

VI Jornadas Nacionales de Investigación social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del Niño y las Prácticas sociales “Oportunidades”. Universidad del Sur, Bahía Blanca, 2008.

“Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión”.

SY, A. y REMORINI, C.

Cita:

SY, A. y REMORINI, C. (Septiembre, 2008). *“Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión”*. VI Jornadas Nacionales de Investigación social sobre la Infancia, la adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del Niño y las Prácticas sociales “Oportunidades”. Universidad del Sur, Bahía Blanca.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/carolina.remorini/12>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pzQ0/hKa>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

VI Jornadas Nacionales de Investigación social sobre *la Infancia, la adolescencia, la Convención Internacional de Derechos del Niño y las Prácticas sociales*

Oportunidades

Universidad Nacional del Sur 18 al 20 de Septiembre del 2008

Mesa: Infancia: salud y desafíos

Hacia un abordaje integral e intercultural de la salud de los niños Mbya. Contribuciones de la investigación etnográfica y desafíos para la gestión pública.

Anahi Sy anahisy@yahoo.com.ar

Carolina Remorini cremorini@yahoo.com.ar

Facultad de Ciencias Naturales y Museo. Universidad Nacional de La Plata

1. Introducción

Numerosos instrumentos nacionales e internacionales destacan la salud como un Derecho y plantean las situaciones de discriminación en que se encuentran algunos sectores de la población por no acceder a servicios de salud de calidad y adecuados a sus características particulares, sean éstas étnicas, etarias, de género, socioeconómicas u otras. La situación sanitaria de los niños indígenas de Argentina no escapa a estas consideraciones.

En Argentina, según la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI 2004-2005) el porcentaje de la población que se reconoce perteneciente y/o descendiente en primera generación de diferentes pueblos indígenas alcanzaría entre el 4 y el 5% de la población total de Argentina. Si consideramos las personas que viven en sus comunidades de origen y/o mantienen lazos permanentes con ellas y continúan con prácticas culturales asociados a ese estilo de vida, este porcentaje se reduce considerablemente. Si bien en la actualidad muchos individuos y familias indígenas viven en las ciudades, integrados a diferentes tipos de asentamientos, la amplia mayoría continúa viviendo en zonas rurales. Esta situación constituye uno de los factores que dificultan la accesibilidad a prestaciones de salud de diferente grado de complejidad.

Al respecto, la observación de las características que asume la atención brindada en los servicios de salud próximos a estas comunidades rurales indígenas y la revisión de los programas del Estado orientados a brindar cobertura a la población aborigen, permiten visualizar algunas situaciones que afectan la posibilidad de gozar del derecho a la salud. Entre ellos, la homogenización de la población objetivo, la utilización de estrategias que no resultan culturalmente adecuadas, la escasa formación del personal sanitario para trabajar con población indígena, las dificultades para la comunicación y mutua comprensión y la localización de los servicios de salud. Por lo tanto, el derecho a recibir una atención de calidad y culturalmente aceptable, si bien es reconocida desde lo discursivo, en la formulación de diferentes políticas y programas de salud destinados a población aborigen, sigue siendo una meta aún no alcanzada.

En esta presentación nos proponemos aportar a la reflexión y discusión en torno a estos temas a partir de nuestra experiencia de investigación etnográfica en dos comunidades *Mbya Guaraní* (*Ka'aguy Poty* e *Yvy Pytã*) localizadas en la Provincia de Misiones.

2. Las comunidades Mbya

En la actualidad los *Mbya*, junto con los *Kayova* y los *Ñandeva* son las etnias o parcialidades que representan la mayor población Guaraní de América del Sur. Según estimaciones recientes (Assis y Garlet, 2004) el número total de personas que reúnen estas tres parcialidades en Brasil, Paraguay y Argentina ascendería a 65.000, de los cuales 19.200 es la población estimada para los *Mbya*. La presencia *Mbya* en el territorio de la provincia de Misiones es relativamente reciente, data de fines del siglo XIX y principios del XX (Bartolomé, 1978; Gorosito Kramer, 1982; Garlet, 1997). De acuerdo con fuentes oficiales, existen en la Provincia de Misiones 3.975 personas que se reconocen miembros del Pueblo *Mbya* (ECPI 2004-2005).

Las comunidades (*teko'á*) *Mbya* en las que trabajamos - *Ka'aguy Poty* e *Yvy Pytã* - se asientan en parte de las tierras declaradas Reserva Privada "Valle del Arroyo Cuña-Pirú" de la Universidad Nacional de La Plata ubicada en el centro-oeste de la provincia de Misiones. La Reserva es atravesada en su parte norte por la Ruta Provincial N° 7 que conecta estos asentamientos con localidades vecinas (Aristóbulo del Valle, Jardín América, Ruiz de Montoya) y con otras comunidades *Mbya* que se localizan en el área del valle del arroyo Cuña Piru I y II.

Respecto de la composición de la población, según un censo realizado por nosotros en mayo de 2003, ambas comunidades registran un total de 280 personas. Estas cifras pueden ser diferentes de las actuales debido al constante desplazamiento de individuos y familias entre diversos asentamientos como parte de sus estrategias de vida, más allá de las variaciones por defunciones y nacimientos. Demográficamente, se trata de una población "joven", ya que existe una mayor proporción de individuos entre 0-14 años de edad (54%), como suele ocurrir en la mayoría de las poblaciones indígenas, caracterizadas por una elevada natalidad y por un breve intervalo

entre nacimientos. Luego los porcentajes disminuyen y sólo el 6% de la población total supera los 60 años. Respecto de la distribución por sexo, encontramos un predominio de los hombres (56,07 % de la población es masculina y el 43,92 % son mujeres).

Los miembros de estas comunidades utilizan la lengua Mbya en sus intercambios cotidianos, aunque la mayoría de los hombres y mujeres adultos jóvenes y los niños en edad escolar hablan el español con diverso grado de competencia. El uso del español es menor en el caso de los ancianos.

Si bien estas comunidades registran un alto índice de nacimientos, las condiciones sanitarias, las modificaciones en la dieta y las enfermedades infecto-contagiosas afectan principalmente a la población infantil lo que resulta en altos índices de morbi-mortalidad infantil y baja expectativa de vida. Al respecto, se observa la recurrencia de ciertas patologías, en su mayoría enfermedades respiratorias, infectocontagiosas como tuberculosis, neumonía, gastrointestinales, como las enteroparasitosis y numerosas patologías asociadas a estas (diarrea, desnutrición y anemia, entre otras.)

Las estrategias de subsistencia actuales de los miembros de estas comunidades combinan actividades que podríamos llamar “tradicionales” - horticultura, caza, pesca y recolección en las “chacras” (huertos) y en el “monte” (selva)- con otras “nuevas”, producto de la relación con diversos sectores de la sociedad nacional. En la actualidad, el trabajo asalariado temporario en “colonias” dedicadas a la producción de yerba mate, té, tabaco, y tung contribuye a la subsistencia de la mayoría de las unidades domésticas. Asimismo, se ha incrementado en los últimos tres años la recolección y comercialización de recursos vegetales terapéuticos a demanda de establecimientos fraccionadores de plantas medicinales que destinan estos productos al mercado nacional. El dinero obtenido a través de ambos tipos de actividad les permite adquirir alimentos de origen industrial, ropa, calzado y otros bienes en las localidades más cercanas. La posibilidad de obtener alimentos elaborados industrialmente con mayor frecuencia ha conducido a una menor dedicación a las actividades tradicionales de obtención de alimentos y consecuentemente, ha introducido importantes cambios en la dieta, afectando la salud y estado nutricional de adultos y niños.

