

PODER, ACCESIBILIDAD Y DIFERENCIAS CULTURALES EN SALUD
Iruya, 1978-2008

"¿POR QUE CALLAN, SI NACEN GRITANDO?"

Tomás M. Torres Aliaga - Alicia M. Torres Secchi





*Tomás Miguel
Torres Aliaga.*

Médico generalista,
especialista en
Administración
Sanitaria.
Diputado provincial
por Iruya, mandato
cumplido.
1988-1990

*Alicia María
Torres Secchi.*

Lic. en Psicología,
especialista en
Psicología Social y en
Planificación y.
Administración
Sanitaria. Ex Secretaria
Gral de Asociación de
Profesionales de la
Salud de Salta.
(APSADES)
1988-1990.

Cordobeses, 7 hijos y 8 nietos

34 años de trabajo, con dedicación exclusiva a la salud pública y desde la atención primaria de la salud, en comunidades rurales y barrios periurbanos del Noroeste Argentino. 17 años en Iruya.

Gestores y colaboradores de programas de desarrollo socio- comunitarios, promoción de la mujer y desarrollo infantil en la región.

Socios fundadores e integrantes del Consejo de Administración de OCLADE, Obra Claretiana para el Desarrollo de Quebrada y Puna de Jujuy y valles andinos de Salta, dependiente de la Diócesis de Humahuaca . 1982 a 1997.

Dedicado a

- ✓ Santos Inocentes Díaz, Emilio Subelza, Eleodoro Andrés Cruz y Romualdo Armando Urzagaste, agentes sanitarios del Municipio de Iruya, que murieron en cumplimiento de sus funciones, durante el período que comprende este trabajo
- ✓ En el nombre de ellos, a todos los trabajadores de la salud y sus familias, que luchan en contextos adversos, por hacer accesibles a todos, el derecho a la vida y calidad de vida, o sea el derecho a la salud.

AÑO 2010
ÍNDICE

PROLOGO

INTRODUCCIÓN

CAPÍTULO I. PUNTO DE PARTIDA

1. El problema
2. El lugar y la gente

CAPÍTULO II. CAMINO DE INVESTIGACIÓN TRANSITADO

1. Herramientas teóricas
2. El Método

CAPÍTULO III. LA INTERVENCIÓN

1. ¿Para qué? Objetivos y finalidad del Programa de APS
2. ¿Quién? Institución ejecutora, el Hospital de Iruya
3. ¿Cómo? Estrategias y actividades
4. ¿Con qué? Financiamiento
5. ¿Hacia quiénes? Destinatarios

CAPÍTULO IV. MEMORIAS DEL PRESENTE

1. Estado argentino y Pueblos originarios
2. Sobrevivientes al señorío del Estado y la sociedad.

CAPÍTULO V. ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD

1. Los últimos eran los últimos
2. Devenir del Programa de APS en Salta
3. Institucionalización y accesibilidad local
4. Regulaciones y prácticas

CAPÍTULO VI. DOMINACIÓN Y RESISTENCIAS

1. Construyeron una casa en la casa de los otros
2. De la dominación
3. De las resistencias
4. Identidad y dominación

CAPÍTULO VII. APRENDIZAJES

1. Otra atención de la salud es posible
2. No callan, resisten prácticas genocidas
3. De libertades y responsabilidades

ANEXOS

PROLOGO

Este libro ¿Por qué callan, si nacen gritando?, es fruto de la experiencia y del trabajo en el área de salud, que Tomás y Alicia compartieron con otros en las comunidades originarias de Iruya, durante casi treinta años. Después de tomar distancia de esta realidad por la conflictividad y el desgaste que supone el trabajo en estos lugares, se acercan de nuevo a toda esta experiencia de trabajo, tratando de tener presente a su gente y sus necesidades.

Alicia escribiendo, recogiendo información, datos estadísticos Tomás relatando permanentemente historias, experiencias, vivencias Y los dos vuelven a encontrarse con agentes sanitarios, personal de salud del Hospital, que en la actualidad siguen trabajando, y con personas significativas de la comunidad, recogiendo sus testimonios y vivencias. Igual hacen con algunos profesionales que en algún momento vivieron esta experiencia de trabajo en Iruya.

De todo lo anterior es fruto este libro: análisis, estadísticas, testimonios, experiencias, relatos, talleres que, organizados sistemáticamente y con seriedad, nos ayudan a descubrir y a conocer reglas y prácticas que pueden favorecer o entorpecer el acceso a la expresión y participación real en un diálogo de igual a igual, basado en el respeto a lo diferente y en una relación, no de poder, sino de búsqueda común de respuestas adecuadas, para el bienestar de todos.

En varias oportunidades he escuchado “si hubiéramos tenido presente tal y cual cosa que ahora descubrimos, las cosas hubieran sido de otra forma, los resultados diferentes”.

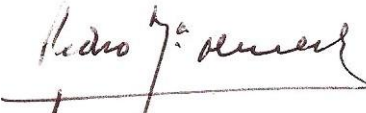
Han hecho falta 30 años y tomar distancia para poder leer la forma de hablar, de pensar, de expresarse de nuestra gente y así descubrir lo que han querido decir.

El tiempo, el análisis teórico y crítico de las prácticas y el modo de relacionamiento nos han hecho posible descubrir errores y desaciertos que nacen de una relación de poder y no de un diálogo sincero entre iguales que acepta lo diferente como un valor irrenunciable.

Estos errores nos pueden ayudar a un nuevo aprendizaje: En primer lugar, a posibilitar la real y verdadera participación, que sea Incluyente, desde el respeto a lo diferente, y que haga posible que nuestros pueblos sean protagonistas y sujetos de su propia historia. Y en segundo lugar, a desterrar prácticas erróneas, para que las prestaciones o servicios que el Estado u otras organizaciones sociales realizan en estas comunidades, tengan en cuenta las pautas culturales de nuestra gente y de esta forma incidan realmente en sus vidas y desaparezcan de una vez las prácticas sociales discriminatorias y genocidas sobre los pueblos originarios.

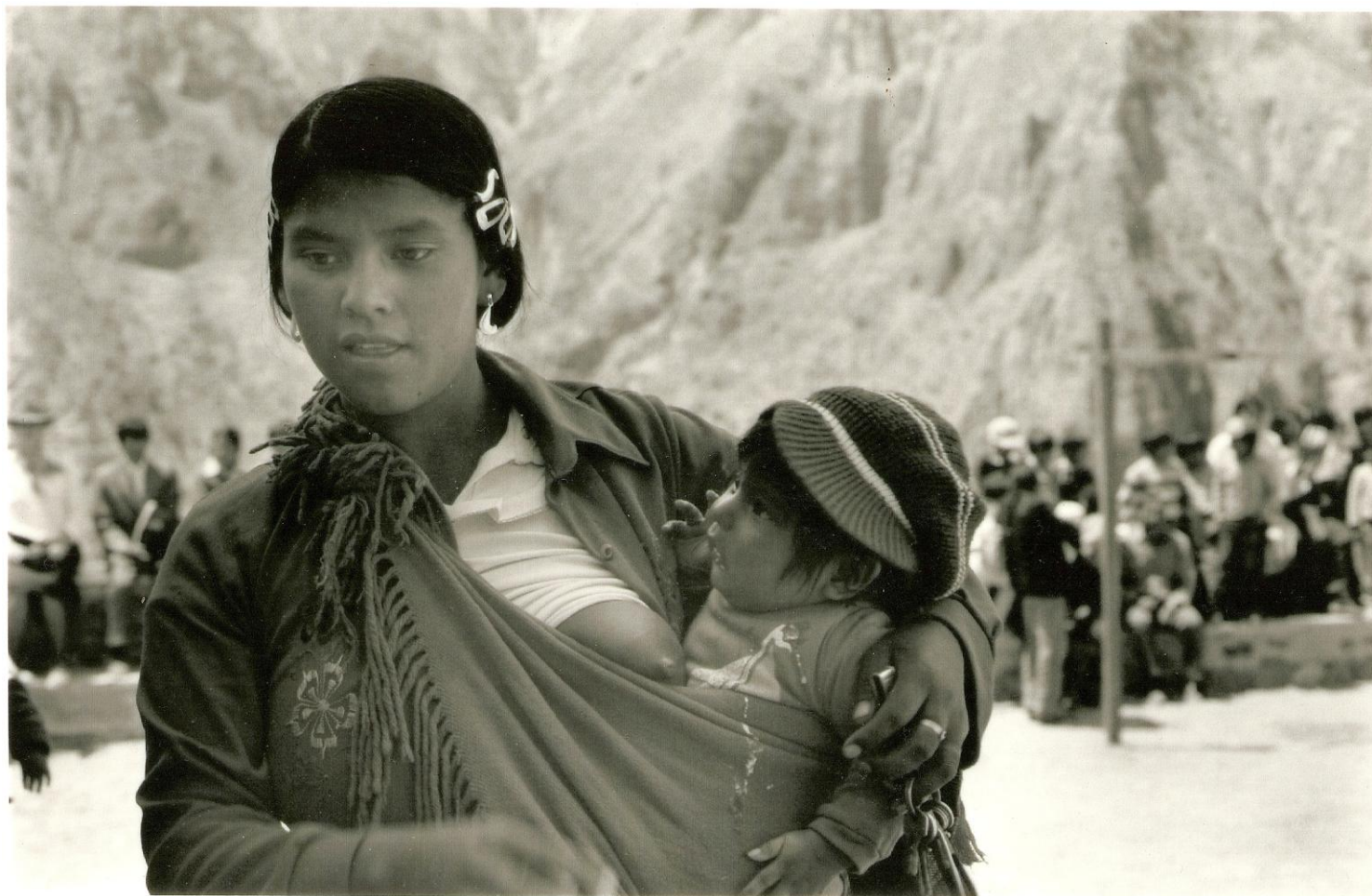
Este trabajo de investigación que presentan Alicia y Tomás en su libro nos puede ayudar a revisar nuestra forma de gestión, que aunque de palabra y principio declamamos aceptar las diferencias, en las prácticas seguimos sosteniendo condiciones, clasificaciones, estrategias y relaciones jerárquicas que traban o condicionan la expresión y el poder de decisión de nuestros pueblos, llevándolos a seguir manteniendo o sosteniendo una identidad oculta que en la práctica se traduce en aparentar, callar, adecuarse al sistema, resistir y sobrevivir.

Agradeciendo a Tomás y Alicia y a todos los que han aportado para que este libro salga a la luz con tanta experiencia y enseñanza, y a ENDEPA que sin dudar ofreció su aporte para que pueda ser publicado, para todos un fuerte abrazo de su hermano y Pastor.



Pedro Olmeda
OBISPO
Parroquia de Humahuaca

INTRODUCCIÓN



*Yo se la estoy ofreciendo para que usted haga que ocurra.
No le pido que describa la lluvia de aquella noche de la visitación del arcángel,
le exijo que me moje.
Decídase, señor escritor,
y por una vez al menos, sea usted la flor que huele en vez de ser el cronista del aroma.
Poca gracia tiene escribir lo que se vive. El desafío está en vivir lo que se escribe; y a sus años ya va
siendo hora de que Ud se entere"*

Eduardo Galeano
"Palabras andantes"

En el momento del nacimiento, los niños gritan indicando que sus pulmones comienzan a funcionar. Ese grito, que tanto la madre como quienes la acompañan esperan ansiosos, **es el primer signo de vida autónoma de los seres humanos.**

Se inicia un proceso de socialización que dura toda la vida, primero de la mano de los adultos más significativos, los padres, familiares garantes de su inscripción como individuos sociales, para que funcionen adecuadamente en sus respectivos roles. Todos somos – entre otras cosas – sujetos producidos por las condiciones sociales.

Desde ese grito original, la persona que permaneció indiferenciada en la matriz de su madre, comienza a separarse e imitar, y desde el reaseguro de su identidad, a diferenciarse y construir su propio proyecto de vida, con capacidad de cuestionar, crear, formular lo que no está. Todos estamos llamados a transformar lo recibido.

Este trabajo tiene que ver con la vida, el crecer y desarrollarse sin enfermedades, pero también con la calidad de vida, la posibilidad de elegir y decidir. Vida con filiación y memoria, también con proyecto y construcción. Vida de relación entre pares, no cooptada o manejada por otros. Vida solidaria y autónoma, no aislada, sujeta ni autosuficiente. Oportunidad que tenemos los seres humanos, desde lo recibido y junto con otros, de construir un mundo mejor.

A partir de ese grito y expresión original, no todas las personas tienen iguales oportunidades, así lo refieren los indicadores que dan cuenta de las condiciones de salud y enfermedad de la población en nuestro país.

El **problema que nos convoca** son las desigualdades e inequidades para acceder a una vida sin enfermedades o mortalidad prematura y su relación con los dispositivos gubernamentales y relaciones de poder.

Haremos referencia al proceso de institucionalización **de un programa de atención primaria de la salud** (intervención con un discurso de cobertura, participación y respeto por pautas culturales) **en el Municipio de Iruya -Provincia de Salta- durante el período 1978-2008.**

Lejano rincón en la cordillera andina del Noroeste Argentino. Lugar de extraordinaria belleza, enclavado al mismo tiempo en una región aislada, con grandes adversidades y obstáculos para quienes nacen y viven allí. Desde la sociología sería definido como contexto de “pobreza estructural”, donde viven los pobres de siempre, hijos de pobres.

