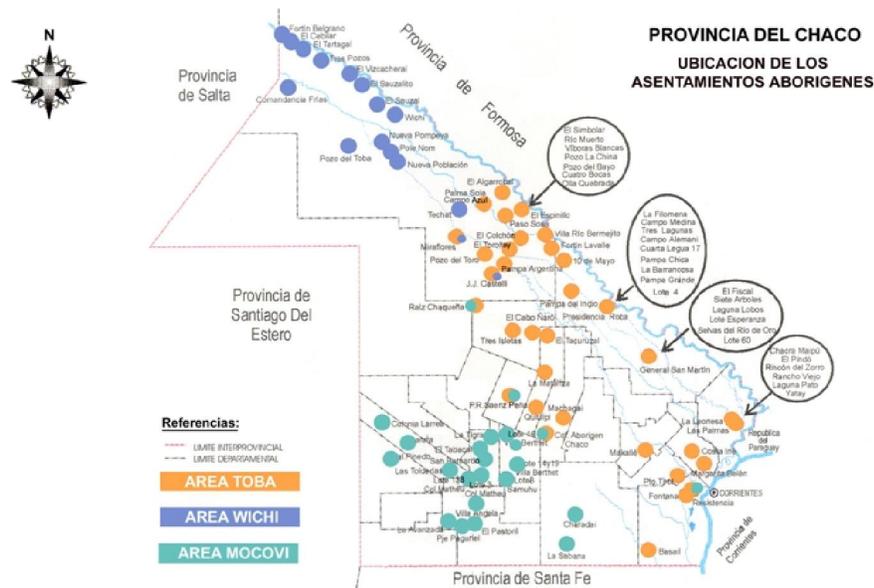
Pueblos indígenas y sistema de salud

Los pueblos indígenas de la provincia del Chaco representan aproximadamente 125.000 personas pertenecientes a los pueblos Qom, Moqoit y Wichí, que forman parte a su vez de un conjunto de pueblos de los grupos lingüísticos Guaicurú y Mataco-Mataguayo. Todos ellos habitan el llamado *Chaco argentino* en las provincias de Salta, Chaco y Formosa, en un número aproximado de 300.000 personas, cifra informada desde el Ministerio de Salud de dicha provincia.

¹ Instituto de Investigaciones en Salud Pública Universidad de Buenos Aires. andrescuyul@gmail.com
@newenweichan

² Término utilizado por el enfoque de la epidemiología sociocultural (Haro, 2008:27) y que refiere a conjuntos sociales que sufren y experimentan enfermedad, promueven acciones saludables individuales o colectivas y movilizan recursos para el cambio en salud.

Mapa 1: Localización de etnias. Provincia de Chaco.



Fuentes: Instituto del Aborigen Chaqueño (IDACH).
 Secretaría de Planificación y Evaluación de Resultados (SPER).
 Fundación IDEAS - Marzo 2004

Fuente: Instituto del Aborigen Chaqueño, 2005

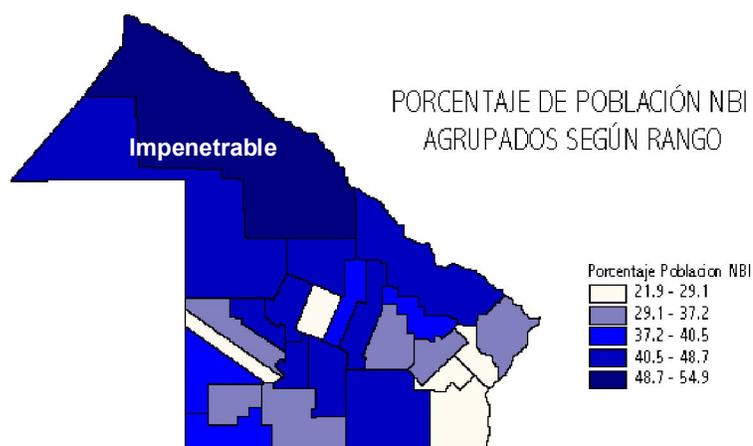
La provincia de Chaco se ubica entre las provincias con tasas de pobreza e indigencia más altas del país, la misma muestra una alta desigualdad en la distribución del ingreso. El 50% de los hogares más pobres reciben el 22,6% del ingreso, en tanto que el 10% más rico acumula el 30,7% del ingreso total. El 10% más rico de la población recibe un ingreso que es 44 veces mayor que el del 10% más pobre, lo cual supera el promedio para las 24 provincias y la ciudad de Buenos Aires (32,5 veces).

Según el Censo del INDEC del 2001 los hogares con NBI de la provincia del Chaco eran el 27.6% y la población con NBI el 33%. Los departamentos con mayores índices de NBI son los localizados en el Noroeste de la provincia: General Güemes y Maipú. Ambos departamentos son los que presentan la mayor cantidad de comunidades indígenas rurales Wichí y Qom, donde se ubica la ecorregión denominada El Impenetrable.