3. Metodología

La información presentada en este trabajo proviene de investigaciones realizadas en el marco de los trabajos de tesis doctoral de las autoras¹. Uno, basado en la aplicación de la metodología del estudio de casos para el relevamiento de episodios de enfermedades gastrointestinales recientes o en curso. Para ello se realizaron entrevistas semi-estructuradas a quienes habían

¹ Sy, Anahi. 2008. *Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbya Guaraní de la Provincia de Misiones. Aporte de la metodología de casos a la investigación Etnográfica de los procesos de salud-enfermedad.* Carrera de Doctorado en Ciencias Naturales. UNLP.

Remorini, Carolina. 2008. *Aporte a la Caracterización Etnográfica de los Procesos de Salud- Enfermedad en las Primeras Etapas del Ciclo Vital, en Comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina.* Carrera de Doctorado en Ciencias Naturales. UNLP.

intervenido en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad y observaciones de escenas concernientes a la preparación de recursos medicinales y recorridos en la búsqueda de recursos vegetales utilizados en los tratamientos. Asimismo, se realizaron observaciones en el ámbito de diferentes centros de salud a los que la población recurre en busca de tratamiento y se relevaron los registros de consultas médicas².

El otro estudio estuvo centrado en la caracterización de las representaciones y prácticas en torno al crecimiento y desarrollo y la salud en la infancia. Para ello se utilizaron en forma combinada y complementaria técnicas observacionales y de entrevista. Con respecto a las primeras, se realizaron observaciones - sistemática y participante- de las actividades cotidianas de los miembros de diferentes hogares con el propósito de delimitar y caracterizar escenas relevantes a la crianza y al cuidado de la salud e identificar los diferentes agentes que intervienen en la prevención y tratamiento de enfermedades frecuentes en los niños entre 0 y 2 años, según diferentes circunstancias. Con respecto a las entrevistas, se realizaron a los cuidadores de los niños y a personas reconocidas como “expertos locales” en los dominios terapéutico y religioso, para acceder a las representaciones que fundamentan las prácticas registradas mediante la observación y a las concepciones y vivencias en torno a la salud y enfermedad de los niños pequeños³.

El análisis de los datos provenientes de ambas aproximaciones nos permitió acceder a diferentes aspectos de la vida diaria, especialmente vinculados al cuidado de la salud de los niños, desde una perspectiva holística e integradora. La diversidad de estrategias técnico-metodológicas aplicadas y el cruce de los datos obtenidos nos permiten acceder a diferentes aspectos del proceso de búsqueda de la salud que de otro modo habrían permanecido opacos a la comprensión del fenómeno que nos proponemos analizar.

4. Un escenario de pluralismo terapéutico

En las comunidades existe una diversidad de actores sociales que intervienen ante la enfermedad de cualquiera de sus miembros y, sobre todo, cuando se trata de la salud de un niño. En este sentido, podríamos distinguir las siguientes alternativas:

- **Medicina Doméstica** (M.D.): cuando las acciones frente a la enfermedad ocurren en el hogar y están fundadas en conocimientos y recursos que provee un pariente del niño o de sus padres.
- **Medicina Tradicional** (M.T.): cuando el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad ocurre en el ámbito de la comunidad, interviniendo expertos locales - *Pai* u *Opyguã* o bien *Karai* o *Kuña Karai poro poño va é-*.

² Fichas de consulta, historias clínicas de internación y documentación resultante de campañas sanitarias y de vacunación, para el período de marzo a abril de 2003.

³ En ambos casos, la información analizada aquí proviene de los trabajos de campo realizados por las autoras entre 2001 y 2003

- **Medicina Oficial (M.O.):** cuando el diagnóstico y/o tratamiento de la enfermedad lo realizan agentes oficiales de salud.

Respecto de la primera, una amplia gama de enfermedades que padecen los niños pueden ser diagnosticadas y curadas en el ámbito doméstico, en el seno de la red social inmediata del niño, principalmente su madre, su padre u otros adultos con quienes comparten la vivienda. Según un informante *“los que tienen familia tienen que saber”*, es decir, para algunos padres es indispensable poseer algún conocimiento aunque sea mínimo de las enfermedades que “agarran” frecuentemente a los niños, y de los recursos más eficaces para tratarlas. En general son las madres quienes perciben y detallan una amplia gama de síntomas y eventuales causas que conducen a un diagnóstico presuntivo o más firme. Y suelen ser los padres del niño quienes intervienen más activamente en la búsqueda del recurso terapéutico, en especial si éste se encuentra en sectores alejados de las viviendas o en el monte. La intervención de uno u otro en la búsqueda y administración de los remedios depende del tipo de enfermedad que padece el niño y de la trayectoria y experiencia previa del adulto, tanto en relación a sus conocimientos sobre las enfermedades, como en el manejo de los “yuyos” u otros tipos de recursos terapéuticos (Sy, 2007).

Durante las entrevistas algunos padres afirmaron “saber más” y otros expresaron “no saber nada” acerca de cómo actuar frente a un problema de enfermedad. Los que dijeron “no saber” remitían siempre a los ancianos, *“los abuelos”* para que sean ellos quienes contesten nuestras preguntas, aludiendo que las generaciones nuevas *“no se interesan por aprender como antes”*, siendo respuestas frecuentes *“ahora vamos todos al hospital”*. No obstante, nuestras observaciones de la vida cotidiana nos muestran que esto no es así en todos los casos. Si bien en numerosas situaciones los padres jóvenes optan en primer lugar por acudir a los centros de salud, son también numerosas las ocasiones en las que hemos registrado su actuación en diversas instancias del proceso de atención y de restitución de la salud del niño. Es decir, algunos jóvenes minimizan sus conocimientos terapéuticos y resaltan los de los “mayores”, marcando un contraste entre el actual estilo de vida y el de *“los antiguos”*, señalando además como un factor clave para esta distinción el acceso a educación formal, e incluso, la formación en instituciones sanitarias.

Los llamados “expertos locales”, son designados genéricamente en lengua *Mbya* como *Karai* o *Kuña Karai* (hombres y mujeres respectivamente), si bien este término presenta múltiples significados⁴. Se alude con este término a aquellas personas adultas mayores que gozan de prestigio y reconocimiento por parte de todos los miembros de su comunidad, en virtud de conocimientos que incluyen el manejo, no sólo de los remedios del monte (*poã*), sino también de las oraciones y cantos que acompañan algunos tipos de tratamiento. Algunos de estos *Karai*, son designados *poro poãno va'é*, expresión que alude genéricamente a su habilidad para curar “con remedio de yuyo”, es decir, preparando y administrando recursos terapéuticos vegetales (Martínez, M.R. et

⁴ Sobre el alcance de este término según diversos contextos ver Cadogan (1992 y 1997), Martínez et al (2002 y 2006); Remorini (2005 y 2006).

al, 2002). Otros **Karai** llegan a ser reconocidos como líderes religiosos, esto es, como Pai u **Opygua**. En estos casos se trata de personas que desde muy jóvenes muestran una orientación hacia lo religioso y el aprendizaje de saberes y prácticas terapéuticas. Lo que distingue y otorga el estatus de líder religioso al **Pai** u **Opygua** es el “llamado” o vocación que recibe de los dioses. En virtud de sus facultades extraordinarias sólo ellos pueden dirigir las ceremonias vinculadas con el ciclo anual de actividades y el ciclo de vida individual (Teves, et al, 1997; Martínez, et al, 2002; Remorini, 2006).

Con relación a la medicina oficial, observamos que uno de los centros de salud a los que recurre la población con mayor frecuencia es la Unidad Sanitaria Aristóbulo del Valle (US.AV.), que cuenta con plantel médico, odontológico y bioquímico y servicio de internación. El mismo se encuentra a aproximadamente 14 km. de ambas comunidades. También se recurre, aunque con menor frecuencia, al Hospital de Jardín América (distante 40 km. de Aristóbulo del Valle), establecimiento con servicios de mayor complejidad. Otras alternativas son los hospitales de Oberá y Posadas, localizados a mayor distancia de las comunidades (58 km y 147 km. respectivamente). Si bien el último de ellos es el más distante presenta la ventaja de estar próximo a la Dirección de Asuntos Guaraníes, organismo gubernamental que ofrece a alojamiento para los miembros de comunidades aborígenes.