Sus habitantes mayoritariamente de origen colla, pertenecen a pueblos originarios de la región andina de América Latina, comunidades en las que se superponen desigualdades y diferencias, por lo que se distinguen radicalmente de otros contextos de carencias, con mayor visibilidad pública en nuestro país.

En Iruya y con motivo de las condiciones y procesos de esa intervención sanitaria, se anudaron prácticas y devenires de múltiples actores sociales, con diferentes posiciones, miradas y trayectorias culturales.

A partir de la **hipótesis** de que la desigualdad en el acceso y equidad de los servicios sanitarios tiene relación con la falta de influencia, expresión y participación de las poblaciones, **nos propusimos como objetivo** *describir y analizar regulaciones y prácticas que limitan o favorecen la accesibilidad, equidad y participación de los pueblos originarios en los servicios sanitarios.*

Y como **objetivos específicos**, analizar: a) *los dispositivos y tecnologías de gestión gubernamental en su relación con facilitar el acceso a una equitativa atención sanitaria;* y b) *las relaciones de poder que se juegan localmente en una política de salud, y su relación con la expresión y la capacidad de decisión de los grupos subalternos.*

Los caminos deciden los destinos, según por dónde se transite se llega a diferentes lugares, y el presente trabajo pretende ser coherente con una concepción de ciencia domiciliada que suscriba a un nuevo espíritu científico, en diálogo simétrico con otros saberes. Por ello está encuadrado en **un modo particular de construcción de conocimientos**, que hemos llamado *sistematización de experiencias de cooperación crítica e intercultural*.¹

Nos proponemos habitar situaciones y suspender categorías desde el compromiso pleno con los otros. Pensar problemas – distribución de puntos relevantes sin ningún centro – no hablar de verdades a descubrir, sino de pensamientos plurales a producir, para resolver esos problemas. Y desoír el mandato cultural que ordena deponer o reprimir la afectividad, para oír al Otro. Negarnos a objetivar al Otro, implica ponerse ante él y cooperar con él. Nada se puede cambiar si no nos importa de verdad.

En un intento por cuestionar los propósitos y métodos habituales de producción de conocimientos, se pretenden resaltar aquellos que:

- ✓ Son productos del hacer, de la **co-operación** como experiencia de operar junto a otros, para distinguirlos de lo producido por experimentaciones académicas, acciones provocadas para

¹ Torres, Alicia (2008). “*Psicólogos errantes*”. Tesis de especialidad en psicología social, Colegio de Psicólogos de Salta.

investigar. Parte de la intención de "poner el cuerpo, para que la teoría no duerma fuera de nuestras casas" (Zito Lema 2006: 13)².

- ✓ Son producto de un **hacer reflexivo y crítico**, superando la tendencia a la repetición mecánica de procedimientos que dieron buen resultado, o a culpar a factores externos por posibles fracasos. Construcción que pretende ir más allá de una acción ingenua sujeta a órdenes instituidos o regímenes de verdad (Foucault, Michel); y se somete a procedimientos de revisión (históricos/ actuales; teórico/ prácticos; macro/ micro) que la mejoren y transformen.
- ✓ Son producto de prácticas **interculturales**, procesos sociales de actores que suscriben a diferentes lógicas y modos de habitar el mundo en la intención de cuestionar pensamientos o métodos únicos de legitimar saberes.

El trabajo se apoya en **una metodología alternativa que cabalga, entre una sistematización de prácticas y un estudio de caso**.

No es una sistematización de cualquier práctica, sino de prácticas de intervención con cierta planificación y actividades periódicas de evaluación y cuestionamientos. Es una sistematización de sistematizaciones.

Es un estudio de caso³ porque delimita en ese proceso social, un aspecto o problema, y combina procedimientos cuantitativos y cualitativos a fin de construir aprendizajes sobre esa forma de intervenir.

Contiene el despliegue, organización y evolución de procesos sistemáticos de evaluación, reflexión y análisis (indicadores cuantitativos y actas de reuniones grupales) que entre 1978 y 2008 realizaron diferentes actores sobre sus propias prácticas. Además, información recogida durante el 2009 sobre el problema recortado, a través de distintos procedimientos (relatos, entrevistas y talleres) y revisión de fuentes bibliográficas.

No es la experiencia en sí sino un regreso a ella, una vuelta atrás para reflexionar y aprender de lo vivido, recogiendo miradas y saberes de muchos. Somos conscientes de que la descripción de la intervención, no refleja la realidad ni la forma en que sucedieron los hechos. Tampoco es un análisis desde la mirada de todos los que intervinieron en ella. Es la reconstrucción a posteriori, realizada por quienes fuimos parte del proceso y no pertenecemos a lruya. Una reconstrucción ajena e interesada.

Hubiéramos deseado que alguien nos advirtiera todo lo que aprendimos en esta revisión, antes de comenzar a trabajar allí. Como dice en la dedicatoria de su tesis la amiga Elfi Jockers:

*"Es una pena que este trabajo sea el epílogo y no el comienzo de 17 años en el chaco salteño. Cuántos errores no hubiese cometido, cuántas lágrimas no hubiese derramado".*⁴

Y agregamos, cuantas violencias sobre los otros hubiéramos evitado, por lo que compartir estas reflexiones con quienes pretenden trabajar en contextos similares, justifica el esfuerzo de esta comunicación.

Es un trabajo contextualizado en las márgenes o "fronteras", tanto de la sociedad como de la profesión; situado en realidades y prácticas poco conocidas, con el propósito de cuestionar validez y legitimidad de saberes y decisiones que se imponen al conjunto social. Parte de poblaciones o comunidades que tienen menos oportunidades en el ejercicio de sus derechos, que suelen ser vistas como ignorantes, atrasadas o descriptas como un conjunto de males, aunque transiten formas de vida, esfuerzos de superación y valores, desconocidos para el resto de la sociedad argentina; y desde prácticas poco conocidas para los modos de trabajar y entender la realidad, que tienen la mayoría de los profesionales en los espacios urbanos y académicos⁵.

Muchos desafíos tienen las ciencias en general, en particular las ciencias sociales, para el siglo XXI. Pocos parecen tan importantes como el que sus avances y beneficios estén al alcance de todas las personas. El presente trabajo, pretende inscribirse en ese propósito, transitando el camino de revisar y cuestionar las experiencias vividas.

No se trataba de producir un "trabajo científico" por sí mismo, sino generar cuestionamientos hacia el campo desde el cual se legitiman saberes y decisiones.

² Zito Lema, Vicente (2006) en prólogo de Cucco, Mirta *"ProCC; una propuesta de intervención sobre los malestares de la vida cotidiana"*. Ed Atuel. Buenos Aires.

³ Neiman Guillermo y Quarante, Germán (2006). *"Los estudios de caso en la investigación sociológica"* en Vasilachis Irene *"Estrategias de investigación cualitativa"*. Ed Gedisa. Barcelona.

⁴ Jockers, Marta Elfi (2004) *"Accesibilidad cultural a los servicios de salud"*. Tesis Maestría en Salud Pública. Universidad Nacional de Salta.

⁵ Danani, Claudia (1999) en *"Políticas Sociales, contribución al debate teórico-metodológico"*. Apuntes Secretaría de Ciencia y Técnica UBA. Explica cómo las prácticas incluyen comportamientos más representaciones, donde las exteriorizaciones más observables de los primeros, están regulados y organizados por las segundas. El trabajo está sustentado en prácticas – maneras de hacer y entender la realidad – que no son las que predominan o tienen más poder en los centros urbanos y académicos.

Las ciencias sociales, los sistemas y políticas públicas son pensados generalmente desde centros de poder. Creemos que precisamente esto ha tenido que ver con que no fueran eficaces para resolver los problemas de las mayorías, especialmente de las poblaciones llamadas “marginales”, tal como lo prueban las brechas de los indicadores (analfabetismo, mortalidad, etc.) y la permanencia en el tiempo de las desigualdades.

El rodeo histórico que realizaremos, mostrará que lo que se cristaliza en la periferia de la estructura social, se inscribe en una dinámica global. Nos ubicamos en las márgenes de la sociedad pero poniendo en cuestión al conjunto social, retornando al centro.⁶

Una aclaración importante sobre **la autoría y la propiedad colectiva del presente trabajo**. Realizado originalmente con la intención de ser presentado como tesis para acceder al título de Maestría en Políticas Sociales de la Facultad de Humanidades de la Universidad Nacional de Salta, refiere a prácticas y aprendizajes compartidos, de forma inevitable y a consecuencia del método utilizado.

En primer lugar, con mi esposo Tomás, informante clave y compañero de búsquedas. Cordobeses ambos de nacimiento, nos radicamos a mediados de los años 70 en el Noroeste rural, nuestro lugar en el mundo por elección. Movilizados por utopías juveniles desde la fe que recibimos de nuestras familias, intentábamos ser coherentes con eso de servir a quienes más podían necesitar de nuestras profesiones.

A la vuelta de la vida, tenemos alforjas cargadas de los beneficios recibidos de aquellos a quienes pensábamos ayudar. Nos mostraron con su modo de “estar”, las verdaderas semillas de un “Reino” o “mundo nuevo”, valores de comunidad y trascendencia vividos sin palabras o doctrinas conocidas.

Y nos dieron su amistad. En esas comunidades trascurrimos la mayor parte de nuestra vida compartida, cuatro de nuestros siete hijos son nacidos en ellas. En Iruya fueron 17 años, en dos oportunidades (1978 a 1985 y 1997 a 2006) y las dos veces que nos fuimos, no fue por nuestra libre elección.

En segundo lugar, este trabajo organiza y comunica información sobre prácticas y reflexiones, memorias y proyectos, aprendizajes de muchas personas, especialmente de compañeros del Hospital de Iruya que son nombrados al final. A los fines de la presente investigación, algunos de ellos fueron registrados en relatos personales, otros en trabajos grupales. Algunos aportes son identificados, la mayoría permanecerá en el anonimato de la construcción grupal.

El texto actual está organizado en tres partes. La **primera comprende los capítulos I y II**, y precisa el problema, lugar, marco teórico y metodológico del trabajo de investigación, realizado en el año 2009. *“El que avisa no es traidor”* y nobleza obliga precisar desde dónde y cómo construimos los aprendizajes.

La **segunda parte, el capítulo III**, organiza y describe la intervención sanitaria como insumo o sustento para el análisis. Elegimos presentarla desde la mirada de quienes la construyeron y con el esquema de las planificaciones, respondiendo a preguntas sobre qué, quiénes, cómo, con qué, hacia quiénes. Esto a los exclusivos efectos de ordenar la gran cantidad de información y en función de la lógica de las instituciones.

La vida cotidiana suele tener poca relación con ellas por eso tratamos de agregar todos los relatos, detalles y sentimientos que desestructuraron y cuestionaron la lógica oficial y racional de la intervención.

La **tercera parte, capítulos IV, V y VI** contienen las reflexiones que surgen del análisis respondiendo a los objetivos planteados: accesibilidad/ equidad; y relaciones de dominación/ resistencias, que se juegan en la intervención estudiada.

Finalmente, **el capítulo VII, contiene una síntesis de aprendizajes y aperturas** que consideramos más importantes, junto a los anexos que aportan datos registrados.

Desde la experiencia contrastada con teorías, reflexiones y sentimientos junto a otros, pretendemos **cuestionar, generar reflexiones y movilizar decisiones, para que algún día nuestros hermanos latinoamericanos puedan construir un sistema de salud que sostenga su vigencia no sólo desde lo teórico-técnico, sino también desde lo práctico-ético.**

Y respetando la riqueza de diversidad cultural, aporten a revertir las injusticias que hoy producen increíbles sufrimientos evitables a millones de personas. Algunas de ellas las conocemos, su nombre y figura están en nuestra mente y corazón.

Expresar lo profundo de la experiencia es el motivo de haber elegido como epígrafes textos de Galeano, quien tiene la virtud de pocos de sintetizar en poesía razones y pasiones de América Latina.

⁶ Según lo considera y fundamenta Castel, Roberto (1997). *“Metamorfosis de la cuestión social, una crónica del asalariado”*. Buenos Aires. Paidós.

Un agradecimiento y disculpas:

No podríamos haber realizado este trabajo, si el Ministerio de Salud Pública de Salta, a solicitud de ENDEPA, Equipo Nacional de Pastoral Aborigen, dependiente del Episcopado Argentino, no nos hubiera afectado y dado oportunidad de hacerlo. A ellos, nuestro agradecimiento.

Conociéndonos, un anticipado pedido de disculpa: la apariencia de seguridad o intransigencia que puedan tener algunas reflexiones, son producto de la pasión que moviliza el tema y la gente, más que de las certezas que aparecen. Anizacate, Julio de 2010.

CAPÍTULO I

PUNTO DE PARTIDA



1. EL PROBLEMA

*“Este mundo, que ofrece el banquete a todos y cierra la puerta en las narices de tantos,
es al mismo tiempo igualador y desigual:
Igualador en las ideas y en las costumbres que impone,
y desigual en las oportunidades que brinda”*

Eduardo Galeano

“Patas Arriba”

La concentración de altas tasas de enfermedad y mortalidad evitables en ciertas regiones, barrios o comunidades pobres; la concentración de inequidades por lugar, clase, etnia, género o edad, que

refieren las estadísticas e indicadores sanitarios del país, nos eximen de demostrar las desiguales oportunidades de vida y calidad de vida que tienen las personas en el momento de nacer.