Para el Departamento de General Güemes el NBI en 2001 era de 47% de hogares y el 54.9% de la población. En el “Marco de Planificación para Pueblos Indígenas” realizado por el Ministerio de Trabajo de la República Argentina³, la provincia del Chaco está dentro de las 3 provincias que muestra los niveles más altos de NBI en los hogares indígenas con un 66% de los mismos.

³ Marco de Planificación para Pueblos Indígenas. Proyecto de Inversión en Formación Profesional Continua y Empleo. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social 2006

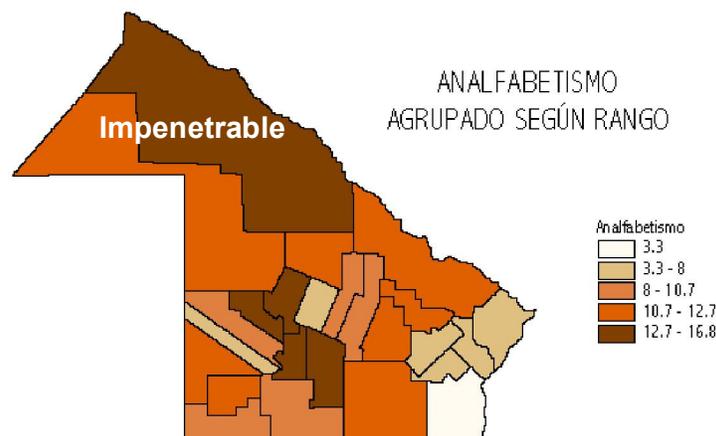
Mapa 2. Necesidades Básicas Insatisfechas por Departamentos, Provincia del Chaco



Fuente: Ministerio de Salud de la Nación

La tasa de analfabetismo (población mayor de 10 años) en el Chaco alcanza el nivel del 7,98%⁴, habiéndose registrado un descenso del 15 % en relación con 1991. La tasa de analfabetismo para los pueblos indígenas en general -de 10 años o más- es de un 9.1% triplicando la nacional de 2.6%, mientras que en las comunidades de la Provincia del Chaco llegaría al 29.4%⁵

Mapa 3. Tasa de analfabetismo por departamentos agrupados según Rango



Fuente. Ministerio de Salud de la Nación, 2008

Respecto de la cobertura del sistema de salud, la mayor parte de la población del Chaco no tiene Obra Social o de Seguros Privados, siendo atendida por el Sector Público que

⁴ INDEC, Censo 2001

⁵ Marco de Planificación para Pueblos Indígenas. Proyecto de Inversión en Formación Profesional Continua y Empleo. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social 2006

organiza la asistencia de salud en zonas sanitarias, que a su vez se subdividen en áreas programáticas.

En la región del Impenetrable se cuenta con 2 tipos de puestos sanitarios. Puesto sanitario A: con personal médico, de enfermería y administrativo fijos (en general en la cabecera de los municipios); y los puestos sanitarios B: con agente sanitario o auxiliar de enfermería a cargo y sin médico fijo donde los equipos de salud realizan visitas con mas o menos regularidad. Destacan en la zona norte del Impenetrable el Hospital Arturo Illia de El Sauzalito y el Hospital “Bicentenario” de Castelli, cabecera del departamento Güemes y de reciente inauguración.

Según los datos de la Encuesta de Condiciones de Salud Materno Infantil en Pueblos Indígenas del Plan Nacer (2007), el 83,1% de las entrevistadas no había recibido visitas del agente sanitario en el último año, lo que refuerza la necesidad de capacitación de agentes sanitarios para dicha provincia, que de inició el año 2008 para la región sanitaria correspondiente al Impenetrable.

Al indagar sobre los lugares y/o personas a los que recurren las entrevistadas ante un problema de salud, la misma encuesta arrojó que el 47,6% de las respuestas correspondieron al “hospital” y un 44,9% al “centro de salud”. Los curanderos fueron referidos en el 4,2% de los casos, mientras que el sector privado quedó incluido en la categoría “otros” con el 2%. Esta situación trae un subregistro natural toda vez que las familias de pueblos indígenas no validan, frente al sistema de salud oficial, sus prácticas de salud tradicional indígena o de *autoatención* (Menéndez, 2002:14)

La ausencia de visitas de agentes sanitarios y/o promotores de salud en zonas indígenas es una constante en muchos territorios indígenas del NEA y NOA; pero no se puede entender en su magnitud si dicha ausencia no se inscribe en el funcionamiento de la red de salud que contenga la referencia/contrareferencia que estas personas, dedicadas a la prevención y promoción de la salud, captan en base a su formación.

Demanda del Defensor del Pueblo de la Nación

El Impenetrable se hizo conocido a nivel internacional en el mes de agosto de 2007, luego que el Defensor del Pueblo de la Nación demandara a los estados nacional y provincial por las muertes evitables de adultos y niños- mayoritariamente del pueblo Qom-, debido a causas asociadas a TBC, desnutrición y Mal de Chagas. En dicha demanda se refieren antecedentes de inacción del estado nacional y provincial en materia de alimentación y acceso a la atención de la salud, denunciando un “silencioso genocidio de los pueblos indígenas”⁶.