En la comunidad de *Ka'aguy Poty* también encontramos un Puesto Sanitario, actualmente sin actividad. En el año 1998, contaba con una enfermera, que atendía las consultas de menor complejidad. Esta, junto a un agente sanitario aborigen de cada comunidad, estaban a cargo de distribuir la leche del Plan Materno Infantil de la Provincia. Estos agentes sanitarios fueron designados a partir de un programa de entrenamiento de agentes sanitarios aborígenes, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Misiones. Sus tareas básicas como “facilitador intercultural” (según se expresa en el Programa ANAHI 2000-2004) incluyen la distribución de ciertos medicamentos, bajo la supervisión de un médico, el registro y distribución de leche en polvo otorgadas por el gobierno provincial a mujeres embarazadas y con niños menores de dos años. En estos casos, debe realizar control de peso y estado de salud del niño o la mujer.

Las acciones que se realizaba desde la Unidad Sanitaria, incluían a la población de las dos comunidades estudiadas y a la comunidad de *Ka'a-Kupe*, próxima a éstas. Este ámbito también era visitado, esporádicamente, por un médico (proveniente de la Unidad Sanitaria de Aristóbulo del Valle) que realizaba Atención Primaria de la Salud (APS). Los registros más antiguos de tal actividad corresponden al año 1993 y llegan hasta el año 2000, cuando el puesto de salud deja de funcionar. Actualmente, la entrega de leche depende exclusivamente de que el Agente Sanitario se acerque al hospital a retirarla (Sy, 2008). Asimismo, observamos que su rol en atención primaria se ha debilitado, ya que ha desaparecido el ámbito institucional en el cual desarrollaba su actividad. Por otra parte, si bien los agentes sanitarios fueron formados con el fin de actuar como intermediarios entre personal médico y la comunidad, vemos que sus actividades resultan afectadas por la inestabilidad de las políticas y programas de salud en los cuales se inscribe su labor. Esto hace

que su rol hoy esté cuestionado y en muchas ocasiones no cuente con el reconocimiento de los miembros de la comunidad como un referente al momento de tomar decisiones sobre la salud.

De este modo, si bien en ciertas ocasiones a nivel discursivo suele marcarse un contraste entre la medicina *Mbya* -o “medicina natural” como la llaman algunos- y la medicina de los *jurua*, en las situaciones concretas de enfermedad podemos ver la apelación exclusiva, combinada o alternativa a cada una de ellas, en función de un conjunto de factores. En este sentido, presentar el comportamiento frente a la enfermedad en términos de una dicotomía conocimiento tradicional/biomédico o indígena/no indígena sería una simplificación de los criterios de decisión que utilizan los Mbya diariamente para resolver sus problemas de enfermedad y los de sus hijos.

5. La Atención Primaria de la Salud en el ámbito de las comunidades

Al analizar los registros de consultas médicas de los centros de salud observamos que la mayoría de los pobladores recurre a la biomedicina cuando un médico visita la comunidad⁵. Al respecto, el menor registro de consultas en los centros de salud podría atribuirse a que muchas veces la gente de las comunidades Mbya llega al hospital cuando los médicos están finalizando su tarea asistencial, en ocasiones, mucho antes del horario que está previsto desde la institución. Un agente de salud explica: “*los paisanos llegan a las 11.30 [AM], cuando ya los médicos se están yendo, y les atienden ahí nomás, sin registrar nada*”. Al respecto la disponibilidad de los médicos en el Centro de Salud y la posibilidad de conseguir turno en diferentes bandas horarias (en especial en horario vespertino) son dos aspectos que afectan el acceso a la consulta con el profesional.

En este sentido, en los servicios públicos en general –sean centros de atención primaria u hospitales- prevalece la idea que la gente tiene que asistir temprano por la mañana si desea ser atendida. Esta restricción pone de manifiesto la falta de consideración de las dificultades que pueden tener las personas para acudir al centro de salud antes de las 7 u 8 AM para poder obtener turnos. De este modo, son frecuentes las ocasiones en las que la gente debe regresar a la comunidad sin haber sido atendida y deben volver al día siguiente, o más frecuentemente, evaluar otra alternativa de tratamiento.

En relación con ello, cuando algún profesional –con frecuencia perteneciente a la Dirección Provincial de Asuntos Guaraníes o instituciones como la US.AV. y al H.JA.- visita a las comunidades, se registra un elevado número de consultas, ya que la gente aprovecha la presencia del médico para consultar por alguna patología o para realizarse un control. En este sentido se hace evidente la relevancia de la accesibilidad física como criterio fundamental en la elección de la Medicina Oficial. Al respecto, hemos observado que en estas

⁵ De un total de 163 registros (período marzo-julio de 2003), el 80.4% ocurren en la comunidad, cuando se realiza APS en dicho ámbito. El 19.6% restante acude a instituciones de salud oficial -US.AV. (10,4%), H.JA. (8.6%) y US.RM. (0.6%)-. Entre los servicios utilizados, el mayor porcentaje corresponde a la guardia clínica (53.1%).

ocasiones se realizan consultas por problemas de salud que habitualmente son tratados apelando a recursos tradicionales, debido en parte a las dificultades (inversión de tiempo y dinero) asociadas al traslado a Centros de Salud u hospitales (Sy, A. 2008)

Las actividades de atención primaria de la salud (APS) que registramos en el ámbito de las comunidades eran realizadas por profesionales que visitan un día a cada comunidad y con la ayuda de los agentes sanitarios aborígenes convocan a la población. Instalado en la escuela, el médico atiende las consultas y realiza control de peso a los niños. En general dispone de medicamentos para los problemas más comunes (antibióticos, antifebriles, antiparasitarios, analgésicos) y de bolsas de alimentos que se entregan a las familias cuando se detecta algún niño con bajo peso.

Durante el tiempo que realizamos trabajo de campo estas actividades no tenían un carácter sistemático que permitiera prever la disponibilidad de este recurso para la atención de la salud. La mayoría solían darse en el marco de campañas de vacunación, por una gestión del cacique o del agente sanitario o en momentos próximos a campañas electorales. Al respecto, la percepción general que los pobladores tienen de éstas es que están motivadas por intereses que van más allá de la atención a la salud de los niños de las comunidades.

Al respecto, durante abril de 2003 –período que coincidió con uno de nuestros trabajos de campo- fallecieron 3 niños por desnutrición en la comunidad Fortín Mborore, una de las más numerosas de toda la provincia. Luego fallece otro niño, por la misma causa, en la comunidad Sirí, Colonia Delicia. Esta situación llegó rápidamente a los medios de prensa locales y nacionales, que además publicaron otra noticia en la que se afirmaba que otros 10 niños se encontraban internados en "grado 3" –estado considerado casi irreversible- y 20 familias estaban en riesgo con desnutrición en grado 1 y 2. Las razones de esta situación se atribuían a una alimentación deficitaria y poco variada, rica en carbohidratos. En mayo de 2003 ya se habían detectado unos 20 niños en situación de riesgo, aunque sólo se contabilizaba a los que concurrían a los controles médicos (López y Aramendy, 2004)⁶.

La difusión masiva de estos hechos, coincidiendo con momentos electorales, dio origen a una gran movilización de recursos asistenciales hacia las comunidades Mbya, acercándose médicos provenientes de diferentes instituciones, para realizar controles de peso, talla y entregar bolsones de alimentos para aquellas familias en las que se detectaba niños de bajo peso.