¿Cuáles son las condiciones por las que en el mismo país o provincia, en el mismo año, hay lugares donde mueren 1 de cada 10 niños antes de cumplir el año, y otras, donde sólo 1 de cada 100 niños no festeja su primer cumpleaños? Esto ocurre hoy en muchos países de América Latina.

La mortalidad infantil, como indicador sanitario básico, da cuenta de inequidades, pero también oculta otras implicancias. Robert Myers en su libro *“Los doce que sobrevivieron”* explica que en México hace 20 años, sobrevivían al primer año 5 de cada 6 niños. A la fecha del libro – 1992 – eran 12 de cada 13 los pequeños que cumplían su primer año, pero los que sobrevivían, quedaban expuestos a las mismas condiciones que antes habían puesto en peligro su vida, y ahora amenazaban su calidad de vida, condenados a una vida dependiente, no productiva ni participativa.

Las políticas y decisiones de sociedades y gobiernos más allá de cambios históricos, diferencias entre jurisdicciones o algunos logros aislados y sin permanencia, parecen no haber encontrado forma de resolver este problema.

Las razones que suelen darse circulan entre distintas causas económicas, geográficas, organizativas, culturales, aunque generalmente convergen todas ellas.

Responsables y personal de los servicios sanitarios que asisten a poblaciones donde se dan los peores indicadores, suelen señalar como causa principal explicaciones como ignorancia, creencias o hábitos no saludables.⁷ Se las engloba como “falta de accesibilidad cultural”, se inscribe lo cultural como problema de la población, y la solución propuesta suele ser propuesta más bien como educación sanitaria.

Con menor frecuencia, una mirada más profunda o respetuosa, entiende esa inaccesibilidad cultural como responsabilidad de los prestatarios de los servicios, en tanto desconocen, o no respetan, la cultura de la población, pretendiendo que la gente cambie, sin valorar sus creencias. Proponen alternativas que pasan por mejorar sistemas de comunicación, escuchar y dialogar más con la gente, fundamentando esto en experiencias que muestran cómo mejoran los indicadores cuando los prestadores de servicios tienen en cuenta de alguna manera, el modo de vivir de la gente. Sin embargo, esas prácticas generalmente se inscriben en el objetivo de integrar, absorber la cultura local a la cultura hegemónica. Se acercan para incluirlos.

La mayor parte de las veces se explican los malos indicadores en salud relacionándolos con las condiciones estructurales de pobreza, tanto por carencias de la población como de las instituciones que los atienden. Son quienes fundamentan que, por más esfuerzo que ponga el personal, si no hay cambios en las macro políticas y asignación de recursos, es imposible revertir resultados.

¿Cuál es el sistema más eficiente y justo para asegurar buena salud colectiva? Escudero, médico epidemiólogo, investigador y docente de universidades argentinas lo responde así:

“Una lectura de bibliografía disponible y comparación entre diferentes sistemas nacionales no deja dudas. La buena atención de enfermedades, con bajos niveles de morbimortalidad, bajo costo total y administrativo, énfasis en lo preventivo, control de gasto excesivo en medicamentos y tecnología; se observa en países con sistemas de salud universales, acceso para todos por derecho de ciudadanía y/o residencia, financiados por rentas generales del estado (sin recurrir a préstamos y endeudamiento internacional) y gratuitos en el momento de la atención. Así son los sistemas de países de Europa Occidental, para cuya implementación fue necesaria una coyuntura política favorable, pero una vez instalados, gozan de tanto apoyo electoral que deshacerlos resulta muy difícil. El sistema británico con más de medio siglo de resistencia a diferentes intereses mercantiles que lo han querido sabotear, es un buen ejemplo de ello. En salud eficiencia va junto a justicia social”. (Escudero 2000; 2).⁸

Existen experiencias concretas que dan cuenta de que se pueden mejorar los indicadores sanitarios priorizando la atención primaria y medicina familiar, como es el caso paradigmático de Cuba en América Latina. Si bien hay más opositores que defensores del modelo cubano, pocos sanitarios expertos en salud pública o gobernantes de muy diversas ideologías, dejarían de mencionar en sus discursos la importancia de acciones preventivas y la necesidad de sostener la atención primaria.

Existen muchas coincidencias sobre qué y cómo hacer las cosas, pero a la hora de las decisiones y la asignación de recursos, las prioridades son claramente otras.

Todo ocurre como si las decisiones y la asignación de recursos por parte de quienes conducen y gobiernan no respondieran a las necesidades de poblaciones excluidas social y

⁷ Entre otros registros, evaluaciones de Talleres sobre Salud Sexual y Reproductiva, organizador por Programa Materno- Infantil de la Nación – PROMIN – en Hospitales de Zona Oeste del Ministerio de Salud Pública de Salta. 2002 a 2005.

⁸ Escudero, Juan Carlos (2000). *“De qué hablamos cuando hablamos de...”*. Encrucijadas. Revista de la UBA. Buenos Aires.

culturalmente. Y los trabajadores y poblaciones aparecen como meras víctimas, carecen de poder e influencia y no participan en las decisiones que los afectan.

Llegamos a vivir a Iruya, municipio en el que se conjugan todas las marginalidades existentes en nuestro país, a partir de la implementación en 1978 del “Programa de Salud Rural”, como primera intervención planificada desde la salud pública en ese contexto. Ese programa, hoy llamado de Atención Primaria de la Salud (APS), fundamentado en un discurso de participación y respeto a pautas culturales, sigue vigente.

Es una intervención reglamentada para registrar y actualizar trimestralmente información sobre condiciones sociales, económicas y sanitarias de toda la población del área⁹, consolidando un censo permanente de población y viviendas de alrededor de 900 familias – 5000 personas – dispersas en un Municipio con 3.500 km², entre montañas y ríos de cordillera.

Por eso, la experiencia proporcionó la secuencia de años de indicadores cuantitativos sobre un amplio, inaccesible y poco conocido territorio. Junto con los registros numéricos, quedaron relatos, crónicas de campo, actas de reuniones y talleres de equipo, formulación y evaluación de proyectos locales, investigaciones participativas y encuentros comunitarios, etc. Una gran cantidad de información cualitativa que contribuía a profundizar y cuestionar la de por sí rica evolución numérica.

No fue fácil encontrar un eje ordenador que permitiera tomar distancia y cuestionar lo realizado, dar legitimidad y validez académica a las prácticas y generar conocimientos que fueran útiles para otros. Debía ser un problema abierto, ése que no nos dejara fácilmente cerrar éxitos o certezas.

Debía ser “el problema”, ese que a través de los años seguía generando preguntas, inseguridades, o sonando como causa de incomprendimientos o fracasos.

Elegimos enfocarnos en las relaciones de poder, dispositivos de dominación y resistencias que se juegan en una intervención institucional, a fin de identificar las regulaciones y prácticas que facilitan accesibilidad y equidad. Y especialmente en el contexto señalado, aquellas que facilitan compatibilidad de códigos, expresión y participación de poblaciones con diferentes culturas.

El poder es un tema omnipresente, poco explicitado y raramente incluido en la formación académica teórica e instrumental de quienes intervenimos en estos contextos. Desde las ciencias y roles profesionales tenemos instrumentos para diagnosticar, curar, prescribir, educar y guiar la vida de otros. Paradójicamente, poco se nos prepara o capacita sobre las diferencias culturales y los dispositivos de dominación que se juegan en las relaciones sociales que estas acciones involucran.

Para quienes trabajamos intentando mejorar condiciones de vida y prestar servicios en esos lugares, las cuestiones políticas suelen ser una dificultad o estorbo siempre presente. Lo político suele verse como cuestión “no científica ni técnica”, ajena a las prácticas profesionales, motivo de conflictos que no estamos preparados para resolver.

En lo cotidiano parece más fácil asignar responsabilidad de los fracasos a la gente con la que se trabaja, que a políticos o políticas cada día más lejanas, aunque seamos conscientes de que con ello *“el hilo se corta por lo más débil”*.

Las ciencias sociales han desarrollado y aportado extensamente teorías y características sobre el poder; pero existen pocos análisis o conocimientos contruidos desde las mismas prácticas o experiencias de intervención.

El tema del poder es motivo de análisis diario de artículos, ensayos y comentarios, sea encuadrado en la relación entre gobierno y sociedad, como en conflictos institucionales o de violencia familiar. Toda relación es política, aunque la política no lo sea todo.

Hace tiempo que instituciones y organismos de salud, ponen en agenda el tema del poder, como “participación”. De allí que haya muchas experiencias y pocos o contradictorios resultados, en los contextos de pobreza. Existen menos análisis en contextos de relaciones interculturales, donde las diferencias agregan o modifican significados a las relaciones de desigualdad. En general, hay consenso de que sobre la participación, unos son los discursos y otras las prácticas.

Parecía de interés socio-antropológico sistematizar ese proceso de intervención de muchos años, no para evaluarlo, sino para analizarlo en su complejidad, en un intento por comprender y achicar brechas entre discursos y prácticas; sin pretensiones de generalizar, sino de generar preguntas y aprendizajes, para que los decisores políticos, profesionales y líderes comunitarios puedan revisar y mejorar relaciones y posibilidades de accesibilidad, equidad, expresión y participación de personas que suscriben a modos de vida diferentes de las hegemónicas.

¿Cuáles son las barreras o trabas para la accesibilidad y equidad de las intervenciones sanitarias?
¿Son un problema de macroestructuras y decisores políticos o de calidad de gestión de los trabajadores, decisores locales de los prestadores de servicios? ¿Qué rol juegan creencias o modo de vivir, de las personas que reciben los servicios?

¿Los programas sanitarios con discurso de APS, mejoraron accesibilidad de poblaciones marginadas a servicios de salud? ¿Lograron que la gente se expresara y participara? ¿Por qué? ¿Qué

⁹ Formularios N° 1,2 y 3 del Programa de APS. Ministerio de Salud Pública de Salta.

normativas y prácticas favorecieron esto y cuáles no? ¿En qué temas y modos se expresan y participan esas poblaciones? ¿Y en qué medida eso se relaciona con mejores condiciones de salud? En síntesis, las desigualdades en las posibilidades de vida sin enfermedades o mortalidad evitable, ¿son un problema de eficiencia o calidad de gestión de los servicios de salud a nivel local? ¿Es un problema objeto de las grandes decisiones? ¿Es cuestión de desigualdad o de diferencias culturales? ¿En qué medida y forma los grupos con menos poder, subalternos, pueden incidir para mejorarlos? Éstas fueron algunas de las preguntas que guiaron el trabajo de sistematización realizado.



2. EL LUGAR Y SU GENTE

*"Iruya estaba creada para siempre, blanca sobre la alzada palma del abismo,
iba de dedo en dedo en las manos del hombre endureciéndose"...
"Yo estuve viendo al hombre cuando alzaba la sombra de su casa de hebra en hebra, como
un barracón tibio. Vi sus manos lamiendo dócilmente trozos de piedra y barro.
Con uñas enlutadas lo he visto hacer en greda y pasto en sueño la primera pared,
el primer pecho de hombre sobre la cordillera.
Lo he visto modelando la cenicienta cara del silencio. Tomar el cielo entero, oscurecer su
entraña más celeste y meterla en su cuarto, como un trozo de lámpara apagada.
Yo he visto hacer a Iruya."*

Castilla, Manuel J.

Las características particulares de región y población a la que nos referiremos, su condición de aislamiento y población minoritaria dentro de la sociedad argentina, plantean la necesidad de un pantallazo de aproximación. Advertimos que más allá de las citas correspondientes, es una fotografía construida a propósito del presente trabajo y a posteriori de vivir muchos años en Iruya.

Tanto la información que se sistematizará después, como los análisis a los que dará lugar, mostrarán los prejuicios e ignorancias con que solemos mirar desde otros lugares y posiciones a estos contextos.

Iruya, más allá de jurisdicciones políticas, es parte de una unidad histórico-geográfica y social, que suele ser descripta como región de las “Tierras Altas”, tal las nomina Ian Rutlege, cuando habla del desarrollo del capitalismo en Jujuy¹⁰.

Territorio “colla” del noroeste argentino, incluye aproximadamente la puna jujeña (Departamentos de Santa Catalina, Yavi, Rinconada, Cochinoca, Susques, Humahuaca de Jujuy), puna y valles cordilleranos de Salta, (Departamentos Los Andes, Santa Victoria Oeste e Iruya) (Anexo N° 1).

Habitado originalmente, por dos grandes grupos étnicos: los Omahuacas de la Quebrada y Atacamas de la Puna, recibieron influencias de grupos limítrofes como los Atacamas del desierto del norte de Chile, Calchaquies, Diaguitas, hasta que fueron invadidos y dominados por el imperio Inca.

La civilización del Tiahuanaco estaba compuesta por aimaraes y collas del altiplano boliviano. Los grupos collas divididos no pudieron resistir, y su decadencia coincide con el esplendor de Incas, quienes dominaron tres grandes grupos: los yungas de la región cálida, los quichuas de la templada y los collas de la región fría.