Se solicitó entonces la intervención de la Corte Suprema que considere: a) que los miembros de dichos pueblos deben gozar, en pie de igualdad, de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población; b) que promuevan la efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos; c) a eliminar las diferencias socioeconómicas que puedan existir. Los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculo ni discriminación”.

⁶ Ver sentencia de la corte suprema de justicia: <http://www.derecho-comparado.org/sentencias/argTobas.htm> . Ultima visita: 03/14/12.

La Corte Suprema de Justicia dictó una medida cautelar en septiembre del mismo año ordenando al Estado Nacional y a la Provincia del Chaco “el suministro de agua potable y alimentos a las comunidades indígenas que habitan en la región sudeste del Departamento General Güemes y noroeste del Departamento Libertador General San Martín de esa provincia, como así también de un medio de transporte y comunicación adecuados, a cada uno de los puestos sanitarios”⁷.

En adelante el nuevo gobierno de Chaco, presidido por el Gobernador Jorge Capitanich, mediante decreto 115 del 17 de diciembre de 2007, declaró el "Estado de Emergencia Sanitaria, Alimentaria, Educacional y de Viviendas de los pueblos indígenas de la Provincia del Chaco" y constituyó un "Comité de Crisis" para el "desarrollo y aplicación de los programas necesarios" entre las distintas áreas del gobierno y con funcionarios entrantes, que en muchas ocasiones desconocían el territorio donde se había dictado medida cautelar, así como su gente. Con todo, al año 2008, dicho Comité dejó de funcionar y luego de la medida instruida por la Corte Suprema no se ha dictado acción administrativa alguna que invoque acciones especiales para las poblaciones indígenas en situación de vulnerabilidad denunciadas por el Defensor del Pueblo en su momento.

Señalo esto toda vez que el abordaje de la situación de salud, que involucraba a la población Qom del Impenetrable, se redujo sólo a acciones de salud de carácter asistencial mediante “equipos itinerantes de poblaciones vulnerables” (Ministerio de Salud de la Nación, 2008), operativos mediante camiones móviles y entrega de agua. No existieron planes sanitarios a largo plazo que apunten a la configuración de una red sanitaria que promueva la salud y aborde la enfermedad con especial atención en madres, niñas y niños, sino que más bien se hizo énfasis en acciones paliativas y con enfoque de riesgo, no considerando además programas o proyectos que garanticen la seguridad alimentaria -que incluya la autonomía sociocultural de las comunidades- y el abastecimiento de agua para localidades de esa región.

La concentración de acciones en la zona de mayor presencia de comunidades Qom también invisibilizó la situación de las comunidades Wichí y familias criollas pobres de la zona norte del Impenetrable, que hasta el día de hoy reciben atención de salud de muy baja complejidad. Mucha de la atención y responsabilidades del cuidado de salud de esas familias se concentra en agentes sanitarios, muchos de ellos recién formados a partir de la emergencia sanitaria de 2007 -por medio de capacitaciones abreviadas realizadas durante los años 2008 y 2009 con el apoyo del Programa Médicos Comunitarios (Ministerio de Salud de la Nación).

Otro de los aspectos deficientes fue la ausencia registros certeros y unificados en los niveles distritales/departamentales y provinciales respecto de la situación de salud de las comunidades indígenas. A pesar de la declaración de emergencia destinada en específico a las comunidades indígenas de la zona “judicializada”, no se logró una buena recepción de parte de los estamentos de salud provinciales que decanten en análisis de situación de salud de dichas comunidades.

⁷ Idem.

Usuarios Indígenas y Equipos de Salud

En septiembre del año 2008 se presentó un informe a la Subsecretaría de Prevención de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación que daba cuenta de la situación del sistema sanitario de la provincia del Chaco en relación a los pueblos indígenas. En dicho informe -a partir de observaciones y entrevistas realizadas por el autor a usuarios del sistema como a miembros de los equipos de salud- se señalan situaciones de discriminación en los servicios de salud a personas pertenecientes a pueblos indígenas. Más allá que las autoridades de salud nacionales de ese entonces no estimaron prioritario un abordaje de las relaciones interculturales al interior del sistema de salud, los principales puntos que el informe destaca son recurrentes de compartir hoy en día:

1. Usuarios denuncian que existen malos tratos hacia personas indígenas que acuden a los servicios de salud.
2. Se constata la prevalencia de ideas-fuerza discriminatorias en base a prejuicios frente al usuario indígena donde calificativos como “son dejados” “no trabajan” o “son porfiados, no entienden” son una constante de parte de médicos y auxiliares de enfermería no indígenas. A esto se suma problemas de comprensión sociocultural y comunicación, a saber: “Ellos creen estar sanos, por eso se niegan a hacerse exámenes de laboratorios, no se quieren poner sondas, vías” (Enfermero en puesto sanitario B JJ Castelli).
3. Se constata además que agentes sanitarios indígenas formados en capacitación impulsada por la Subsecretaría de Prevención y Control de Riesgos del Ministerio de Salud de la Nación no son incorporados a la atención dentro de los puestos sanitarios y son relegados -espacial y socialmente- a la “observación no participante” y se le margina de los procedimientos clínicos.⁸
4. Directivos del sistema de salud provincial muestran incompreensión de la realidad sociocultural indígena, a saber: “La raza que vive en la zona tiene menos civilización, es mucho menos evolucionada que la de otras provincias, el sistema de salud del Chaco no es malo, es mucho mejor que otras provincias” (Médico encargado de una zona sanitaria)