5.1 Ir al hospital

⁶ Sobre estos hechos, el diario provincial "El Territorio" realiza una lectura de la situación en la que culpabiliza a los mismos pobladores de Fortín Mbororé, haciendo referencia a una falta de "visión política" de los Pueblos Originarios, señalando que el problema radica en la incomunicación entre las comunidades como un "fenómeno que obedece a una cuestión geográfica pero sobre todo cultural"

www.listserver.com.ar/pipermail/ant-arg/2003-May/001807.html ant-arg:Guaraníes-Misiones

Contacto NAYa en naya.org.ar Jue Mayo 29 ART

En términos generales observamos que ante la enfermedad de un niño intervienen, alternativamente, diferentes miembros del hogar y expertos locales, según el tipo de enfermedad y el tipo de recursos terapéuticos necesarios para curarla. Es así que para muchas dolencias no tiene sentido considerar los tratamientos “locales” en forma independiente de los tratamientos biomédicos. Por el contrario, existe una continuidad dada por decisiones que articulan la percepción de signos y síntomas, sobre la gravedad de la enfermedad, la eficacia o ineficacia de tratamientos previos y la disponibilidad del recurso. La decisión de “ir al hospital” ocurre cuando los cuidados y tratamientos que se proveen en el ámbito doméstico no logran los efectos esperados o cuando se evalúa que la recuperación de la salud es más rápida utilizando medicamentos de patente que los remedios tradicionales (*poã*). Asociado a esto último, cuando se considera que el estado del niño es grave o puede agravarse y ya se ha apelado a la consulta al *Opyguã* para determinar que no es una enfermedad “*del espíritu*”, se movilizan una serie de recursos para llevar al niño a la consulta en el pueblo.

En estos casos, las madres jóvenes (20-30 años) son quienes con mayor frecuencia deciden recurrir al hospital. El uso que hacen de la biomedicina es mayor que en el caso de los ancianos, en especial, cuando se trata de enfermedades que pueden solucionarse apelando a la medicina de los “*jurua*”. La consulta al hospital la realizan las mujeres, llevando a sus hijos enfermos y acompañando al niño durante su internación, cuando ello ocurre. En este último caso los hombres permanecen en el hogar, cuidando de los otros hijos con la colaboración de sus madres, suegras y/o hijas mayores. Cuando los niños deben quedar internados varios días, estas últimas son también quienes van al hospital a colaborar con las mujeres, a llevarles alimentos o simplemente hacerles compañía durante algunas horas, si pueden afrontar los costos del viaje (Remorini, C. 2004 y 2006).

“... mi señora le llevo en el hospital [¿y usted iba a verlo o se quedaba acá?] no, no me fui nada ... aparte yo tengo esperanza que se vaya en el hospital, que sane bien y que venga ... tengo esperanza de Dios, entonces me quedo trabajando en mi casa” (RB. hombre de 36 años, Yvy Pytã, 2003)

Asimismo, en los últimos años ha habido un aumento de la consulta de mujeres jóvenes a centros de salud para control del embarazo y para ser atendidas durante el parto. No obstante, muchas mujeres jóvenes admiten no asistir a la consulta si deben ser atendidas por un hombre, aludiendo “vergüenza” al ser revisadas y esperan hasta ser atendidas por una ginecóloga. Ello conduce a que las mujeres no asistan a todos los controles recomendados por los médicos y agentes sanitarios.

Los argumentos a favor del parto en el hospital es que “es más seguro” para la mujer frente a la posibilidad de hemorragias severas, se aplica anestesia y/o calmantes, la recuperación de la mujer es más rápida y se realiza control de peso y se administran las vacunas obligatorias al niño. Asimismo, muchos Mbya justifican su elección por el hospital señalando que hay pocas ancianas en la comunidad que “*anden todavía para eso*”, es decir, que intervengan asistiendo en el parto.

Es necesario tener en cuenta que en estas comunidades no existen vehículos particulares, por lo tanto, si una mujer comienza a sentir dolores de parto durante la madrugada, lo más probable es que de a luz allí, debido a la imposibilidad de acceder a transporte público a esa hora. Resulta interesante que la decisión de recurrir al hospital no necesariamente depende de la posibilidad de contar con la asistencia de una *kuña karai*. Por ejemplo R.C, Z.C e I.C, cuyas abuelas son reconocidas como “parteras” experimentadas, decidieron asistir al hospital ante el nacimiento de todos sus hijos. Al preguntar sobre los motivos, RC expresó:

“(Y de tus nenes, cuántos nacieron en hospital?) todos nacieron en hospital (...) nunca, nunca en mi casa, tengo miedo de tener (...) bueno a veces , ahora hay pocas parteras y puede ser peligroso porque a veces viene mal, o te puede pasar cualquier cosa, o a veces no nace normal, porque muchos pasaron que murieron al nacer (Hay parteras acá todavía?) si, mi abuela es partera (todavía trabaja?) si, si trabaja a veces (Y de tus hermanas, alguna tuvo hijos acá en la aldea?) no, la esposa de GC (CUÑADA DE RC) si... uno solo en aldea (Y por qué ése lo tuvo en la aldea?) bueno porque tarde ya, era tarde, cerca de la noche, no podía ir (AL HOSPITAL) ... a veces si el bebé viene mal, no se puede hacer nada en la comunidad (...) guaymi i piensan que las mujeres van al hospital y no quieren tener en la aldea (y por ejemplo, tu mamá qué piensa? Está de acuerdo?) si, está de acuerdo porque... mi mamá antes tuvieron una bebé en casa y no sé qué pasó, casi murieron por eso mi mama se fueron siempre a hospital (vos naciste en hospital?) si bueno yo vi uno que murió porque tardó mucho, llevaron al hospital pero ya era tarde cuando llevaron casi murió mi mamá ... sólo bebe murió, una nenita... a medianoche avisaron a la partera (...)” (R.C, mujer, 30 años, Ka’aguy Poty, 2003).

En la cita, se hace evidente el temor que resulta de experiencias previas de partos en la comunidad, con dificultades que terminan en el fallecimiento del niño y/o complicaciones en la salud de la madre. Tales argumentos justifican la necesidad de prevenir estos hechos, recurriendo al hospital al momento del parto.

Aún registrando en la actualidad un mayor uso de los servicios de salud biomédicos, cuando los aborígenes acuden allí se enfrentan con una serie de dificultades vinculadas a la interacción con el personal, desde los administrativos –con quienes tienen el primer contacto- hasta los profesionales. El desconocimiento de los procedimientos necesarios para obtener turno, la indiferencia del personal y las dificultades de algunos *Mbya* para hablar español y para leer lo que se anuncia en los carteles, hacen que tal vez pasen todo el día en la institución “esperando” y no logren ser atendidos por el profesional. Por las mismas razones es frecuente que asistan en un horario en los que ya no se otorgan más turnos o en el que el profesional ya se ha retirado. Los agentes sanitarios aborígenes perciben claramente las dificultades que atraviesan sus “paisanos” en los hospitales pero es poco frecuente que los acompañen a la consulta, sólo lo hacen en situaciones excepcionales, ya que muchas veces no cuentan con recursos para el traslado y, según algunos, esto “excede” sus tareas.

Entre las instituciones de salud a las que asisten más frecuentemente los miembros de estas comunidades, la US.AV. y el H.JA. son preferibles en términos de proximidad física al centro de salud y/o a la parada del colectivo con el que se trasladan desde las comunidades. En el caso del H.JA. se añade la existencia de profesionales que son conocidos por los miembros de las comunidades y la posibilidad de disponer de ciertos servicios gratuitos que no tiene la US.AV.

Al respecto, hemos observado que el vínculo con el profesional es un factor que interviene positivamente en la decisión de acudir a un determinado centro de salud:

“[y tus otros hijos por qué nacieron en hospital?] bueno, porque quisimos llevar nomás, pero si queríamos que naciera en aldea también se podía porque había parteras [y por qué quisieron llevar al hospital?] bueno, teníamos posibilidad de llevar, había un médico que estaba a cargo de las comunidades, muchas mujeres eran pacientes, no sólo mi señora... ella no tiene miedo, pero hay mujeres que no le gusta ir al hospital (...)” (F.R, hombre, 30 años, Yvy Pytã, 2003).