Geopolíticamente el imperio estaba dividido en cuatro regiones que formaron el Tahuantisuyo. Una de ellas, el Collasuyo se extendía en las zonas frías de Perú, Chile, Bolivia y Argentina. El antiguo reino colla dio su nombre a los aborígenes del Collasuyo aunque no fueran descendientes de Aymaras: Atacamas, Omahuacas, Chibchas, Calchaquies, Diaguitas¹¹.

Zona de gran pobreza y marginación socio-económica todos sus departamentos, aún con dependencias políticas diferentes – provincias de Salta y Jujuy – estaban ubicados en 1991 en los primeros lugares entre los 522 departamentos del país y en todos los parámetros de necesidades básicas insatisfechas.¹²

En las nacientes del Río Bermejo se halla el Municipio de Iruya que junto al Municipio de Isla de Cañas, conforman el Departamento Iruya, en la Provincia de Salta. (Anexo N° 2). El territorio del Municipio de Iruya se corresponde con la denominada Área Operativa VI, dependiente de la zona sanitaria oeste del Ministerio de Salud Pública de Salta. (Anexo N° 3)

Iruya tiene 2.460 km. de extensión y una muy dispar geografía que cambia abruptamente de oeste a este: primero tierras altas, áridas y frías montañas, luego bordea la puna jujeña, pasa después por la región de las yungas, hasta la selva cálida y exuberante de Orán, en sólo 100 km. de recorrido del río homónimo.

El pueblo de Iruya, cabecera del Municipio, se encuentra situado en latitud 22° 50' Sur, longitud 65° 14' Oeste, a una altitud de 2.713 metros sobre nivel del mar, y ocupa un plano inclinado sobre la quebrada formada por los cerros de la Cruz y Casa Grande, y entre los ríos Iruya y Milmahuasi. Sus calles empedradas se disponen entre casas coloniales de muy poco terreno, por lo cual se amplían hacia lo alto. Las nuevas construcciones se ubicaron al frente, del otro lado del río, lugar llamado “la Banda”.

El pueblo dista 320 km. de Salta, ciudad capital de la provincia, para llegar a la cual hay que atravesar toda la provincia de Jujuy. Después de 2 horas de viaje, por camino de cornisa, se llega a Humahuaca; pasando luego por San Salvador de Jujuy – capital de la vecina provincia – y después de 8 horas en total de viaje, se llega a Salta.¹³

Desde hace unos 8 años, existe otro camino precario de acceso al Departamento, desde el paraje de Rodeo Colorado, por allí se tardan 6 horas para llegar a Humahuaca.

La comunicación en línea recta por territorio salteño, es a través del lecho del río, pasando por la localidad de Isla de Cañas (cabecera del otro Municipio del departamento) ubicada a 70 Km. de la ciudad de Orán. Esto lleva dos días de camino desde Iruya.

Iruya con una altura promedio de 3.500 mts, es una región de bellísima geografía, montañas agrestes, nieves perennes en sus picos más altos, valles profundos con fuertes vientos y ríos de fuerte pendiente. De clima frío y seco con pocas variaciones estacionales de temperaturas, reina el sol casi todo el año, con excepción del tiempo de tormentas y lluvias en verano y sus aludes: los llamados “volcanes”, es decir masas de tierra, piedra y agua, que se trasladan asemejándose a masas de lava. Todo lo anterior, motivo de gran atracción y admiración turística por colorido, belleza y magnitud, es al mismo tiempo la condición de mayor adversidad para la vida de sus habitantes.

El ejido municipal, incluye al pueblo del mismo nombre, donde termina el camino carretero y unas 22 comunidades distribuidas entre cerros, a las que se accede por caminos de herraduras, montados o a pie, demorando entre 2 y 16 horas para llegar a cada una de ellas.

¹⁰ Rutlege Ian (1994) “*Cambio Agrario e Integración*”. Proyecto Ecira. Jujuy.

¹¹ Olmedo y Rivera, Jesús (1990) “*Puna, zafra y socavón*”. Ed. Popular. Madrid.

¹² Ministerio de Economía de la Nación (1994) “*Mapa de la Pobreza en Argentina*”. Buenos Aires.

¹³ Es costumbre local registrar las distancias en tiempos de recorrido ya que por sus condiciones geográficas, y habituales medios de traslado, los kilómetros no dicen nada.

En épocas invernales, según la topografía que hayan dejado las crecidas estivales, se habilitan los lechos de los ríos como huellas para camiones o tractores, hacia las comunidades más cercanas. En algunas oportunidades se logra llegar hasta el pueblo de Isla de Cañas.

*“Iruya se encuentra en el llamado Valle de Zenta y enclavada en sierras subandinas. No hay registros de una fundación cierta. La historia escrita da cuenta de que se habría formado con los habitantes y trabajadores de la hacienda del mismo nombre, cuyos propietarios, el Licenciado Juan Bernardo Madrigal y Felipe y Matías Armella, la obtuvieron, por Merced Real de 1634 y posesión real del 27 de octubre de 1646.”*¹⁴

La cita anterior da cuenta de un origen “posterior” a la conquista, silenciando en las crónicas escritas su historia anterior.

*“La condición de ser conquistador y primer poblador, o descender de ellos, tuvo gran importancia en las primeras épocas, ya que dicho carácter fue indispensable para obtener Mercedes de Tierras y encomienda de indios”. (Gonzalez Bonorino;1998:7). “Las Mercedes reales tenían gran importancia en el reparto de tierras pues implicaban el deseo de los conquistadores de asentarse en la región”. (Cornejo, 1934; 17).*¹⁵

La memoria de los actuales pobladores, informa como origen del pueblo un cuartel de reclutamiento de soldados en luchas por la independencia. Y señala que la Virgen del Rosario – patrona del departamento – indicó el lugar para su emplazamiento: en dos oportunidades quisieron instalar pueblo y capilla en el rodeo hoy llamado “Pueblo Viejo”, y las dos veces, la imagen volvía aparecerse donde esta emplazado hoy el pueblo.¹⁶

Un monolito al ingreso indica su fundación en 1753, el mismo que señala Figueroa¹⁷, posterior a la Merced real y anterior a la fundación de Orán. La primera Municipalidad se constituye en 1857.¹⁸ (Razzori ,1945: 407-8, t II).

Los apellidos de familias que actualmente viven en el pueblo se rastrean en migraciones procedentes de dos provincias (Jujuy y Salta) y dos países (Argentina y Bolivia). Los datos de las mercedes reales, litigios y límites con el Marquesado del Tojo –Tarija y Yavi –, Jujuy, dan cuenta de que los primeros propietarios, son originarios de las regiones que hoy comprenden Humahuaca, Jujuy y Orán. (Russo de Borelli, 2007: Capítulos II y III).

Los estudios antropológicos indican la confluencia de diferentes culturas originarias: los quichuas y los guaraníes. En lengua quichua, el nombre debería ser Iruyoc- “lugar” del Iruy “paja. Mientras que en lengua guaraní significa “donde nacen los ríos”, mejor descripción geográfica de su emplazamiento.¹⁹

En el pueblo viven hoy alrededor de 1400 personas, y es la sede municipal. Allí está el Hospital, el destacamento policial, la parroquia católica y templos evangélicos, la escuela primaria más grande del departamento y el principal colegio secundario (existe otro más pequeño en Rodeo Colorado). También allí están ubicados la mayoría de comercios y almacenes donde se abastece la población del Municipio.

Su comunicación con el exterior es actualmente a través de uno o dos colectivos diarios desde Humahuaca, (frecuencia que ha aumentado en los últimos años, por el turismo estival).

Desde el año 1998, el pueblo cuenta con luz eléctrica permanente provista por motores a gas oil, cabina telefónica y servicio irregular de celulares. Desde 2002, con servicios de internet en el Colegio Secundario, por gestión y donación privada.²⁰

Cada paraje del interior es un escaso caserío agrupado, una escuela primaria, (generalmente plurigrados, varios grados a cargo de pocos maestros), puesto sanitario, capilla y algunas viviendas dispersas entre los cerros. Con un promedio 50 familias cada uno. (Ver Anexo N° 2).

Todas esas comunidades suman aproximadamente 3400 personas, la mayoría sin luz eléctrica permanente, ni comunicación telefónica; sólo equipos de radio – con baterías y paneles solares – comunicados con el Hospital y una central del Ministerio de Salud de Salta. Algunas tienen idénticos equipos comunicados con la Municipalidad.

¹⁴ Russo de Borelli, María Luisa (2007), *“Iruya, ecos de antaño”*. Secretaría de Cultura de la Pcia. Salta.

¹⁵ Cornejo, Atilio (1934), *“Apuntes históricos sobre Salta”*. Talleres Gráficos Ferrari Hnos. Buenos Aires.

¹⁶ Relato Alcira Alemán, vecina de Iruya en 1980.

¹⁷ Figueroa, Fernando (1986), *“Compendio de Historia y Geografía de Salta”*. Ed. Plus Ultra. Buenos Aires.

¹⁸ Razzori, Amílcar (1945), *“Historia de la ciudad argentina. Las villas de los españoles durante la época del Coloniaje”* Tomos I y II. Imprenta López. Buenos Aires.

¹⁹ Zacarías, Angel (1983), Maestro correntino bilingüe, que se desempeñó en Higuera muchos años.

²⁰ La Cooperativa Telefónica de Pinamar, después de conocer por TV el aislamiento de Iruya, en 2002, financió instalación y capacitación de todas las instituciones del pueblo para uso de Internet.

La densidad poblacional del Municipio es de 1,9 hab./km². Según el censo permanente del programa de APS, la población se mantiene relativamente estable en alrededor de 4800 habitantes en los últimos 30 años. Su pirámide poblacional (Anexo N° 4) muestra una base ancha, alta natalidad, población prioritariamente joven, propia de zonas rurales de países en desarrollo. Mayoría de niños, mujeres y ancianos; y un marcado proceso migratorio de jóvenes y hombres en busca de fuentes laborales.

La pirámide controlada anualmente por el Programa, sólo mostró leves incrementos coincidentes con cierre de ingenios y establecimientos mineros en la década del 90, (luego las migraciones fueron por cosechas de frutas a Cuyo, o por recolección del tabaco en Jujuy), y un leve incremento, entre 1999 y 2001 atribuible a las difíciles condiciones sociales y de inserción laboral en las ciudades por esos años.

Sin mayores modificaciones en el total de la población, las variaciones sólo fueron en su distribución interna: aumenta la concentración en el pueblo, en desmedro de algunos parajes del interior, que casi han desaparecido.

El Municipio tiene además la particularidad de un proceso de migración estacional interna: dos comunidades se trasladan con escuela y puesto sanitario en búsqueda de pasturas para sus animales en invierno y evitando el aislamiento por las lluvias en verano. En mayo el poblado de Aguanita se traslada a Porongal, y Abra de Sauce a Matancillas de San Antonio, y regresan a su emplazamiento en noviembre.

Según el Censo de 2001 Iruya está en tercer lugar de criticidad, entre los 59 Municipios de Salta, con el 65,40% de su población con necesidades básicas insatisfechas.²¹

Algunos datos que amplían el panorama sobre condiciones socioeconómicas, a diciembre de 2008²²: el 18% de jefes de hogar y el 41% de las mujeres jefas de hogar no tienen escolaridad; el 57% cuenta con primaria incompleta. El 72% de la población habita en viviendas de adobe, techo de paja o zinc, piso de tierra, sin cañería ni agua dentro de ellas, y sin retrete con descarga de agua, ni acceso a luz eléctrica. Un 96% se identifica como perteneciente a la etnia colla.

De un total de 900 familias con un promedio de 5 integrantes cada una sólo el 28% tiene obra social (por ser jubilado o pensionados de ingenios azucareros y empleados públicos de salud, educación, de la municipalidad, vialidad o policía).

La mayoría de la población vive tradicionalmente del cultivo en pequeñas parcelas, de papas, maíz, oca²³ o arvejas, productos que extraen con muchas dificultades por lo pedregoso del terreno y la escasez de agua, la crianza de ovejas, cabras o llamas; pocas vacas y frutales en la zona baja, todo lo cual alcanza para el autoconsumo o trueque.

Desde la década del '90, se refieren como fuente de ingresos una gran profusión y superposición de programas sociales y asistenciales: comedores, bolsones, programas de empleo comunitarios y transitorios, que no llegan en su conjunto a cubrir todas las familias o personas, ni tampoco a satisfacer todas sus necesidades básicas.

Como señas particulares, diremos que los iruyanos en general, son personas que demuestran gran fidelidad a las normas morales de sus ancestros, expresadas en quechua²⁴: "*Amasuwa*", no seas ladrón; "*Ama llulla*", no seas embustero; "*Amaqhella*", no seas flojo. Sobresalen por su honestidad y capacidad de trabajo. La totalidad de la población adulta, y la mayor parte de los adolescentes, trabajan de sol a sol, aunque a los efectos de caracterizaciones y nominaciones de afuera, se los considere "*sin trabajo*". Trabajo tienen, carecen de ingresos.

Especialmente solidarios, comunicativos, alegres y festivos, contrastan con las características de las comunidades collas de la puna, más callados e introvertidos. Sin ninguna pretensión de objetividad, pero seguros de que es la apreciación de cualquiera que haya llegado a Iruya, es un lugar bellísimo, y su gente cálida y acogedora.