Por otro lado, en respuesta a situaciones similares de discriminación desde el sistema de salud oficial (malos tratos a partir de su condición étnica), en el mes de febrero de 2009 comunidades del pueblo Wichí de la localidad de Misión Nueva Pompeya solicitaron al gobernador provincial la remoción de médicos del hospital local debido a los malos tratos que reciben a partir de su condición étnica. Las comunidades realizaron extensos cortes de ruta que culminaron con el traslado de los médicos y con un alejamiento aún mayor de los equipos de salud del hospital de Nueva Pompeya respecto de los referentes de pueblos indígenas de dicho municipio ya que no se promovió la participación de las comunidades Wichí en la planificación ni implementación de programas de salud desde el hospital, cuestión que se manifiesta hasta estos días.

Determinantes estructurales

Más allá de las denuncias de inacción y problemas en relación a los procesos dentro del sistema de salud que son urgentes de abordar, existen una serie de “problemáticas estructurales” propias del contexto sociocultural y económico de la provincia y de dicha

⁸ Puesto sanitario B, ubicado en el “Barrio Curichí” de la localidad de J.J Castelli, compuesto de familias migrantes forzadas desde el impenetrable chaqueño, todas en situaciones de riesgo socio-sanitario.

ecorregión que presionan sobre la ya compleja situación de salud de las comunidades, como lo es la inaccesibilidad geográfica al sistema de salud: poblaciones con alto grado de dispersión, caminos en mal estado y falta de transporte público.

Según informe evacuado por el Ministerio de Salud de la Nación a la Corte Suprema de Justicia a propósito de la Demanda del Defensor del Pueblo, la zona del Impenetrable presenta una falta de desarrollo económico que repercute en las tasas de desempleo, e infraestructura básica de servicios (agua, cloacas y viviendas, entre otras). En relación a la situación socio-sanitaria se señala:

- Elevada tasa de TBC.
- Chagas: elevada tasa de infestación de los hogares, viviendas sin las condiciones sanitarias básicas.
- Dificultad para la asistencia médica periódica a los parajes alejados donde vive la población rural dispersa.
- Problemas en la estructura administrativa de los puestos A y B (ausencia de sistemas de registro de información, etc.)
- Estructura edilicia insuficiente para la totalidad de las prácticas de salud ⁹.

A ello es necesario considerar la acelerada migración campo ciudad desde el Impenetrable hacia centros urbanos como Juan José Castelli y Resistencia que sin una adecuada contención sociocultural y económica han acarreado problemáticas como la violencia, drogadicción y problemas de acceso equitativo al agua, higiene y saneamiento. Esto han devenido en una serie de movilizaciones de comunidades indígenas en demandas de mejoras sociales en el último año¹⁰.

A ello podemos sumar la situación de vulnerabilidad que refiere la mayor proporción de población infantil de entre 0 a 15 años que caracteriza a los pueblos indígenas como lo es el caso de los Qom (43,2%) como para los Wichí (45,2) (UNICEF, 20011:17)

Salud indígena

El actual gobierno provincial ha contado, desde el inicio de su gestión, con la intervención de miembros de equipos de salud y funcionarios en las Direcciones de Salud Indígena y de Defensa de la Democracia y el Ciudadano que han abogado por cambios en el sistema de salud que implicaron mayor visibilización de la situación de salud de las comunidades indígenas del Impenetrable. La intervención de éstos, junto con la movilización de las comunidades en demanda de derechos ha conseguido potenciar acciones de salud afirmativas en territorios indígenas en los municipios de Villa Río Bermejito, Miraflores, Misión Nueva Pompeya, el Sauzalito y en El Espinillo cuyo intendente es el primer miembro de la comunidad Qom en obtener dicho cargo a nivel nacional.

Algunos avances significativos para la atención de salud de comunidades indígenas han sido las capacitaciones para la formación de agentes sanitarios de los pueblos Moqoit,

⁹ Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Informe Corte Suprema de Justicia, 2007.

¹⁰ Más información: “Comunidades aborígenes de JJ Castelli plantearon dificultades” <http://tinyurl.com/8262kt7> Ultima consulta 03/04/12. Después de reunirse con el gobierno, indígenas levantaron piquetes en Castelli <http://tinyurl.com/6wr5ocw> Ultima consulta 03/04/12

Wichí y Qom llevadas a cabo durante 2008 y 2009 que han requerido posteriormente refuerzo de formación que el Ministerio de Salud de la provincia con el apoyo de UNICEF y el Ministerio de Salud de la Nación han adoptado durante el año 2011.