Otra situación que afecta la percepción de los indígenas sobre la atención que reciben en los hospitales y sobre su relación con el médico se asocia con las expectativas que los Mbya plantean respecto al diagnóstico del problema de salud. En primer lugar se plantea la cuestión del examen físico, es decir, nuestros informantes señalan que raramente el médico *“te revisa”* y que se guían fundamentalmente por las respuestas del paciente. La población de las comunidades atribuye el no ser examinado a la evitación del médico de entrar en contacto físico con el enfermo, a una actitud prejuiciosa del médico.

“ellos no revisaban ... preguntaba que es lo que sentía en el cuerpo, así, porque si es el médico mismo tendría que revisar”

“si vos no contás a él [al médico] vos no vas a saber, yo me doy cuenta que estoy enfermo y tengo problemas, ellos tienen que saber, como doctor, como enfermero, como profesional, ellos tendrían que decir, y al final me preguntan a mi, qué yo tengo, dónde me duele, entonces, entonces, no se. Para eso ellos tienen máquina, todo, para saber qué es (...) eso ellos no te hacen porque vos, vos ves, si el ve que yo soy un pobre que no voy a poder pagar, entonces no hacen eso, lo hacen a esos que tienen plata, que pagan eso” (P.D., hombre 36 años, Ka'aguy Poty).

Cuando no existe un examen clínico, no se *“revisa”* al paciente y/o no se hace ningún tipo de análisis complementario (radiografía o pruebas bioquímicas) la consulta al médico aparece, en el discurso de los entrevistados, como carente de valor, confirmando lo que ya el mismo paciente conocía o sospechaba que padecía su hijo. Es decir, que el único valor de la consulta es la confirmación del diagnóstico inicial. En este sentido, entre las expectativas de la población aborigen sobre los diagnósticos y tratamientos biomédicos figura la importancia de la utilización de la tecnología inexistente en las comunidades así como técnicas diagnósticas propias de la *“medicina de los jurua”*. Así, cuando el médico no *“agrega”* nada nuevo a lo que ya conocía el paciente, se considera ineficaz su intervención.

Otra cuestión se vincula a la diferente evaluación que hacen médicos y pacientes de la “mejoría” del estado de salud, que desde la perspectiva de estos últimos justifica la salida del hospital, o como se señala en las historias clínicas, el “alta voluntaria”. Con frecuencia los médicos señalan “*donde se empiezan a sentir mejor se van*” considerando esta conducta inadecuada. En las historias clínicas quedan registradas estas situaciones como “alta voluntaria (se retira del hospital contra la indicación médica)”, o bien “*los padres insisten en retirar al bebé*”, consignándose la fecha y hora de salida y, cuando se trata de niños, la firma de la persona responsable.

Los problemas de comunicación se evidencian también en la forma en que los pacientes interpretan el diagnóstico hecho por el médico. Así por ejemplo, en ocasión de una visita médica a la comunidad de *Ka’aguy Poty*, A.R. lleva a 6 de sus 7 hijos. De acuerdo al registro llevado por el profesional médico 4 de ellos padecen anemia y 1 presenta un cuadro de fiebre. Luego de haber regresado de la consulta, entrevistamos a A.R. para indagar en cómo había transcurrido la consulta y cuál era el diagnóstico dado por el médico. Su respuesta fue:

“están todos bien, están todos sanos...si, en ese momento, solo él que estaba medio, medio desanimado, era el gurisito ... no se qué era, dice (se refiere al médico) que faltaba sangre, que estaba... no sé... lo único que dijo que tiene algo de la sangre, flaco ... pero yo no sabía qué hacer, tampoco nadie me había explicado, pero me dieron un remedio, me dieron para un mes ... tengo por ahí [entra en su casa y sale con el remedio: sulfato ferroso] yo veía que tenía que estar medio mal porque no comía, muy poco, no tenía ánimo ni para caminar así bien lejos, siempre sentado ... no podía correr ni nada, no podía comer, ahora anda mejor, pero si es que no mejoraba yo le hubiera llevado al hospital, le hubiera llevado al hospital de Posadas para hacer análisis bien ...” (AB, 36 años, ka’aguy Poty, 2003).

Esta situación muestra que, si bien 4 de los niños obtienen el mismo diagnóstico, de acuerdo con el relato de su madre sólo uno de ellos recibe el sulfato ferroso, pero desconoce las razones. Desde su perspectiva, se haya indicado o no el mismo tratamiento para todos, sólo uno de sus hijos está enfermo, aquel que para ella tiene signos visibles de la enfermedad. El diagnóstico del médico (anemia) es interpretado, inmediatamente, en el marco de la variedad de enfermedades que ella conoce, y realiza una correspondencia con una dolencia conocida como “falta de sangre” o “sangre débil”, cuyos síntomas se corresponden con el de la anemia. Como hay casos en los que la anemia es asintomática, las madres suelen no considerar que los niños tienen este problema. Por ello se torna sumamente importante la calidad y la claridad de las explicaciones de los profesionales para que las madres u otros cuidadores de los niños puedan reconocer los síntomas tempranamente y asistir a la consulta.

En relación a ello, la anemia en estas comunidades suele estar asociada a otras patologías de alta prevalencia como las enteroparasitosis, diarrea, malnutrición y desnutrición. La anemia por deficiencia de hierro se encuentra entre las enfermedades nutricionales más frecuentes en los registros médicos. Éstos la llaman “desnutrición oculta”, por la ausencia de síntomas tangibles en

quien la padece (Sy, 2008). La relación entre infecciones por geohelminthos⁷, malnutrición y anemia ha sido mostrada en numerosas investigaciones (Stephenson, et.al. 1989; Brooker et.al, 1999; Wilson et.al., 1999; Atukorala y Lanero, 1999; Moore, et.al., 2001). En ambas comunidades, investigaciones sobre la relación entre parasitosis y estado nutricional, desarrolladas por miembros de nuestro equipo⁸ ponen de manifiesto su relevancia sanitaria, por las consecuencias en el crecimiento y desarrollo infantil, y su asociación con otras patologías infecciosas y con la anemia. Esto hace necesario la revisión de las estrategias de comunicación entre el personal de salud y la comunidad, a fin de lograr una mejor comprensión de la problemática y prevenir estas patologías.

6. El derecho a la salud y las políticas públicas destinadas a pueblos originarios

El 16 de diciembre de 1966, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) en el que se garantiza expresamente el derecho a la salud como un derecho fundamental. El mismo se puso en vigencia a partir de 1976 y Argentina lo ratificó en 1986. En su artículo 12, el PIDESC establece que los Estados deben reconocer el derecho de todas las personas al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Para ello se deben tomar las medidas necesarias para asegurar su efectividad. Entre las obligaciones que asumió el Estado argentino al ratificar el PIDESC se encuentran la de prevenir y tratar las enfermedades y luchar contra ellas. A su vez debe crear las condiciones que aseguren a todos los habitantes del país la asistencia médica.

En la reforma de 1994 fueron incorporados a la sección sustantiva de la Constitución tratados internacionales de derechos humanos que se transformaron en obligaciones para el Estado argentino.

Para garantizar el derecho a la salud el Estado debe cumplir con al menos tres cláusulas: disponibilidad, calidad y accesibilidad. Entender a la salud como un derecho positivo implica que el Estado interviene activa y sustantivamente para asegurar a toda la población, no sólo la promoción y protección de la salud, sino el derecho a la atención de la enfermedad, en forma igualitaria en cantidad y calidad independientemente de la situación social, económica y cultural.

En el caso particular de los Pueblos Originarios, ya en el proyecto de Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en su 36ª sesión (26 de agosto de 1994), en los artículos 23 y 24 se contemplaba:

Artículo 23

⁷ En el caso de las uncinarias, se adhieren fuertemente a la mucosa del intestino delgado succionando sangre y produciendo abundantes lesiones, lo que produce anemia por pérdida de sangre. Las helmintiasis también se asocian con carencias nutricionales, especialmente de hierro y vitamina A.