²¹ Dirección Provincial de Estadísticas. Gobierno de Salta. 2002

²² Formulario N°3. 4ta Ronda. Diciembre 2008. Programa APS. Ministerio Salud Pública de Salta.

²³ "Oca": una especie de papa pequeña y dulce, cultivo y alimento usado en comidas de la zona.

²⁴ Trilogía ética que en Bolivia el movimiento indígena-popular ha recuperado como patrimonio moral.

CAPÍTULO II

CAMINO DE INVESTIGACIÓN TRANSITADO



“Unos cinco mil años antes de Champollion, el dios Thot viajó a Tebas y ofreció a Thamus, rey de Egipto, al arte de escribir. Le explicó esos jeroglifos, y dijo que la escritura era el mejor remedio para curar la mala memoria y la poca sabiduría. El rey rechazó el regalo: -¿Memoria? ¿Sabiduría? Este invento producirá olvido. -La sabiduría está en la verdad, no en su apariencia. - No se puede recordar con memoria ajena. Los hombres registrarán, pero no recordarán. Repetirán, pero no vivirán. - Se enterarán de muchas cosas, pero no conocerán ninguna”

Eduardo Galeano
“Espejos”

Por honestidad con el camino elegido, es necesario precisar posiciones en relación al problema, modos de conocimientos, variables y antecedentes de abordajes del mismo. No hablamos de teorías a aplicar. Sólo queremos señalar algunos indicios de linajes, orígenes de nuestro pensamiento, aquellos que permitieron abrir y cuestionar los datos sin pretensiones de cristalizar doctrinas o dogmas. Avisar desde dónde miramos la realidad, seguros de que no es la nuestra la única mirada sobre ella.

Las teorías suelen ser difíciles de comprender para quienes no están acostumbrados a trabajar con ellas, de igual manera que no es fácil usar un martillo o hacha para quien no lo hace habitualmente. Pero nos permiten desprendernos de “lo dado”, de “lo concreto”, para pensar e imaginar transformaciones.

En un mundo donde nos son entregadas como inmodificables tantas injusticias, vale defender instrumentos que nos invitan a desprendernos de lo real, pensar y soñar en otros mundos posibles.

a) La salud como una construcción histórica y social

Como salud suelen integrarse una síntesis de condiciones de vida y calidad de vida, tanto de las personas como de sus grupos de pertenencia, porque está relacionada con múltiples cuestiones económicas, culturales, políticas que interpelan a diversos actores o instituciones. Tiene que ver nada menos que con la vida y la muerte y como indica el saber popular, “*sólo se valora cuando se la pierde*”.

La salud y la enfermedad no son entidades naturales, universales o inmodificables, sino construcciones sociales, que sólo existen como tales, en el marco histórico-cultural en que se constituyen como entidad: lo que es sano para una sociedad, no lo es necesariamente para otra.

Decimos salud y hablamos de enfermedades. Hablamos de salud y algunos piensan en equilibrio y paz, en no tener preocupaciones o sufrimientos, en llevarse bien con quienes uno quiere, en armonía con la naturaleza o aún con seres superiores. Otros en no tener enfermedades, discapacidades o no correr ningún riesgo inmediato de muerte o pérdida de calidad de vida.

Las causas de las enfermedades han variado según lugares y tiempos de la historia, y pueden ser diferentes para la misma persona en el mismo tiempo y lugar: algunos van al médico del hospital por algunas dolencias, y al curandero o la iglesia para otras.

Hay recursos que son básicos, imprescindibles para mantenernos vivos, como los alimentos y el agua. Otros que serán demandados sólo por algunas pocas personas, como un trasplante de corazón o un remedio raro. Hay cuestiones de la salud que defenderemos como privadas: cuántos hijos tener o cómo morir. Otras de interés colectivo que exigen su cuidado para todos, tales como las enfermedades contagiosas o la contaminación del ambiente.

Son diversos los bienes o recursos que necesitamos para estar sanos, que además se consiguen de diferentes modos: algunos a través de su salario, otros de la tierra que cultivan o de la renta de sus propiedades. Y hay quienes no pueden acceder a ellos y dependen de parientes, instituciones o del gobierno para su asistencia.

En síntesis salud y enfermedad son temas por demás complejos, con múltiples aspectos y diversos significados, lo que demandará para su análisis recortes y precisiones sobre sus alcances.

b) Componente de intervención y responsabilidad social

Evitar enfermedades ha sido un objetivo deseable para cualquier sociedad y la búsqueda de la salud colectiva se inicia con la historia humana: los acueductos romanos y las acequias andinas dan cuenta de ello.

Como la atención de la salud y enfermedad demandan responsabilidades de la organización social, es parte constituyente de la llamada “cuestión social”, proceso histórico asociado a las sociedades modernas, cuando intervienen sobre sí mismas a partir de la formación de los estados modernos.

Para Castel, (1997)²⁵ “lo social” surge para paliar la brecha entre la organización política (estados) y el sistema económico (capitalismo), remite a regulaciones que no son del mercado, cuando ya no funcionan los sistemas de sociabilidad primaria.

Las intervenciones en la salud son parte de las respuestas del Estado y los grupos de poder, a los problemas que plantean a la sociedad aquellos sectores percibidos como amenazas. Respuestas llamadas sociales, por ser un ámbito donde ni lo económico ni lo político pueden ofrecer soluciones, y que se traducen en prácticas que intentan controlar, negociar, integrar, prevenir o insertar a esos grupos. Acciones e intenciones que cambian a lo largo del tiempo y lugares, de acuerdo a las condiciones sociales y económicas, sistemas de producción, maneras de pensar, ideologías y discursos de quienes deciden.

Entendemos entonces a las políticas sanitarias como parte de las políticas sociales, como acciones y omisiones del Estado en relación a cuestiones que concitan, atención o movilización de los actores sociales²⁶. Implican por lo tanto, una toma de posición que intenta su resolución, según la mirada y orientación de quienes logran imponerse al conjunto social.

El sentido y orientación de las mismas deberá ser analizado en términos de distintos proyectos socio-políticos en pugna, sustentados en representaciones de los diferentes actores que intervienen y donde cada uno intenta imponerle al otro, sus formas de ver el mundo o “*discursos de verdad*”.

²⁵ Castel, Roberto (1997), “*La metamorfosis de la cuestión social*”. Ed. Paidós. Buenos Aires.

²⁶ Oszlak, Oscar (1997), “*Estado y sociedad, las nuevas reglas de juego*”. En Oszlak Oscar (comp), “*Estado y sociedad las nuevas reglas del Juego*”. Vol 1. Colección CEA- CBS. EUDEBA. Buenos Aires.

Son decisiones que suelen presentarse como explicación natural e inmodificable, cuando no son más que la forma de ver la realidad, de quienes detentan el poder.²⁷

Parece entonces fundamental para entender cualquier intervención social, la necesidad de analizarla en relación con la historia, las instituciones, el personal, las lógicas y discursos desde quienes las deciden.

La responsabilidad de los estados modernos sobre la salud, ha incluido históricamente dos aspectos: el más antiguo, el saneamiento ambiental como abordaje preventivo, y mucho más recientemente la atención médica, como dimensión curativa.

La interrelación de ambos campos es entendida como salud pública, aquella que incluye la totalidad de los servicios que el estado presta en la atención a la salud, directamente sobre las personas y sobre el medio.

La historia de la salud pública muestra que la disminución de mortalidad y grandes epidemias en Europa a partir del siglo XIX, no se debió a actividades específicamente médicas, sino a una mejor alimentación, agua potable accesible, mejora en viviendas o nivel de instrucción. Antes de mediados de siglo pasado la simple asistencia médica alteraba poco la historia natural de las enfermedades.

A fines del siglo XIX, con el descubrimiento de gérmenes, la importancia asignada a medidas de asepsia y antisepsia, la génesis de enfermedades infecciosas, preparación de vacunas etc., aparecen avances espectaculares en la medicina. Y con ello la confianza en que el progreso de la ciencia y tecnología permitirían dominar todas las patologías.

En la década de 1910 a 1920 la medicina dio cuenta de poder alterar la evolución de enfermedades a partir del impacto de la ciencia y la tecnología, de las adquisiciones de la física, química, microscopio, rayos X, por citar sólo algunos casos. Ello ayuda a entender el porqué de la interiorización de un modelo físico, para visualizar al hombre, circunscrito a un organismo tangible, con un enfoque ingenieril para análisis de su estructura y funcionamiento: determinar qué parte funciona mal, componerla, eliminarla, llegando a intentar sustitución de partes por medio de transplantes.

Los éxitos y avances que provocó este modelo en la medicina, explican al decir de Sonis,²⁸ la influencia del mismo como esquema hegemónico en la atención de las enfermedades. Modelo reduccionista de especialidades en base al esquema de ciencia “exacta”, centralizado en la enfermedad del individuo y en hospitales, como gran fábrica de salud donde se enseña y reproduce el círculo que asegura su propia subsistencia.

Más allá de los resultados exitosos en la reparación de algunas enfermedades de pocas personas, es un modelo que ha demostrado – al decir del mismo especialista Sonis – ser ineficaz. No logra el objetivo de curar la mayoría de las enfermedades y resulta también ineficiente, por el alto costo que demanda para llegar a todos.

Siendo ese modelo el principal responsable de la crisis de financiamiento, deshumanización e inequidad de la atención médica, sin embargo sigue siendo el modo dominante en la atención de las enfermedades, para quienes tienen recursos económicos y cercanía a centros urbanos y servicios.

Paralela y marginalmente al mismo, evolucionó la medicina preventiva a la que se reservó el nombre de salud pública y se entendió como el control de enfermedades infecciosas, programas que tienen poca relación con los servicios de atención médica y que son manejados prioritariamente por el sector público. Enseñada en universidades como materia alejada de la clínica, fortaleció el divorcio entre lo preventivo y lo asistencial, favoreciendo una práctica médica clínica e individual.

Todo ello contribuye a explicar que más de 100 años después, no se logre superar la dicotomía entre la medicina preventiva y curativa²⁹, ni la brecha entre avances de las ciencias y el acceso a sus beneficios para toda la población.

Sostenemos como más integrador el concepto reciente de “salud colectiva”³⁰ que el movimiento sanitario brasileño incorporó para denominar lo que hasta entonces se conocía como “salud pública”, o en sus expresiones críticas, como medicina social.

Salud colectiva entendía como el campo de prácticas en los procesos de salud, enfermedad y cuidados – PSEC de ahora en más –, con dimensiones históricas y psicosociales que no se limitan a lo médico, y que abre diferentes miradas y aportes que jerarquizan los determinantes sociales.

Salud colectiva como compromiso de producción de conocimientos para la acción, con la eliminación de desigualdades en salud, lucha por la inclusión social y construcción de ciudadanía.

c) Accesibilidad y equidad, problema que nos convoca

²⁷ Álvarez, Sonia, “Políticas de desarrollo social, transformaciones y paradojas”. En Susana Hintze(comp) “Estado y Sociedad. Las políticas sociales en los umbrales del Siglo XXI”. Eudeba. CEA. UBA. Buenos Aires.

²⁸ Sonis, Abraham, Paganini, José (1983), “La atención de la salud, características, tendencias, problemas”, en “Medicina Sanitaria y Atención de la Salud” Tomo II. El Ateneo. Buenos Aires.

²⁹ Sonis, Abraham (1983). O. Citada.

³⁰ Revista “Salud Colectiva” (2005), Volumen 1. Número 1. Centro de estudios para la salud con el auspicio de la Universidad Nacional de Lanús. Buenos Aires.

Durante el siglo XX la esperanza de vida del Homo Sapiens casi se duplicó, aumentando tanto como en los 40 siglos anteriores juntos, hazaña que se desdibuja si pensamos que la brecha entre lo que hoy se hace por la salud y lo que podría hacerse por el bienestar de todos, nunca ha sido tan grande.³¹

Definimos **la accesibilidad** como “*facilidad con que cuenta la población para usar los recursos en salud*”³², concepto que suele incorporar distintas dimensiones:

- ✓ Accesibilidad geográfica, medida en términos de distancia y dificultades en disponibilidad de servicios.
- ✓ Accesibilidad jurídica, conjunto de normas legales que aseguran a las personas la posibilidad de alcanzar los recursos sanitarios cuando los necesite, amparado en el derecho a la salud, como derecho humano básico.
- ✓ Accesibilidad económica, sea por nivel de ingresos, o por gratuidad de los servicios al momento de la prestación, y por naturaleza o calidad de los servicios disponibles.
- ✓ Accesibilidad administrativa u organizativa, facilidad de trámites o exigencias de los servicios, distribución de recursos, horarios, para mejor uso de infraestructura disponible etc.
- ✓ Accesibilidad cultural, valor de uso de los servicios para la población, en el que inciden factores psicológicos y sociales. Se reconoce por el grado de compatibilidad entre códigos y pautas de vida de las personas – según edad, género, identidad de pertenencia – y la de los servicios.

Todos estos componentes son fácilmente reducibles por la influencia inequívoca en ellos de la estructura social y todos tienen potencialmente influencia negativa en la zona que nos ocupa: distancias, inaccesibilidad de caminos, dispersión de población, bajo número y complejidad de los servicios, distancias de centros urbanos, además de la pobreza generalizada de la población.