Uno de los logros fundamentales es el “diseño participativo de la capacitación de agentes sanitarios” destinada a comunidades Wichí de la provincia que se realizó junto con organizaciones de dicho pueblo durante el año 2011. Coordinado entre la Dirección de Salud Indígena de la Provincia de Chaco, referentes de pueblos indígenas de Sauzalito y Misión Nueva Pompeya y equipos de salud de la provincia fue posible una capacitación de agentes sanitarios, ejecutada durante los meses de noviembre y diciembre del mismo año con el apoyo de UNICEF.

Foto 1. Presentación conclusiones grupo de trabajo “Perfil del Agente Sanitario”.
(Resistencia, agosto de 2011)



La Dirección de Salud indígena ha encontrado en experiencias internacionales algunas innovaciones como la figura del *facilitador intercultural bilingüe*, dispositivos que a nivel formal pueden ser instaurados en el sistema de salud. Los facilitadores interculturales son por lo general promotores o agentes de salud con amplio manejo del sistema sanitario oficial, así como de la realidad y cosmovisión indígena, hacen las veces de “puente” entre los usuarios de comunidades indígenas y los equipos de salud. Su función es determinante para el acceso a la atención de salud; para asegurar su funcionamiento debe estar validado por los equipos de salud, de lo contrario se convierte en una variable independiente del sistema y, como señalan los agentes sanitarios y líderes indígenas, los mismos pueden ser objeto de discriminación.

Hasta ahora se está planeando en Chaco la formalización de Servicios de Atención para la Salud y Orientación Indígena (S.A.S.O.I), que funcionarán en dependencia de los hospitales donde existe población indígena. Estos tendrán la función de i) transversalización del enfoque intercultural y la complementariedad entre la medicina indígena y no indígena, ii) garantizar la calidad en la atención personalizada, iii) la orientación, el asesoramiento y el acompañamiento, dentro del sistema público de salud a los pacientes indígenas y sus familiares, mediante su inclusión, como beneficiarios del sistema y participantes en la prestación del servicio, de conformidad con el Artículo 37

de la Constitución Provincial, los Artículos 17 y 18 de la Ley provincial del Aborigen N° 3.258/87 y del Decreto Reglamentario 2.749/87”¹¹.

Estos servicios son similares a los S.A.O.I instalados en Venezuela que han dado excelentes resultados, por ejemplo, en el Hospital Universitario de Maracaibo, donde técnicos paramédicos del pueblo Wayuú facilitan el acceso al sistema de salud por parte de personas de dicha etnia¹².

Sin duda que la creación de los S.A.S.O.I serán un avance sustancial en el sistema sanitario y esperamos el apoyo gubernamental para que ello se concrete. No obstante es necesario un proceso de sensibilización a los equipos de salud sobre este nuevo dispositivo para que sea sumado al circuito de referencias/contrarreferencias y recurso en salud. Además es urgente la formación a los equipos de salud en abordaje intercultural de la atención sanitaria y de tal forma problematizar la matriz monocultural de los servicios de salud, caracterizados por su hegemonía occidental- propios del *modelo médico hegemónico* (Menéndez, 1988)- que paradójicamente se ven más exacerbados en las provincias y distritos con mayor concentración de población indígena del país. Esta formación deberá considerar los procesos socio-históricos de la conformación provincial y nacional respecto de los pueblos indígenas pre existentes a los estados nacional y provincial, el problematizar el falso ideal de nación homogéneamente blanca y europea y bajada de los barcos (Briones, 2005:25).

Desafíos para la Equidad en Atención de Salud

Aún existen brechas por saldar, sobretodo en la región norte de la zona sanitaria VI cuya cabecera es JJ Castelli que en municipios como El Sauzalito Nueva Pompeya y localidades como Comandancia Frías se han hecho patentes lo problemas de acceso a atención de salud oportunas, principalmente a poblaciones indígenas Wichí.

En un viaje de trabajo a Comandancia Frías junto a estudiantes de último año de ciencias médicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires a fines de 2010 -destinado a reforzar la capacitación de agentes sanitarios que habían sido formados como tal durante dos semanas por el Ministerio de Salud de la Provincia en conjunto con el Ministerio de Salud de la Nación- se pudieron evidenciar tareas pendientes en relación a la formación de los mismos, pero también respecto de la ausencia de la red de servicios de salud y protección social para poblaciones criollas pobres e indígenas en Fuerte Esperanza y El Sauzalito. En particular se destaca en el informe presentado a las autoridades provinciales a inicios de 2011:

- Los agentes sanitarios Wichí formados por el Ministerio de Salud Pública (2008-2009) carecen de la preparación adecuada para las labores de promoción y prevención de la salud (ejemplo, tomar la presión), así como para brindar primeras atenciones de salud, desempeñándose en contextos donde existen exiguos medios de transporte para la derivación a centros de salud de mayor complejidad. A esto se suma la inexistencia de herramientas de trabajo básicas necesarias para su desenvolvimiento.

¹¹ Propuesta de resolución ministerial Ministerio de Salud Pública Provincia de Chaco, marzo de 2011. Documento de trabajo.

¹² Más información <http://saludindigena.wordpress.com/tag/saoi/> Última consulta 01/04/12.