⁸ Desde 1999 un equipo de la UNLP realiza investigaciones interdisciplinarias sobre parasitología humana en ambas comunidades y en la población de Aristóbulo del Valle. Inicialmente integrado por etnógrafos, parasitólogos y etnobotánicos, se suman en 2003 antropólogos biólogos.

..... “... los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y elaborar todos los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les afecten y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones”.....

Artículo 24

..... “Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas y prácticas de salud tradicionales, incluido el derecho a la protección de plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico”.....

..... “También tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones de sanidad y los servicios de salud y atención médica”....

Asimismo, en el artículo 25 del Convenio 169 de la OIT sobre los pueblos indígenas y tribales en países independientes, se refiere y establece los criterios de asistencia sanitaria y servicios de salud para los pueblos originarios, con su activa participación, planteando que “la prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales”.

Como parte del trabajo de la Iniciativa de la OPS para pueblos indígenas, en 1999, se llevó a cabo el Grupo de Trabajo sobre Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas⁹. Esta fue una actividad conjunta de la OPS a través de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud y de la OMS a través del Equipo de Medicina Tradicional del Departamento de Medicamentos Esenciales y Políticas de Medicina. Los participantes del Grupo de Trabajo recomendaron promover actividades que apoyaran un mejor conocimiento de las medicinas y terapias tradicionales complementarias y alternativas con el objetivo de identificar estrategias que permitan contribuir a la organización y provisión de sistemas y servicios de salud integrales y culturalmente apropiados en la Región de las Américas.

En consonancia con estas iniciativas internacionales, en las últimas dos décadas se vienen proponiendo en nuestro país algunas acciones y programas sanitarios específicamente destinados a estos grupos o bien, donde se plantea su inclusión o “cobertura”. Así por ejemplo, la **ley 23.302-85**, con su decreto reglamentario 155-89, sobre política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes establece la responsabilidad del INAI (en coordinación con los gobiernos provinciales), en la realización de planes intensivos de salud para las comunidades indígenas “(art. 18); *prioridad del diagnóstico y tratamiento de enfermedades contagiosas, endémicas y pandémicas*. (art.19); *planes de saneamiento ambiental, en especial provisión de agua potable y el acceso a*

⁹ **Medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas.** *Evaluación del plan de trabajo 2000-2001 y plan de trabajo 2002-2003. ENERO 2003, Washington DC.* División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)

Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO)

Programa de Medicamentos Esenciales y Tecnologías (HSE)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Organización Mundial de la Salud (OMS)

una vivienda digna (art.20); atención buco dental, exámenes cardiovasculares, cuidado especial del embarazo y parto, asegurarles una nutrición equilibrada y suficiente (art. 21)” y concluye diciendo que estas medidas serán tomadas “sin perjuicio de la aplicación de los planes sanitarios dictados por las autoridades, nacionales, provinciales y municipales, con carácter general para todos los habitantes del país”.

A nivel nacional, en junio de 2000 el Ministro de Salud de la Nación (Secretaría de Programas Sanitarios), mediante resolución ministerial N° 472, creó el **Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI)** con la finalidad de dar continuidad y sistematizar las acciones de salud iniciadas por el Ministerio en los años 93 y 94 bajo el “Programa de Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud en Comunidades Aborígenes”. El Programa ANAHI tenía como objetivos *“mejorar las condiciones de salud y bienestar de las diferentes comunidades indígenas que habitan en nuestro país y que en su casi totalidad se encuentran en un marcado estado de vulnerabilidad, como consecuencia de inadmisibles condiciones de extrema pobreza en que viven”*. Los destinatarios son las comunidades indígenas de Jujuy, Salta, Tucumán, Chaco, Formosa, Misiones. Las actividades centrales que se enuncian son 1. Prevención y promoción de la salud, 2. Capacitación de Agentes Sanitarios Aborígenes y 3. Promoción de la participación comunitaria.

Según consta en el sitio web del programa *“La acción central del programa se orienta hacia la concreción de acciones de salud centradas en la universalidad de las prestaciones y en su accesibilidad, respetando sus sistemas de creencias y valores, que implica nuestro reconocimiento de los sistemas de salud indígenas basados en enfoques holísticos (...)”*

En ese entonces, el ANAHI básicamente priorizaba la formación y capacitación de una red de agentes sanitarios indígenas para que actuaran como “facilitadores interculturales”. Este convertiría en el canal transmisor más apropiado a la hora de comunicar y desarrollar acciones de prevención y promoción dentro de las comunidades indígenas. Su rol como “facilitador intercultural” ayudaría a superar los obstáculos que las “diferencias lingüísticas, culturales y comunicacionales ... dificultan el éxito de una buena prestación” (Documento ANAHI, Ministerio de Salud 2005). Su trabajo como “traductor” y nexo con el sistema de salud formal se convierte en el eje de esta iniciativa que busca extender el alcance de las prestaciones de aquel (Lorenzetti, 2006).

En la actual gestión de gobierno, el programa ha intentado ampliar su radio de acción, teniendo no obstante siempre como estrategia la Atención Primaria de la Salud. En principio, planteándose una co-coordinación con el Sub-programa Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, junto también con una articulación con otros programas interministeriales y de otros organismos. Actualmente, después de ese intento fallido, el programa se propone tomar la cabeza en lo que se ha dado en llamar “Marco de Planificación para Pueblos Indígenas en el Proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública –FESP- (Ministerio de Salud 2006). Es decir, intenta re-

posicionarse como un “área de articulación” de las acciones destinadas a la población indígena.

El Programa de médicos comunitarios: subprograma de equipos comunitarios para pueblos originarios, que se ejecuto entre los meses de septiembre del 2005 a agosto del 2007, dependiente del gobierno Nacional. Se constituye como una modalidad “específica” diseñada para la población indígena y tiene por objeto *“mejorar la situación sociosanitaria...desde un abordaje intercultural basado en el respeto por las tradiciones y costumbres de las distintas comunidades”* y *“... disminuir la brecha en la situación de salud en el acceso a los servicios de salud básicos de los pueblos originarios en la diversidad de situaciones y necesidades, combinando acciones de promoción, prevención y asistencia...”* (Ministerio de Salud 2005a).

Los resultados que se presentan en la página del Ministerio de Salud de la Nación¹⁰, se miden con indicadores de impacto como la cantidad de consultas y, si bien se alude a la mejora en la calidad de atención, gestión, detección y seguimiento de familias y grupos de riesgo, no aparecen los indicadores tomados en estas mediciones, así como tampoco la perspectiva de los propios usuarios o beneficiarios del programa. Asimismo, se afirma haber realizado intervenciones en 17 Comunidades de Pueblos Originarios con equipos interdisciplinarios de profesionales, pero no se describen ni se enumeran los resultados alcanzados puntualmente en cada caso o provincia.

También en el ámbito Nacional, el PLAN NACER, se halla centrado en brindar cobertura y atención a la población materno-infantil. Sus Metas Sanitarias, enumeradas tal como aparecen en la página web del programa¹¹ son: 1. Captación temprana de la embarazada (Antes de la semana 20 de gestación); 2. Efectividad de atención del parto y atención neonatal; 3. Efectividad de cuidado prenatal y prevención de prematuridad; 4. Efectividad de atención prenatal y del parto; 5. Auditoria de Muertes infantiles y maternas; 6. Cobertura de inmunizaciones; 7. Cuidado sexual y reproductivo; 8. Seguimiento de niño sano hasta 1 año; 9. Seguimiento de niño sano de 1 a 6 años; 10. Inclusión de Comunidades Indígenas.

En este último punto vemos que señala la inclusión de comunidades indígenas, aunque no establece qué tipo de acciones se llevaran a cabo y cuál será la metodología de trabajo.