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

“En cualquier tramo del proceso que va desde la aparición de un problema de salud hasta su resolución final, o también como grado de tensión o conflicto producido frente a la necesidad de atención de salud” (Jockers, 2004:12)³³.

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

Según T. Evans y M Whitehead las desigualdades reflejan diferencias de salud entre grupos y las inequidades, al conjunto de desigualdades que se consideran injustas. Señalan que en salud combatir las inequidades, *implica disminuir diferencias evitables e injustas al mínimo posible, que cada uno reciba atención en función de su necesidad (equidad de acceso y uso), y que contribuya en función de la capacidad de pago, (equidad financiera)*. (Organización Panamericana de la Salud 1998).

Analizar la accesibilidad en relación a equidad/ igualdad/ justicia, como acceso a la atención disponible ante iguales necesidades, igual utilización para igual necesidad, igual calidad de atención para todos y todo lo anterior, como dispositivos de los gobiernos, abarca muchos términos polisémicos (con muchos sentidos)

Asumiremos autores³⁵ que explican la justicia como una ley general, la equidad como profundización de la justicia en la aplicación de la ley a la singularidad de cada caso y asociada a justicia social en la medida que propone como principio normativo y corrector de situaciones de desigualdad, aquellas relacionadas con distribución de bienes primarios, capacidades, realizaciones etc.

Como punto de igualdad que aceptaría cualquier teoría de justicia social, entendemos que los gobiernos son responsables por **servicios, instituciones y recursos que faciliten a la población una vida sin enfermedades o sufrimientos evitables, ni mortalidad prematura**. (Spinelli; 2004: 254.ss)

³¹ Escudero, Juan Carlos (2000) *“De qué hablamos cuando hablamos de...”*. Encrucijadas. Revista de la UBA. Buenos Aires.

³² Ferrara, Floreal Antonio (1985). *“Teoría social y salud”*. Catálogos. Buenos Aires.

³³ Jockers Elfi (2004), *“Accesibilidad cultural a los servicios de salud”*. Tesis Maestría en Salud Pública. U.N.S.A. Salta.

³⁴ Whitehead M, (1991), *“Los conceptos y principios de la equidad en la salud”*. Centro de Documentación e Información, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud (HSP). Diciembre. OMS.

³⁵ Spinelli, Urquía, Bargalló y Alazraqui (2004) *“Equidad en salud: teoría y praxis”* en *“Salud Colectiva”* Spinelli Hugo (comp). Ed Lugar. Buenos Aires

d) Atención primaria estrategia para lograr “salud para todos”

La constatación de falta de accesibilidad de los servicios sanitarios para la mayoría de las poblaciones, aparece como preocupación constante de los gobiernos desde no hace más que 60 años.

Experiencias exitosas como la de los médicos descalzos de la China o de medicina familiar en Cuba, del impacto verificado de campañas preventivas o programas de extensión de cobertura en atención de enfermedades prevalentes (como el paludismo, de especial incidencia en nuestro caso) y de los cambios en indicadores tradicionales de morbilidad y esperanza de vida, producidos por modificación del saneamiento ambiental, nutrición o agua potable, son cuestiones todas que significaron desde mediados del siglo pasado la profusión de reuniones de ministros, documentos de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud con recomendaciones de cambios hacia sistemas más integrales de atención de la salud, y propuestas de medicina con diferentes adjetivos como preventiva, general, social o comunitaria.

La Conferencia Internacional de OMS y UNICEF, en Alma-Ata – Rusia – en septiembre de 1978, legitimó oficialmente como acuerdo mundial, una forma de organizar sistemas sanitarios con el propósito de lograr “salud para todos en el año 2000”, la llamada Atención Primaria de la Salud (APS).

Se la definió como “*asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puestos al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación.*”³⁶

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

Pero la implementación de los programas de APS en Latinoamérica, se caracterizó por su heterogeneidad – sustanciales diferencias sobre qué era APS y cuáles sus componentes- y discontinuidades – por la poca sustentabilidad o reducción a determinados contextos.

En el plano conceptual desde sus inicios estuvo sujeta a diferentes interpretaciones, que reflejan perspectivas políticas y sanitarias divergentes. En un mismo país o provincia, aún un mismo servicio, conviven encontradas interpretaciones y aplicaciones de esta estrategia.

De hecho muchos ponen en cuestión si la APS, por la utilización o aplicación que se hizo de ella, marca el fin de una época, la del estado de bienestar, o el comienzo de otra, la de las políticas neoliberales. Esto porque APS sirvió tanto para extender cobertura en sistemas universales, como para asistir focalizadamente y con menor calidad a las víctimas de las políticas de ajuste.

Desde las prácticas por las que hemos transitado, entendemos la APS y adherimos al concepto que la describe como conjunción de tres elementos indispensables³⁷: a) ser puerta de entrada al sistema de salud; b) asegurar una atención permanente y longitudinal de la persona, aún en ausencia de enfermedad y c) proveer una atención integral que haga frente a todas las necesidades de las personas. Definición que, como todas, recorta, expresa y oculta al mismo tiempo y requiere resaltar cosas no dichas.

- ✓ **Si es puerta de entrada, es comienzo de algo, no su totalidad, sólo lo primero**, y como tal implica demostrar su capacidad de abrir, relacionar y coordinar con el resto de prestaciones o niveles de complejidad. Respuestas básicas para todos, al mismo tiempo que coordinación para respuestas más individuales o complejas. **Atención Primaria primera, no es atención única**
- ✓ Si es atención en ausencia de enfermedad, acción sobre las causas y preventiva, **no significa excluir la atención de enfermedades**. Acción preventiva remite al trabajo en las condicionantes socio-económicas, antes que en la enfermedad, con funciones extra-hospitalarias y con otros actores sociales, no sólo con profesionales de la salud. Pero no es una intervención que deje sin asistencia de médicos u hospitales cuando las enfermedades lo demanden. **Atención primaria refiere a un componente del servicio sanitario.**
- ✓ Si provee atención integral, **implica que no es sólo asistencia médica, incluye otras respuestas a necesidades prioritarias**. También investigación y docencia. No sólo dolencias físicas, también malestares o sufrimientos, psicológicos y sociales que la población siente como “primeros”. Prioriza respuestas más frecuentes, de baja y mediana complejidad pero sin olvidar otras necesidades de salud.

³⁶ Declaración Conferencia de OMS-UNICEF.(1978) Alma-Ata, Rusia

³⁷ Alpert, JJ y Charney, E, citados por Sonis, A y Paganini J.(1982) “Atención de la Salud, hacia sistemas integrales de atención” Ed El Ateneo. Buenos Aires.

Más allá de cualquier definición o posicionamiento teórico o ideológico, en nuestro país desde 1994 la atención primaria está incluida en la Constitución como derecho a la salud de niños y adolescentes. La Convención de los Derechos del Niño, (CDN), consenso internacional firmado por todos los países (con excepción de EEUU y Somalia), tiene rango normativo superior (Art.75 de la Constitución Nacional), e incluye como derecho en salud la atención primaria con las siguientes especificaciones (art. 24. ley 23.849- CDN):

- a) Reducir la mortalidad infantil;
- b) asegurar asistencia médica primaria para todos los niños;
- c) combatir enfermedades y malnutrición, mediante suministro de alimentos nutritivos adecuados, agua potable, y evitando contaminación del medio,
- d) brindar atención pre y post natal a las madres,
- e) proporcionar información sobre principios básicos de salud y nutrición, lactancia materna, higiene y saneamiento, prevención de accidentes y enfermedades más comunes;
- f) atención en planificación familiar.

La misma CDN precisa sobre tales prestaciones una co-responsabilidad de familia, comunidad y Estado (Art.3 y 18 CDN), que al estar plasmados como consenso mundial, permiten tomarlos como derecho social básico exigibles como responsabilidad final, a los Estados.

Ante la complejidad que significaría el análisis de accesibilidad en salud por edades, grupos sociales o culturas, parece apropiado tomar dichos puntos como estándar en la atención de los niños, sector sobre el que nadie cuestionaría la responsabilidad del conjunto social.

Sin dejar de mencionar que tras las diferencias de género se ocultan otras necesidades y desigualdades, y que además los niños/ as y adolescentes también tienen derecho a opinar y participar (Art. 12 CDN).

*“La condición en que viven los niños son la definición de futuro que han adoptado las generaciones que hoy deciden”.*³⁸

e) Participación y diferencias culturales

Evaluar desigualdades como injustas implica considerar su evitabilidad como principio distributivo que los Gobiernos deben aplicar en relación a la asistencia sanitaria, pero considerando que el logro de resultados responde a necesidades heterogéneas.

Obviamente, no pueden ser consideradas como tales sólo las necesidades que el Estado o las clases dominantes determinan. La definición de equidad no puede soslayar el problema del sujeto que define las necesidades y su igualdad. Y ese sujeto no puede estar centrado sólo en el sector salud.

Si las necesidades y satisfactores quedaran exclusivamente en manos del Estado o clases dominantes, nos dejarían prisioneros del sistema de producción de mercancías, ese que mide aún lo no cuantificable y que nos impediría pensar otras necesidades humanas.³⁹ La lógica de necesidades según el mercado, se manifiesta como formas más extremas en la oferta de servicios de cirugía estética, complementados con paquetes turísticos, ejemplo actual de la medicalización de la vida cotidiana.

Según Agnes Heller (1984), “a cada cual según sus necesidades” significa que la sociedad debe proveer medios, normas y reglas estableciendo prioridades, acerca de cuáles necesidades se deben satisfacer primero, y cuáles pueden postergarse.⁴⁰

En ese propósito es central el grado de reconocimiento, expresión y participación de las poblaciones en el proceso de sus definiciones. Una es la expresión oficial desde los gobiernos y conductores, otra poco reconocida, es la mirada desde las poblaciones en la búsqueda de su bienestar.

Desde siempre, los grupos sociales, políticos, sindicales, entendieron que para mejorar condiciones de vida, debían buscar expresarse, reclamar y participar en el control de recursos y decisiones que los afectaban. La participación siempre fue identificada como forma de acción de sectores subalternos, con menos poder.

Lo novedoso en las últimas décadas, es que la participación social (PS) comenzó a ser impulsada por organismos internacionales y sus expertos, y crecieron las experiencias con el componente de “participación comunitaria” en programas de salud para comunidades pobres.

De la misma manera que lo ocurrido con el concepto de APS, el componente de participación tuvo diversos y encontrados significados: para algunos era que la gente ayudara a construir el centro de salud – mano de obra para abaratar costos – o que asistiera a cursos y charlas para cambiar aquellos hábitos o costumbres consideradas por los profesionales como perjudiciales para la salud.

Para otros entre quienes nos incluimos, es una actividad de control de la gente sobre los servicios, llegando a implicar un constante ejercicio de democratización y ciudadanía, eje de una democracia

³⁸ Senado de la Nación (1996), “Informe sobre desarrollo humano “. Buenos Aires.

³⁹ Chorny, A (1998), “Planificación estratégica en salud, viejas ideas en nuevos ropajes”. Cuaderno Médicos Sociales. CESSS N° 73. Mayo; 23-44. Rosario.

⁴⁰ Heller, A (1984) “Teoría de las necesidades en Marx”. Ed. Península. 2da edición Barcelona.

directa. Un claro ejercicio de poder que significa cuestionar lo dado, oponerse a la dominación y cooptación.

Historia de múltiples interpretaciones siempre atravesada por la cuestión de si la participación debía tocar decisiones instrumentales, sociales y políticas. Si debía ser solo a nivel local o sólo era PS cuando fortalecía sujetos y grupos, como movimientos que interpelaban al macro poder o estructuras. En el campo de las investigaciones realizadas sobre participación en procesos de salud, si bien han sido estudios que no abarcaron largos períodos, en general, con excepción de Cuba en algunos aspectos, hay quienes evalúan a la PS en salud como un fracaso.⁴¹

Más allá de la diversidad conceptual, objetivos o encuadres pareciera que la PS en programas sanitarios no ha redundado en mejoras de los servicios para las mayorías. Más bien produjo una explotación adicional de los pobres, con apariencia de un juego de entretenimiento a nivel local, mientras unos pocos, desde “afuera” (Consenso de Washington, organismos internacionales, grupos de poder) tomaban decisiones inconsultas, que deterioraron las condiciones de vida e hicieron cada vez más inaccesible, fragmentaria y desigual la atención de las enfermedades.

Es que la definición y los procesos de participación en salud como en otros temas, requieren posicionamientos más profundos sobre relaciones entre sujetos y estructura, tipos de relaciones o sociedades a construir, ideas sobre democracia, etc.

La participación tal cual la entendemos en su sentido de entrometerse en el proceso decisorio, adquirir poder, crear conciencia, es un proceso político y no es posible separarla de él. En realidad, es el conjunto de intervención del mundo occidental en los países coloniales el que está involucrado en la historia de ideas y prácticas sobre desarrollo y participación.