- Los agentes sanitarios indígenas y enfermeras no cuentan con movilidad ni referencia profesional para derivar, lo cual le resta resolutivez a su accionar. La ausencia de radiocomunicación en los puestos sanitarios B es un punto crítico a este respecto.
- Falta de coordinación, referencia y contrareferencia entre el del Puesto Sanitario A de Comandancia Frías y el Centro de Salud de la Fundación Valdocco (que funciona en un CIC), teniendo en cuenta que existe un solo médico trabajando en la zona (Puesto Sanitario A).
- En el Puesto Sanitario de Comandancia Frías y en el Centro de Salud del CIC administrado por la Fundación Valdocco, llama la atención la ausencia de educación y entrega de métodos anticonceptivos a la población, cuestión que fue ratificada por los agentes sanitarios.
- Respecto del transporte, se pudo comprobar vivencialmente la presencia de ambulancia idónea para la zona boscosa y de caminos inundables pero que no se puede movilizar por “falta de combustible”
- Ausencia de instrumentos y formación de los agentes sanitarios para el relevamiento nutricional en zonas aledañas a Comandancia Frías donde existían evidentes casos de desnutrición infantil.
- Se constató la falta de equipamiento básico para los puestos sanitarios A y B; además la inexistencia de los medicamentos que garantiza el Estado mediante el Programa Remediar, así como el irregular cumplimiento de los programas de Vacunación (PAI), control de vectores para prevención de enfermedades como el Mal de Chagas, programas de los cuales los agentes sanitarios Wichí desconocían hasta ese entonces¹³.

Se hace fundamental aumentar el recurso humano para la atención de salud con enfoque de APS e Intercultural que además permita el acompañamiento y formación de los agentes sanitarios de los parajes rurales aledaños a Comandancia Frías, Fortín Belgrano, el Sauzalito y Nueva Pompeya. Abordar la barrera cultural idiosincrática y lingüística entre el personal de salud, médicos, enfermeros y la población Wichí es fundamental ya que dichas brechas y determinantes de la atención de salud a familias indígenas es evidente en el terreno.

Asimismo urge la formalización de los agentes sanitarios de pueblos indígenas que se están formando toda vez que, a más de un año de su primera capacitación, muchos de ellos están trabajando fuera del sistema para poder subsistir y otros, siendo incorporados al sistema, no cumplen las funciones para lo que fueron capacitados.

En los hechos, el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria en dichos territorios será muy difícil de concretar si no se hacen acciones decididas para proveer de recurso humano en ciencias de la salud que permita la conformación de una red sanitaria en la zona del Impenetrable, referencia/contrareferencia, una adecuada respuesta a estudios en zonas endémicas de Chagas y TBC. El recurso humanos específico -como médicos, pediatras y gineco obstetras- permitirá implementar visitas domiciliarias de parte de los equipos de salud, ya que a la fecha se ha cometido el error de concentrar la responsabilidad en la atención de salud en el agente sanitario, nada más alejado de su verdadera función preventiva y de promoción de prácticas de cuidado de la salud.

¹³ Disponible en <http://www.voluntariosalud.com.ar/informe.pdf> Última consulta 04/04/12

Acciones como incentivos económicos a profesionales y sus familias, viviendas adecuadas y días de descanso, son iniciativas probadamente eficaces para garantizar profesionales de la salud en zonas indígenas y vulnerables.

Es necesario establecer un sistema de información en salud certero para dicha zona de la región sanitaria VI apuntando en específico a enfermedades infectocontagiosas (Chagas, TBC), crónicas (HTA, DMII) y desnutrición infantil. Para ello es fundamental elaborar un perfil epidemiológico de los habitantes criollos e indígenas en la zona con énfasis en la situación de salud materno infantil.

Esclarecimiento de la situación de salud de las comunidades indígenas

La incorporación de la variable étnica en los sistemas de información en salud es un tema reciente en el ámbito sanitario argentino, a pesar de las brechas socio-epidemiológicas identificadas en algunos puntos del país donde predomina la presencia de pueblos indígenas. Si bien los sistemas estadísticos han comenzado a incorporar estas variables (por ejemplo, el Censo de Población de 2001), en el campo de la salud existe un evidente atraso, y los esfuerzos realizados en el campo de otras fuentes de datos tradicionales aún no se han trasladado a los registros.

En un estudio desarrollado durante 2010 desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires (Cuyul, et al 2011) que tuvo entre otros objetivos identificar la incorporación de la variable étnica en los sistemas de salud de las provincias de Chaco, Salta, Formosa, Misiones, Jujuy y Neuquén se identificaron desafíos a considerar para la visualización de la situación sanitaria de estas poblaciones en base a la percepción de los actores clave respecto a si era viable y pertinente incorporar la variable étnica en dichos registros. De esta forma se entrevistó a líderes indígenas, encargados de estadísticas y de epidemiología, así como agentes sanitarios y miembros de equipos de salud.