7. Los programas y servicios de salud en la comunidad. Desafíos para la gestión pública.

No obstante los avances logrados en los últimos años, en el sentido de la aparición de programas de salud específicos para pueblos indígenas, o la inclusión de la temática en los programas vigentes, existen serias dificultades, desde la formulación y planificación hasta la ejecución de esos programas y medidas sanitarias, que impiden que la población aborigen tenga acceso

¹⁰ www.ms.gov.ar (consultado el 20/2/08)

¹¹ http://www.nacer.gov.ar/content.asp?Cont_SubSeccionItemID=6

efectivo a las prestaciones de salud, como hemos visto a partir de las situaciones descriptas.

Si bien estos programas se han ido re-definiendo, tanto en su alcance como ingerencia, su adecuación a los escenarios locales aún plantea serias dificultades, ya que muchas veces las posibilidades de llevar a cabo las acciones de los programas quedan sujetas a la coyuntura del momento y ante la dificultad de desarrollar las tareas como están previstas desde la formulación del programa, se recurre a estrategias que se alejan de lo planificado. En muchas ocasiones estas dificultades tienen que ver con los recursos – materiales y humanos- que en teoría se asignan pero no están disponibles al momento de llevar a cabo las actividades. Asimismo, se relacionan con la inadecuada formación y preparación de los profesionales y no profesionales que participan de dichos programas para trabajar en comunidades indígenas. Ello se refleja en la escasa interacción que se da entre los integrantes no indígenas del equipo de salud y la comunidad. El desconocimiento de la lengua indígena y la dependencia de un “traductor” actúan como obstáculo que afectan la fluidez de la comunicación entre los indígenas y los miembros de servicios de salud. Finalmente, existe otra dificultad relacionada con el trabajo interdisciplinario de los equipos, un objetivo reiterado infinitamente en los documentos, pero que resulta difícil de lograr en determinadas circunstancias.

A la hora de implementar programas como el ANAHI, el énfasis se coloca en la capacitación de agentes sanitarios indígenas como “facilitadores culturales” para favorecer la accesibilidad de la población al sistema de salud formal. Su trabajo como “traductor” y nexos con el sistema de salud formal se convierte en el eje de esta iniciativa, que busca extender el alcance de la biomedicina, casi intacta, sin modificaciones a las poblaciones aborígenes.

En este contexto, los agentes sanitarios deben cumplir con la doble responsabilidad de responder programáticamente con el rol para el cual han sido formados y, responder a las demandas en materia de salud y calidad de atención en los términos que lo demanda su propia comunidad.

A su actuación como “traductor” o “broker”, debe sumar la responsabilidad de “lidiar” con las dificultades y contradicciones propias de los Centros de Salud locales y la inestabilidad de las políticas públicas de salud. Así, como lo hemos señalado en nuestro trabajo, si bien en las comunidades con las cuales trabajamos hallamos tres personas que se han formado como Agentes sanitarios, estos no cuentan con el reconocimiento de la comunidad, como se supuso desde lo programático.

La gente acude a expertos locales, especialistas en medicina tradicional, o directamente al médico. Son raras las situaciones en que se recurre al Agente sanitario, mayormente son aquellas en que se necesita dinero para llegar al hospital. Su labor está llena de dificultades al momento de abordar a la gente cuando los recursos biomédicos -leche y/o planes alimentarios- cuyo acceso debe viabilizar, no están disponibles en la comunidad. A esto se suma la situación de estar recibiendo una remuneración por su labor -que nunca es sin interrupciones- y la diferencia que ello supone con el resto de la comunidad - que no se ve beneficiada proporcionalmente con tal situación- genera diversas

fricciones al interior de la comunidad, lo que contribuye al desprestigio de su labor.

Al respecto, acordamos con Lorenzetti cuando plantea que el trabajo de estos agentes, que en principio suponía debía contribuir a la “adecuación” del sistema de salud formal, terminó convirtiéndose en una “adaptación” de la comunidad los requerimientos del sistema de salud formal. Su doble status trae aparejado una serie de inconvenientes. Si por un lado, se les pide que se comporten como “indígenas” a fin de adecuar o facilitar la tarea de prevención y promoción, al mismo tiempo se los condiciona a comportarse en calidad de delegados del Estado (Lorenzetti, 2006).

En este sentido, observamos que no existe una consideración de las dificultades que surgen, por un lado, al interior de la comunidad y, por otro, en la dinámica de atención de los centros de salud y hospitales. En cuanto a la accesibilidad a los servicios y la atención que brindan, hemos visto cómo, a través de las prácticas cotidianas de atención a la salud en la comunidad, se evidencian numerosas dificultades. Pareciera que, desde lo programático, se enuncian propuestas e intenciones que resultan acordes y coherentes al marco de derechos constitucionales vigentes, sin embargo, luego se considera que un modelo estándar será adecuado para su cumplimiento.

A un nivel más general, la escasez de estadísticas vitales segregadas por grupos étnicos dificulta la generación de políticas y procesos de gestión, constituyendo una enorme dificultad para establecer prioridades y para realizar el seguimiento y evaluación de las medidas y servicios de salud destinados a las poblaciones indígenas. Si bien a nivel nacional y de algunas provincias se destinan fondos específicos para programas de salud para pueblos indígenas, la ejecución de estas políticas, en gran parte, no cuenta con una buena coordinación y no incluye una participación indígena uniforme en la elaboración o ejecución de estas iniciativas. Ello da como resultado, por una parte, superposición de programas, duplicación de esfuerzos, problemas en la comunicación hacia los destinatarios. Por otra, no garantiza el acceso y aceptación de la población, ya que no suelen estar basados en procesos de consulta y participación¹².

Cuando se caracteriza a la población destinataria, la situación de pobreza y marginalidad, junto al hecho de pertenecer a una cultura particular aparecen como elementos distintivos a considerar, si bien los límites entre uno y otro aspecto aparecen difusos, e incluso al interior de estas categorías suele opacarse la diversidad que puede encontrarse en cada pueblo indígena. Es decir, por ejemplo los Mbya aparecen como un conjunto homogéneo, sin atender a las diferentes situaciones en las que las comunidades de la provincia de Misiones, en cuanto a la composición de los asentamientos, las características del espacio que habitan, la relación con la sociedad nacional a través de la economía o de las instituciones de salud o educación a las que acceden, la presencia de ONGs indigenistas en algunas comunidades, y

¹² Programa salud de los pueblos indígenas de las Américas. Plan de acción 2005-2007 (OPS) y Género, equidad y la salud de las mujeres indígenas en las Américas, Hoja informativa, OPS.

modalidades de organización propias de cada comunidad. Todos estos aspectos hacen que las estrategias utilizadas en ciertas intervenciones puedan ser efectivas y aceptadas en algunas comunidades y no en otras.

Por otra parte, la consideración de los indígenas como “pobres”, y tal vez como los “más pobres entre los pobres”, los asimila a otros sectores de la sociedad, pero a la vez la valoración de un “capital social” vinculado a una tradición y a prácticas culturales que les serían propias, los desagrega respecto de los “otros pobres” (Lorenzetti, 2006). No obstante esta valoración diferencial del componente cultural, en los enunciados de los programas no encontramos un análisis de esas prácticas y pautas culturales. Estas pueden actuar tanto, favoreciendo la emergencia de ciertas patologías, como protegiendo a la población de las mismas. En este sentido, resulta necesario analizar la relación entre esas prácticas y las características de salud de la población. Ello requiere un trabajo de investigación en profundidad y sistemático del modo de vida. Es decir, requiere de la etnografía, en tanto disciplina cuya metodología permite conocer las creencias y prácticas de los miembros de una sociedad. El aporte de los etnógrafos en los diagnósticos previos a las intervenciones es indispensable, para conocer qué sucede y evaluar qué estrategias de trabajo pueden resultar más adecuadas. Respecto de esto último, el “diálogo intercultural” propiciado por la investigación etnográfica se torna indispensable no solo para el diseño de políticas o programas, sino también para la formación de recursos humanos que actúan en contextos pluriétnicos. En este sentido, puede contribuir a superar obstáculos derivados de la falta de comprensión e integración entre la población y el sector salud, optimizando el intercambio y mutuo aprendizaje (Remorini y Sy, 2004).