Algo parecido sucedió con el componente cultural, el reconocimiento de saberes y recursos locales en relación a los servicios sanitarios. Como dice Mario Testa, en cuando al abordaje de instituciones hipercomplejas como las de salud *“tanto en términos históricos y actuales las propuestas se hacen sobre los aspectos visibles, en tanto se requiere prestar mayor atención a los aspectos invisibles”*. (Merphy; 1997:17).⁴²

La cultura, como toda la dimensión social dentro del modelo hegemónico de atención de la enfermedad, suele considerarse como elemento agregado que refiere a todo y no dice nada. Suele limitarse a los aspectos folklóricos, costumbres curiosas de ciertos pueblos detenidos en el tiempo, y encuadrados como creencias o saberes populares contrarios al conocimiento científico. En suma, como algo a desterrar en los servicios de salud.

Los antecedentes de investigaciones sobre interculturalidad y salud, según Ibacache, muestran que los planes de gobiernos sobre el tema suelen ser *“parciales y desde cierto paternalismo”*, que las políticas de salud interculturales *“no son respaldadas con reconocimiento de organización y autogestión o manejo de territorios y cultura en otros aspectos”*. Advierten que quienes diseñan estas políticas, en relación a pueblos originarios, no pasan del discurso porque *“no se compran el cuento, no creen en lo fundamental de la cosmovisión mapuche”* (Ibacache; 2001; 45 y ss).⁴³

Otros trabajos plantean experiencias limitadas, casi anecdóticas, reconociendo el impacto que la relación intercultural significa en mejora de condiciones de salud de las comunidades originarias, y las fuertes resistencias en las prácticas por parte del personal profesional o decisores políticos.⁴⁴

Aquellos que se muestran abiertos como es el caso de la experiencia que nos ocupa, lo hacen en la medida que las entienden como experiencias útiles para integrar a esas comunidades a los propios objetivos institucionales.

Quienes estudian la complementariedad entre saberes medicinales de las culturas originarias y los de la sociedad mayoritaria, refieren la existencia de fuertes desigualdades en la consideración de unas y otras. Inscriben logros en algunas experiencias puntuales, como una complementariedad que se instala desde el modelo biomédico⁴⁵ hacia otros modelos alternativos, al tiempo que marcan la centralidad del modelo biomédico en los estamentos profesionales.

⁴¹ Ugalde, Antonio (2006) *“Las dimensiones ideológicas de la participación comunitaria en programas de salud en Latinoamérica”* en Menéndez, Eduardo y Spinelli, Hugo, (coord.). *“Participación social, para qué”*. Ed. Lugar. Buenos Aires.

⁴² Merphy E, Onocko R. (1997), Organizadores.” *Agir en saude. Um desafio para lo público*. Editora HUCITEC-Sao Paulo. Lugar Editorial. Buenos Aires.

⁴³ Ibacache Burgos, Jaime, Mc Fall, Sara, Lincoleo, José (2001) *“El caso de los mapuche”*, Pelape de Chile. Washington DC

⁴⁴ Salud sin límites (2000) *“Modelo de atención de parto con adecuación cultural”*, en “Informe de investigación inicial del Proyecto de provisión de servicios de salud sexual y reproductiva culturalmente adecuados en comunidades afectadas por la violencia en Ayacucho”. Perú.

⁴⁵ Menéndez Eduardo (2009) habla de cinco modelos, biomédico (saberes biológicos, que incluye antiguos naturistas) tradicional o popular (basado en curadores prácticos especializados, hueseros, yerberos, etc.) alternativo (concepción de sanación, no curación y bioenergética), académicos de otras tradiciones (hindú, acupuntura china, etc.) y auto-atención (en dos variantes naturalista de pequeños grupos de cuidados y

Otras investigaciones señalan que el intento de integrar en igualdad de condiciones a los pueblos originarios, solo equipara formalmente entidades étnicas diferenciadas, lo que transforma en ilusión engañosa la posibilidad de elegir sistemas⁴⁶.

El caso de un estudio sobre mapuches de la Universidad de Chile, da cuenta de “*la subordinación de medicinas tradicionales con respecto al sistema público, al no tener los sistemas de medicina mapuche normativas explícitas, con lo que se encuentran en permanente conflicto con la ley chilena*”.⁴⁷

En síntesis, sobre participación de sujetos o comunidades de culturas originarias los antecedentes refieren que, en general, han sido para los servicios de salud un pretexto de integración a la cultura hegemónica, no un diálogo entre pares sobre temas similares.

Suscribimos con Kusch⁴⁸ su idea **de cultura como modo de habitar el mundo**, y desde ella, la necesidad de una ciencia domiciliada, cuestionando como “académica y no científica” la postura que contrapone ciencia y creencias, subordinando o dando menor valor a lo que es diferente.

Creemos que las culturas no son objetos del pasado, ni personajes petrificados en el tiempo. Las entendemos como modos o disposiciones de vida, cuyo sujeto trasciende lo individual y material, ya que es una colectividad o grupo que nos constituye como sujetos. Nos cobija y arropa, nos da pertenencia – memoria – e identidad y también nos permite cambiar, transformar, tener proyectos. Concebimos la cultura como estrategia para vivir en un lugar y un tiempo, desde el suelo al horizonte simbólico; entre topía – “*lugar donde acontece lo humano*” – y utopía – “*lugar de lo no conseguido aún*” –.

Desde ella descartamos la antinomia ciencia/ cultura, el debate entre universalismo y relativismo cultural. Todas las culturas son relativas, todas cambian y aspiran a tener valores últimos. Y, si bien en el caso que nos ocupa es central el problema de las diferencias culturales, entendemos que éste no es un problema exclusivo de los pueblos originarios. Existen diferencias culturales por edad, oficio, origen social, género, etc., y la no consideración de ellas es en realidad un problema científico para todas las instituciones.

Siendo la salud y enfermedad un problema complejo y dependiente de múltiples cuestiones, nos plantea encontrar el difícil punto de referencia para una intervención que busca transformaciones y mejoras, al mismo tiempo que el reconocimiento de diferencias culturales.

Si todo es relativo, ¿todo vale? ¿Desde dónde o por qué planteamos que hay que mejorar? Los consensos entre los pueblos y culturas se construyen desde el enfoque de derechos.

Y aquí volvemos a dimensionar su complejidad. Si bien la teoría sobre los derechos humanos los refiere como indivisibles, además, el derecho a la salud tiene relación tanto con derechos civiles y políticos, como con derechos sociales, económicos; derechos individuales y derechos sociales, derechos comunitarios, al mismo tiempo que con derechos universales.

La salud no es sólo comer o respirar, y su violación no es sólo matar o quitar la vida. Es difícil separar la salud de una persona de la de sus grupos de pertenencia o medio ambiente. Salud depende tanto de una buena alimentación, como de poder informarse y educarse, defender la propia identidad o poder decidir por uno mismo. La salud como derecho, es madre, eje o nudo que ata muchos otros derechos y maneras de entenderlos.

La declaración universal de los derechos humanos de 1948 fue producida sin la participación de la mayoría de los pueblos del mundo. Ello explica que incluyera sólo el reconocimiento de derechos individuales (con la única excepción del derecho colectivo a la autodeterminación, ¡que además estaba restringido para pueblos sometidos a colonialismo!). O la prioridad dada a los derechos civiles y políticos por encima de los derechos económicos, sociales y culturales, el reconocimiento al derecho de propiedad como primer y por muchos años, único derecho económico. Declaración que plantea sólo derechos para las personas como si ellas no tuvieran relación con el resto de la naturaleza, descuidando los derechos del medio ambiente como los “*derechos de la tierra*”⁴⁹ que están planteando hoy los pueblos andinos.

Los derechos humanos claramente occidentales y liberales, muchas veces al servicio de intereses económicos y geopolíticos de estados capitalistas hegemónicos, han servido también para avalar inauditas atrocidades al ser manejados con una clara doble moral.

construido a partir de recursos propios, Alcohólicos Anónimos, etc.). Este último es el único no-asimétrico, porque no tiene curador especializado.

⁴⁶ Alvarez, Díaz, Andrea, “*Práctica complementaria en salud y recuperación del conocimiento tradicional mapuche*”. Doctorado en Antropología social, Universidad Autónoma de México.

⁴⁷ Donoso, Andrés; Álvarez, Valentina; Anigstein, Sol. (2004), “*Sistema médico mapuche en la ciudad. ¿Un reflejo de la medicina tradicional rural?*”. Universidad Católica de Chile.

⁴⁸ Kusch, Rodolfo (1973) “*El pensamiento indígena y popular en América*” Bs.As. (1975) Ed Hachette. “*América Profunda*”. Ed. Bonum (1976); “*Geocultura del hombre americano*”, San Antonio de Papua. Castañeda. Buenos Aires.

⁴⁹ Referencia de Leonardo Boff en la reciente Cumbre de Bolivia (abril 2010).

“Partimos de plantear que mientras los derechos sean concebidos como universales, tenderán a operar como localismo globalizado (imposición de algunos países dominantes sobre otros), como choque de civilizaciones. Para poder operar como una forma cosmopolita y contra-hegemónica, los derechos humanos deben ser reconceptualizados como derechos multiculturales” (Buenaventura de Souza, 1995: 20).⁵⁰

La tarea principal de una política emancipatoria de nuestro tiempo, consiste en una conceptualización y práctica de los derechos humanos, que pase desde un localismo globalizado o globalización impuesta (imposición de una cuestión local hacia todos los pueblos), a un proyecto cosmopolita o globalizaciones construidas desde abajo.⁵¹

“Tenemos derecho a reivindicar la igualdad, siempre que la diferencia nos hace inferiores, y tenemos derecho a reivindicar la diferencia, siempre que la igualdad nos descarniza” (Bonaventura de Souza Santos, 1995: 26)

Un discurso y una práctica anti-hegemónica de derechos humanos, requiere desarrollar diálogos transculturales, de problemas isomórficos (problemas de formas parecidas, con nombres diferentes según los lugares). Todas las culturas tienen conceptos de dignidad humana, pero no todas la conciben como derechos humanos.

Entendemos entonces a la cultura como un problema científico y también político, del poder del que carecen determinados sujetos colectivos para poner o definir temas en la agenda de todos.

f) Decisiones y poder

La meta de *“salud para todos en el año 2000”* que diera origen al consenso sobre la estrategia de APS, aparece como algo que no se pudo conseguir.

Las estadísticas, al ser promedios, ocultan o disimulan condiciones de lugares con menor densidad poblacional. Una mortalidad infantil de 13 por mil, oculta regiones rurales de la misma provincia, que superan el 60 por mil, y si bien las tendencias muestran en general una disminución de los porcentajes, se oculta que en realidad se sostienen o aumentan las brechas entre regiones. Crece la inequidad ante enfermedades y muertes evitables, en consecuencia, como principio corrector de justicia y responsabilidad de los gobiernos, empeora la distribución de recursos.

En los tiempos en que estamos escribiendo, ya pocos discuten la incidencia que en ello tuvo la retirada del estado en su rol distributivo y los fundamentalismos económicos que incidieron particularmente en el deterioro de servicios educativos y sanitarios que atienden a las poblaciones pobres y marginadas.

Toda una paradoja: en las décadas en que más se avanzó en materia acuerdos sobre de derechos humanos, convenciones y procedimientos para operativizarlos, más se deterioraron las condiciones reales de su ejercicio como consecuencia de la aplicación de las mencionadas políticas neoliberales.⁵²

Más allá de intenciones o discursos, lo que realmente se opera en materia de atención sanitaria de las poblaciones marginadas, en general no logra vencer los obstáculos para la accesibilidad y equidad. Y suscribimos la hipótesis de que ello tiene relación con la falta de poder, capacidad de influencia o participación en las decisiones de las poblaciones pobres y marginadas culturalmente.

En tal sentido nos propusimos analizar no el poder en sí mismo ni las diferencias culturales. Sino las relaciones asimétricas entre sujetos individuales o colectivos, o sea, con posiciones o fuerzas desiguales, para incidir en las decisiones.

¿Quién y cómo toman las decisiones en una sociedad, cuando nadie se hace cargo de sus resultados? *“¿Qué es esta sociedad que formamos todos, pero que ninguno de nosotros, ni siquiera todos juntos, hemos planeado y querido tal como hoy existe?” “¿Sociedad que sólo existe porque existen muchas personas, pero cuya estructura, sus grandes transformaciones, es evidente que no dependen de la voluntad de personas individuales?”* (Elías, 1987: 17)⁵³

A esta pregunta dice Elías, suele responderse desde dos posturas: una que plantea que las transformaciones históricas son bosquejadas, proyectadas y creadas por una serie de individuos o entidades, recurriendo a personalidades, o tratando de darle una explicación racional, donde el

⁵⁰ Bonaventura de Souza Santos, (1995). *“Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos”*.

Traducción de Francisco Gutiérrez Sanín, profesor de IEPRI. Nueva York .

⁵¹ Bonaventura de Souza Santos, en obra citada, define la *globalización, como proceso por el cual una condición o entidad local dada tiene éxito en extender su rango de acción sobre todo el globo, proceso que al hacerse desarrolla la capacidad de designar como local a todo lo demás*. Y señala diferentes tipos de globalización: a) localismo globalizado (ej. la comida rápida o algunas músicas), b) globalismo localizado (deforestación por pago de deuda), c) cosmopolitismo (resistencias a dominación, foro social mundial) y d) herencia común de la humanidad (capa de ozono, espacio).

⁵² Torres, Alicia (2000), *“Protección de la infancia en el marco de los derechos humanos”*. Trabajo monográfico para el Curso de Políticas para la Infancia y Derechos del Niño. Universidad Nacional de Salta. Salta.