El estudio arrojó para la provincia de Chaco una oportuna preocupación en el nivel central sobre la necesidad de conocer la situación de salud de las comunidades y ha habido algunos avances dirigidos a la inclusión de la variable mediante pedidos desde el área de Salud Indígena de la provincia, pero no así por las áreas de Epidemiología y la Dirección de Estadística Sanitaria. Las fuentes identificadas y disponibles con desagregación étnica fueron los hospitales (a través de las historias clínicas) y los puestos de salud locales, pero no a nivel de estadísticas vitales. En estos casos, el origen étnico del paciente es adjudicado por el médico y no mediante el principio de *autoidentificación*, que es el usado internacionalmente para estos fines. En cualquier caso señalan que quien releva y porta esa información es el agente sanitario.

Los funcionarios entrevistados se mostraron predispuestos a la incorporación de la variable. Resaltaron la necesidad de realizar un estudio cualitativo al respecto, proponiendo la participación de los representantes de las comunidades y advirtiendo que la inclusión podía aparecer como una barrera cultural y una señal de discriminación. Los mismos señalaron que existe un proyecto de investigación al respecto, aunque con bajo apoyo político para su desarrollo. Este grupo sostuvo también que la existencia de la variable en los registros solo aportaría datos sobre quienes recurren al sistema para resolver su situación de salud, pero no reflejaría la resolución de problemas a nivel local

o comunitario, lo cual ratifica el hecho del evidente subregistro del sistema de salud oficial respecto de patologías resueltas desde los *sistemas de salud tradicional indígena, religiosos o de autoatención* (Ramirez, 2009).

Al igual que en otras provincias como Salta, uno de los funcionarios entrevistados señaló que las políticas y la atención de salud debían ser “integrales para todos” y en igualdad de condiciones, y precisó que en algunos casos de morbi-mortalidad indígena “habría que darle un poco más de acciones” en relación con mejorar el acceso de calidad y oportuno a poblaciones indígenas. De este modo, a la vez que se reconocen brechas en la atención de salud, también se destaca la necesidad de intensificar las acciones en salud, dando por sentado que la salud no es igual para todos.

Asimismo, los funcionarios coincidieron en la necesidad de participación del Instituto del Aborigen Chaqueño (IDACH) para acordar cuestiones ético-metodológicas. De este modo, se garantizaría la legitimidad de la desagregación étnica impulsada por el gobierno y se evitaría que la iniciativa sea interpretada como un acto discriminatorio.

A diferencia del recelo político de los funcionarios, los representantes indígenas, en general, se mostraron de acuerdo con la incorporación de la variable. Consideraron necesario que se atendiera de manera especial las enfermedades de sus comunidades, a fin de posibilitar un adecuado seguimiento de los tratamientos, pero, sobre todo, para conocer mejor la situación de salud y llevar a cabo las acciones pertinentes.

Desafíos: Interculturalidad y participación

Uno de los grandes desafíos para el sistema sanitario de Chaco debe ser su transformación en un sistema de salud socioculturalmente inclusivo para con sus pueblos indígenas. Esta es una deuda de décadas que en estos últimos cinco años se ha tratado de revertir pero hace falta mayor decisión política de parte del Gobierno provincial, particularmente del Ministerio de Salud Pública, para avanzar en generar cambios en la cultura organizacional y relacional de los equipos de salud con respecto a la población indígena.

Los casos de discriminación documentados, la ausencia de profesionales idóneos, falta de equipamiento en los centros de salud y la fragmentación de la red de salud en la zona norte del departamento Güemes evidencian un distanciamiento aún patente del sistema de salud en dichas comunidades.

Es fundamental que se implementen capacitaciones sobre interculturalidad en salud que incluyan la comprensión de procesos sociohistóricos en la conformación de realidades y procesos de alteridad provincial. Las mismas deberían ir dirigidas a la administración provincial de salud, mandos medios y a equipos de salud de hospitales, centros de salud, puestos sanitarios A y B.

Se deben mejorar los registros de atención de salud e inmunizaciones e incorporar la variable étnica en el sistema de información como prioridad y punto de inicio para la implementación de acciones afirmativas en las zonas más vulnerables, cuestión que puede ser abordada por áreas programáticas o regiones sanitarias, donde la región VI sería una buena experiencia piloto.

Tradicionalmente en salud se ha concebido de manera arbitraria a la comunidad como un núcleo homogéneo idealizado; esta concepción ha promovido una cosificación que, en teoría y método, permite una intervención normativizadora/domesticadora de las comunidades, sin considerar el derecho a la autodeterminación de las mismas en salud como en todos los aspectos relacionados con su desarrollo.

Promover el involucramiento de las comunidades indígenas en su situación de salud debe ser una premisa fundamental para los equipos de salud que operan en contextos interétnicos, evitando asimismo caer en la auto-responsabilización que promueva el repliegue de la responsabilidad estatal al momento de atender requerimientos sociales básicos (Briones, op cit:15). En este caso la vinculación con el Instituto del Aborigen Chaqueño (IDACH), así como en los niveles locales con las asociaciones indígenas y caciques/líderes es fundamental respetando dinámicas internas.

El Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes¹⁴, en particular, en su capítulo sobre participación establece la obligación de los estados de consultar a los pueblos interesados, mediante procedimientos apropiados, y en particular a través de sus instituciones representativas, cada vez que se prevean medidas legislativas o administrativas susceptibles de afectarles directamente. Para ello se deben establecer mecanismos para que los pueblos puedan participar en la misma medida que otros sectores sociales. (Art. 6.a y 6.b) Asimismo, en su artículo 7, establece que estos pueblos tienen el derecho de “decidir sus propias prioridades en lo que atañe al proceso de desarrollo, en la medida en que éste afecte a sus vidas, creencias, instituciones y bienestar espiritual y a las tierras que ocupan o utilizan de alguna manera, y de controlar su propio desarrollo económico, social y cultural”¹⁵.

El mismo Convenio, en sus artículos 25 y 30, expresan lineamientos para que los pueblos *indígenas sean partícipes y partes cooperantes de las decisiones en materia de servicios de salud, administración y prestación de servicios, ateniendo y respetando sus tradiciones y culturas.*

Por su lado, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, establece que los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo (Art. 23)

Es decir, no es posible entender la participación de las comunidades indígenas de manera utilitaria, como se hace regularmente en nuestros países, responsabilizando al oprimido de su condición de pobreza producto del despojo histórico y haciéndolo parte de la obligación de utilizar sus propias fuerzas y recursos para dar salida a la situación de pobreza estructural (Ugalde, 1987) y las consecuencias en su situación de salud.

Es por ello la participación debe estar mas bien orientada a la formulación de planes de salud conjuntos, la implementación de los mismos y la toma de decisiones e injerencia en salud de acuerdo a sus propias dinámicas y lógicas de representación, conflictos y contradicciones incluidas.

¹⁴ Ley nacional 24.071.

¹⁵ OIT, op.cit.

Por último, es muy importante impulsar investigaciones sanitarias sobre situación y percepción de salud a nivel de familias y comunidades indígenas respecto de patologías puntuales, así como en relación a *procesos protectores de la salud*¹⁶ (Breilh, 2003:9) que aborden, más allá de las concepciones de riesgo y enfermedad, enfoques que promuevan acciones y estrategias propias de las comunidades que beneficien probadamente la salud en las comunidades. Estos estudios deberán tener participación de las comunidades indígenas desde planeamiento, trabajo de campo, análisis, discusión y difusión de resultados.

Estos son algunos aspectos que me interesaba puntualizar como necesarios para el abordaje pertinente del sistema de salud con las comunidades indígenas del Chaco, específicamente aquellas pertenecientes al denominado Impenetrable chaqueño; de tal forma de contribuir a que dicha ecorregión no siga siendo “impenetrable” para las políticas sanitarias sostenibles y con participación real de los interesados.

¹⁶ Concepto utilizado por el epidemiólogo ecuatoriano Jaime Breilh para hacer referencia a fenómenos que al tornarse beneficioso, “se convierte en un favorecedor de las defensas y soportes y estimula una direccionalidad favorable a la vida humana, individual y/o colectiva, y en ese caso lo llamamos proceso protector o benéfico, mientras que cuando ese proceso se torna un elemento destructivo, provoca privación o deterioro de la vida humana individual o colectiva, lo llamamos proceso destructivo”. (Breilh, 2003:209).

Bibliografía

Breilh J. Epidemiología Crítica, Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar, 2003.

Briones, C (2005) “Formaciones de alteridad: contextos globales, procesos nacionales y provinciales” En Briones C (Editora) (2005) *Cartografías Argentinas. Políticas indigenistas y formaciones provinciales de alteridad*. Geaprona, Buenos Aires

Cuyul, A; Rovetto, M; Specogna M “Pueblos indígenas y sistemas de información en salud”: La variable étnica en seis provincias argentinas”. *Revista Argentina de Salud Pública 2011*; 2 (7) Pp 12-18 (Artículo). Disponible en <http://msal.gov.ar/rasp/rasp/articulos/volumen7/art-originales-pueblosindigenas.pdf>
Ultima consulta: 30/01/12

Haro, A. “Ejes de discusión en la propuesta de una epidemiología sociocultural”. En Haro A. (Coord) *Epidemiología sociocultural, un diálogo en torno a sus sentidos, métodos y alcances*. Buenos Aires: Lugar 2011

Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social. “Marco de Planificación para Pueblos Indígenas. Proyecto de Inversión en Formación Profesional Continua y Empleo”. Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social 2006

Menéndez, E (2002) *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Ediciones Bellaterra, Barcelona.

Menéndez, E (1988) “Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria”, *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud*, pp 451- 464. Buenos Aires.

Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. Informe Corte Suprema de Justicia, 2007. Documento Inédito.

Ministerio de Salud de la Nación. Encuesta de Condiciones de Salud materno infantil de los pueblos originarios (EMIPO). Buenos Aires: MSAL, 2007.

Ramírez Hita S. La contribución del método etnográfico al registro del dato epidemiológico: epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. *Salud colectiva 2009*; 5(1): 63-85

UNICEF (2011) *Los niños, niñas y adolescentes indígenas de Argentina: diagnóstico socioeducativo basado en la ECPI*. UNICEF, Buenos Aires.

* Conferencia en el marco del Primer Congreso Internacional de Derecho Constitucional Indígena. 19 y 20 de abril de 2012, Chaco, Argentina