De este modo, consideramos que es imprescindible favorecer desde la gestión pública la integración de etnógrafos y otros científicos sociales a la formulación, implementación y evaluación de programas e intervenciones en esas comunidades.

Agradecimientos:

Deseamos expresar nuestro sincero agradecimiento a los miembros de las comunidades Mbya, por la calidez, la hospitalidad y el interés por compartir sus conocimientos, su vida cotidiana y sus preocupaciones con nosotras. Asimismo, al CONICET por financiar nuestras investigaciones doctorales. Por último, agradecemos a la Dra. Belén Noceti por abrir el espacio e invitarnos a participar de estas Jornadas.

8. Bibliografía

- ASSIS, Valeria y Ivori José GARLET. 2004. Análise sobre as populações Guarani contemporâneas: demografia, espacialidade e questões fundiárias. *Revista de Indias*, vol 64 n° 230: 35-54
- ATUKORALA T. M. y P. LANEROLLE. 1999. Soil transmitted helminthic infection and its effect on nutritional status of adolescent schoolgirls of low socioeconomic status in Sri Lanka. *J Trop Ped*; 45:18-22.

BARTOLOMÉ, Miguel A. 1969. La situación de los Guaraníes (Mbyá), de Misiones (Argentina). *Suplemento Antropológico*, Vol. IV N° 2: 161-184. Asunción.

BROOKER S, N. PESHU, P.A. WARN, M. MOSOBO, H.L. GUYATT, K. MARSH. 1999. The epidemiology of hookworm infection and its contribution to anemia among pre-school children on the Kenyan coast. *Trans R Soc Trop Med Hyg* . 93:240-246.

ENCUESTA COMPLEMENTARIA DE PUEBLOS INDÍGENAS (ECPI). 2004-2005. Resultados provisionales. Provincia de Misiones www.indec.gov.ar Ministerio de Economía y Producción. Secretaría de Política Económica. Instituto Nacional de Estadística y Censos.

GARLET, Ivori José. 1997. *Mobilidade Mbya: Historia e Significacao*. Tesis de Maestría. Pontificia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. MS.

GOROSITO KRAMER, Ana M. 1982. *Relaciones interétnicas y representaciones entre los Mbya guaraní y la población regional de Misiones, Argentina*. Tesis Doctoral. Brasilia.

LÓPEZ, Domingo Rafael y ARAMENDY, Raúl. 2004. Guaraníes de Misiones acampan en una plaza CEMEP-ADIS Posadas Misiones. web: www.rel-uita.org/internacional/guaranies-misiones.htm UITA - Secretaría Regional Latinoamericana - Montevideo – Uruguay.

LORENZETTI, Mariana Isabel. **2006**. Del "capital social" a la "culturalización de la pobreza": la construcción de alteridad en los programas de salud para la población indígena. *Instituto de Cs. Antropológicas, Sección Etnología y Etnografía*. Facultad de Filosofía y Letras- UBA.

MARTÍNEZ, M.R., M. CRIVOS Y C. REMORINI. 2002. Etnografía de la vejez en comunidades Mbyá-Guaraní, provincia de Misiones, Argentina. *Antonio Guerci and Stefania Consiglieri (Ed) The Elderly in the Mirror. Perceptions and Representations of old age*. Vol 4: 206-229. Erga Edizione, Genova, Italia.

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 2005. *Programa ANAHI Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas*. Secretaría de Programas Sanitarios. web: www.caserosada.gov.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=398 (Consultado 18 de febrero de 2008).

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 2006. *Documento FESP "Marco de Planificación para los Pueblos Indígenas en el proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública"*. <http://www.msal.gov.ar/htm/Site/pdf/MarcoSalvagIndigena-FESP.pdf> (Consultado 4 diciembre, 2007).

MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN. 2007. *Plan Nacer. Plan Federal de Salud*. web: www.nacer.gov.ar/content.asp?Cont_SubSeccionItemID=1 (Consultado 8 de agosto de 2008).

MOORE S.R., A.A. LIMA, M.R. CONAWAY, J.B. SCHORLING, A.M. SOARES R.L. GUERRANT. 2001. Early childhood diarrhoea and helminthiasis associate with long-term linear growth faltering. *Int J Epidemiol*; 30:1457-64.

REMORINI, Carolina. 2006. Las relaciones intergeneracionales en la vida cotidiana. Sobre el rol de los abuelos en las actividades de cuidado infantil en comunidades Mbya (Misiones, Argentina). Ponencia presentada al *VIII Congreso de Antropología Social, Simposio 14: Cultura y envejecimiento. Abordajes multi e interdisciplinarios*. Universidad Nacional de Salta. Salta, 19 al 22 de septiembre de 2006. Resumen publicado. Pp. 86. Trabajo completo edición en CD.

REMORINI, Carolina y Anahi SY. 2004. Aportes de una Etnografía Aplicada al campo de la Salud. Trabajo con Mención Especial otorgada por *La Asociación Argentina para el progreso de las Ciencias y Sociedad Brasileira para el progreso de las Ciencias*. Reunión Ciencia, Tecnología y Sociedad, CONICET, SECYT y Ministerio de Educación de la Nación. Buenos Aires, 1 al 4 de noviembre de 2004.

REMORINI, Carolina y Anahi SY. 2008. *Condiciones de vida y explicaciones en torno a enfermedades parasitarias en poblaciones Mbya –Guarani de Misiones (Argentina)*. X Congreso Internacional sobre salud-enfermedad de la prehistoria al siglo XXI. 1 al 6 de septiembre de 2008. Museo Nacional de Antropología. México.

REMORINI, Carolina. 2008. *Aporte a la Caracterización Etnográfica de los Procesos de Salud- Enfermedad en las Primeras Etapas del Ciclo Vital, en Comunidades Mbya-Guaraní de Misiones, República Argentina*. Tesis de Doctorado en Ciencias Naturales. Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP.

STEPHENSON LS, M.C. LATHAM, K.M. KURZ, S.N. KINOTI, H..BRIGHAM .1989. Treatment with a single dose of Albendazole improves growth of Kenyan schoolchildren with hookworm, *Trichuris trichiura* and *Ascaris lumbricoides* infections. *Am J Trop Med Hyg.*, 41:78-87

SY, Anahi. 2007. Una aproximación etnográfica al estudio de las estrategias médicas tradicionales en comunidades Mbya Guarani de la Provincia de Misiones, Argentina. **XVI CONGRESO ITALO-LATINOAMERICANO DE ETNOMEDICINA “Carlo L. Spegazzini”**. Resumen Publicado en Actas: 104-105. Edición en CD. La Plata, Argentina.

SY, Anahi. 2008. *Estrategias frente a la enfermedad en dos comunidades Mbya Guaraní de la Provincia de Misiones. Aporte de la metodología de casos a la investigación Etnográfica de los procesos de salud-enfermedad*. Tesis de Doctorado en Ciencias Naturales. Facultad de Ciencias Naturales y Museo, UNLP.

TEVES, Laura y Carolina REMORINI. 1997. El saber del pai entre los MBya-Guaraní actuales. *Cuadernos 17 del Instituto Nacional de Antropología y Pensamiento Latinoamericano*. 1996-1997: 293-299. Buenos Aires.

WILSON W.M., D.L. DOFOUR, L.K. STATEN, M. BARAC-NIETO, J.C. REINA, G.B. SPURR. 1999. Gastrointestinal parasitic infection, anthropometrics, nutritional status and physical work capacity in colombian boys. *Am J Hum Biol*; 11:763-71.