⁵³ Elías, Norbert (1987), *“La sociedad de los individuos”*. Ediciones Península. Barcelona.

Estado ha sido creado para mantener el orden. Mirada retrospectiva que deja muchas preguntas sin respuesta.

La otra sustenta que el individuo no representa papel alguno en la sociedad, y que ésta se representa como una entidad, organismo supra-individual, donde quién decide es la historia, Dios o el universo.

Entendemos que la ciencia de la sociedad no parece ser ciencia de la suma de individuos, sino ciencia de relaciones que no parecen ser reducibles a ideas o intenciones individuales.

Coincidiremos en que las decisiones sociales, no pasan sólo por personas en cuanto individualidad, ni por entidades supra-individuales, sino que resultan de relaciones de fuerza o de poder.

Siguiendo a Bourdieu⁵⁴ definiremos a la sociedad como un campo, un espacio de diferencias y no como una relación entre individuos, sino entre agentes con diferentes posiciones sociales por la posesión de diferentes “hábitus” o disposiciones para elegir. En realidad es como un campo de fuerzas, donde hay luchas por conservar o transformar la distribución desigual que existe de diferentes capitales (materiales, culturales, simbólicos).

Para analizar la existencia social relacionaremos dos conceptos: el campo (estructuras sociales externas, lo social hecho cosas, posiciones sociales históricamente construidas) y el habitus (como estructuras sociales internalizadas, lo social hecho cuerpo, manera de ser, disposiciones incorporadas por los agentes a lo largo de su historia social).

Relacionaremos realidad y percepción tal como las une cada persona como agente social cuando produce prácticas que expresan, tanto percepciones y representaciones que dan cuenta de sus condiciones sociales y económicas, como de luchas individuales o colectivas para transformarlas.

En ese campo entendemos a la persona humana como un ser socialmente determinado, pero al mismo tiempo, con capacidades de cambiar el contexto social. Coinciden en esta mirada autores y pensadores desde el psicoanálisis – Castoriadis⁵⁵ con su construcción sobre el imaginario social – como desde la sociología – Bourdieu y su idea de habitus –.

El tema del poder central en el trabajo, requiere de algunas aclaraciones para lo cual seguimos a Michel Foucault, uno de los estudiosos del tema más importantes en la segunda mitad del siglo XX. Lo elegimos porque usa un lenguaje sencillo y un discurso original, porque es uno de los pocos teóricos sociales que unen la conceptualización abstracta con investigaciones históricas empíricas, y porque cuestionó y abrió la tradicional producción teórica e intelectual marxista que hegemonizaba las universidades. Pero por sobre todo porque constituye un ejemplo de autocrítica y sospecha permanente de todo lo instituido como verdad y norma eterna de la sociedad.

No pretendemos endiosarlo, ya que el mismo Foucault nos invita a que lo cuestionemos, cuando convoca a sus lectores a que conviertan el conocimiento en una reflexión siempre original, y que nos autoafirmemos como sujetos libres capaces de imaginar y luchar por una sociedad menos corrompida por el ejercicio del poder.

Desde las lecturas de sus clases y conferencias⁵⁶ o la preciosa síntesis de Ceballos Garibay⁵⁷, hemos seleccionado algunos ejes que fundamentan el análisis que realizaremos sobre el poder, y que trataremos de explicar del modo más sencillo posible.

Cuando hablamos de poder nos referimos a una relación de fuerzas, no a una propiedad de individuos, clases, instituciones. No es una potencia que se adquiera, posea, arranque, comparta, se conserve o se deje escapar. **Nadie es titular de él**, y se ejerce siempre en una dirección con unos de una parte y los otros de otra.

El poder aparece en innumerables puntos y en el juego de todas las relaciones móviles y no igualitarias. Es una tecnología que produce efectos de dominación, cruza cuerpos y almas de dominantes y dominados, donde ciertas acciones modifican otras.

No hay discurso teórico o análisis que no esté de un modo u otro atravesado por un discurso imperativo, que en orden a la teoría consiste en decir “*quiera esto, deteste aquello*”, dimensión que sólo puede manifestarse dentro de un campo de fuerzas que un sujeto hablante jamás puede crear por sí solo.

Consideramos **que relaciones de dominio se ejercen sobre quienes están en condiciones de elegir**.

Max Weber aclara esto diciendo que en el dominio hay una voluntad manifiesta del dominador/es (mandato), que influye sobre los actos de otros (dominados), de suerte tal, que en un grado

⁵⁴ Gutiérrez, Alicia (2005), “*Las prácticas sociales, una introducción a Pierre Bourdieu*”. Ed. Ferreira Editor. Córdoba.

⁵⁵ Castoriadis. Cornelius (1989), “*La institución imaginaria de la sociedad*”. Ed. Tusquets. Barcelona.

⁵⁶ Foucault Michel (1980), “*Microfísica del poder*”, Ed. La Piqueta Madrid; Foucault M. (1980), “*Vigilar y castigar*”, Ed. Siglo XXI, México; Foucault M. (1983), “*Historia de la sexualidad*”, Siglo XXI; Foucault M. “*Genealogía del racismo*”; Foucault, M.(1996) “*Las redes del poder*” Almagesto Buenos Aires; Hindess Barry (1996), “*Disertaciones sobre el poder, de Hobbes a Foucault*.” TA1 Asa.

⁵⁷ Ceballos, Garibay, Héctor (1986), “*Foucault y el poder*”. Diálogo Abierto. México.

socialmente relevante esos actos tienen lugar como si los dominados hubieran adoptado por sí mismos el contenido del mandato (obediencia). Y da cuenta de tres tipos puros de dominación legítima, con probabilidad de ser obedecida: la tradicional (creencia en normas o personas señaladas por la tradición), la carismática (santidad, ejemplaridad de una persona), y la racional o legal (derecho de mando dado por las leyes).⁵⁸

Las relaciones de dominación muestran una graduación entre extremos desde juegos estratégicos de libertades (deja abierta posibilidad de resistir, elegir en relaciones móviles e inestables), hasta estados de dominación más estables, institucionalizados o coercitivos. En el medio de unas y otras, Foucault pone aquellas que analizaremos: las relaciones de gobierno o conducción de conductas de otros por parte de autoridades, donde las relaciones se vuelven más jerárquicas.

Dicho lo anterior, hay que explicitar **que donde hay poder siempre hay posibilidad de resistencia**. Si las relaciones de poder o dominio se ejercen sobre quienes están en posibilidades de elegir, y su objetivo es influir en lo que elijan, debemos suponer que hay siempre posibilidades de resistir la dominación.

El poder siempre se enfrenta a sus propios límites: la posibilidad de rebeldía, contestación, hasta el autosacrificio o suicidio como formas extremas de contrapoder o resistencia de los individuos sometidos. Hay resistencias abiertas que se expresan en conflictos o luchas claras, otras resistencias que no se expresan abiertamente⁵⁹, o simplemente se expresan en otras relaciones, nivel de decisiones, lugares o tiempos, como tácticas de quienes no tienen poder.⁶⁰

Entendemos que **el poder es al mismo tiempo, negativo y positivo**. No es sólo represión, ley, prohibición; también puede producir crecimiento, administrar y desarrollar conductas del cuerpo social, tiene capacidad de transformar, proteger la vida. Pero todo lo positivo no percibido como contrario a lo negativo, porque no presupone necesariamente que lo bueno o bello sea deseable para otro. Y lo negativo no es su ejercicio en sí mismo, sino su negación o poca claridad y conciencia en su uso.

El poder no es sólo material, ya que siempre tiene relación con el saber o “verdad”. El funcionamiento y reproducción de la sociedad y sus desigualdades no está determinada solamente por la ubicación en el sistema productivo o legal. También existen soportes imaginarios, aquellas explicaciones, nominaciones o clasificaciones que organizan o dan sentido no explícito a los actos humanos. Hay discursos que hay que analizar, por que son el sustento que legitima el orden establecido, ese por el cual la dominación es aceptada y no resistida.

En tal sentido, aparece como tema central en nuestro trabajo el rol o función de los profesionales de la salud, aquellos portadores de discursos con poder de vida y muerte, regímenes de verdad con “estatus científico”. Hay necesidad también de analizar las formas de comunicación (que traducen relaciones de poder a discurso, y discurso a relaciones de poder) y las relaciones o prácticas educativas desde el concepto de dispositivo pedagógico⁶¹, por la capacidad de dar cuenta sobre cómo opera el poder.

El poder es siempre un entretrejo de micro y macro formas. Reconocemos que no hay uno, sino varios poderes, formas, procedimientos y técnicas que requieren localización histórica y geográfica de sujeción, que operan localmente pero con doble condicionalidad – macro y micro –.

“Ningún foco local, ningún esquema de transformación, podría funcionar sin inscribirse en una estrategia de conjunto. Inversamente, ninguna estrategia puede asegurar efectos globales si no se apoya en relaciones locales que le sirvan de soporte y anclaje”. (Foucault, 1991:121).

Hace referencia a múltiples poderes locales capilares, pequeños, que alcanzan y penetran a los individuos (mecanismos de control, exclusión, normalización y represión constituyen la microfísica del poder). Si bien analizaremos las relaciones de poder que se juegan a nivel local, aquellas que son parte de la microfísica, no debemos perder de vista las relaciones macrosociales en su interdependencia y convergencia productora de efectos en el cuerpo social.

Finalmente advertimos como un aporte central en el contexto y tema que nos convoca, los estudios de Foucault sobre los cambios históricos **entre diversas formas y mecanismos del poder**, aún aquellas anteriores al capitalismo y estados modernos, actuales en lugares como el que nos ocupa.

En un contexto campesino de relaciones pre-capitalistas, podemos presuponer la persistencia de formas feudales (ligadas al control y propiedad de la tierra, basado en jerarquías de alcurnia y rango), y una debilidad del poder soberano, (mecanismos jurídicos que buscan romper jerarquías a partir de leyes o derechos para regular las conductas humanas). Condiciones en las que habrá que ubicar la influencia del biopoder, propio de las intervenciones en salud pública.

⁵⁸ Weber, Max (1980), *“Economía y sociedad”*. Fondo de Cultura Económica. México.

⁵⁹ Scout C, James (1990), *“Dominatios and de art of resistance. Hidden Transcripc”*. Traducción de Marcelo Ibarra para U.N.S.A. Salta.

⁶⁰ De Certeau, Michel (1987), *“La invención de lo cotidiano”*. Ed. ITESO. Universidad Iberoamericana. México.

⁶¹ Bernstein, Basil (1990), *“La estructura del discurso pedagógico. Clases, códigos y control”*. Fundación Paideia y Morata. Madrid.

Las técnicas demográficas, censos, discursos de un saber que se clasifica en normal y patológico, son, entre otras, expresiones de la intervención que analizaremos, formas del poder disciplinario. Ese que se materializa en la anátomo-política (disciplina de cuerpos y almas) y en la biopolítica (regulación de las poblaciones), con técnicas de individuación del poder sobre el cuerpo y la vida de las poblaciones, para el control de sus acciones.

g) Ciencia y culturas

Elegimos realizar un trabajo con legitimidad científica para aportar desde el campo que pretendemos cuestionar. Las decisiones o políticas que se implementan en lugares tan marginados como el que nos ocupa suelen justificarse desde criterios de “verdad” o conocimientos validados como “científicos”, en oposición a saberes o creencias locales, que suelen descalificarse como de menor valor. Ello exige definiciones previas, sobre ciencia y cultura.

Años de trabajo como profesional de la salud en comunidades andinas, consolidaron una actitud crítica hacia la Universidad y la ciencia en general; tanto por su pretendida legitimidad universal para explicar realidades diversas, como sobre su “promesa” sobre un progreso inevitable que haría accesible sus beneficios a todos, y mejoraría la vida de la gente.

Llegados desde la Universidad Nacional de Córdoba a la puna jujeña, el primer sentimiento que tuvimos fue de “*estafa*”: nos habían dado un título para operar sobre la salud de la gente, y nos veíamos paralizados e incapaces para comprender e intervenir en esas poblaciones.

Mucho tiempo después entendimos que no renegábamos de la ciencia, sino de la idea de ciencia que vendió como única la modernidad, construida bajo el amparo del positivismo; aquella que pretendía establecer leyes universales sobre el ser humano, y, al estilo de leyes de la naturaleza, construir conceptos basados sobre identidades y no desde las diferencias.

Las categorías construidas desde identidades, “*la epísteme de lo mismo*”⁶², lo que se repite (mesa, es “lo mismo” que tienen todas las mesas), y no desde las diferencias, produjeron un ordenamiento en el que todo ser humano que no fuera hombre, adulto, occidental, rico y blanco, era considerado incompleto e inferior⁶³, y por lo tanto, necesitado de dirección, cuidados o protección por parte de otros.

Maneras de pensar que jerarquizaron las diferencias y que sostiene aún hoy que la mujer, el niño, el pobre o aborígen no sean considerados sujetos con derechos, sino objetos de tutela por parte de otros.⁶⁴

El estado actual de cosas es resultado de posiciones dominantes, visto que la dimensión política está presente en la construcción de la subjetividad de las personas. Toda diferencia se subordina (se constituye como fondo de la figura) así se sustenta que todo ser humano puede hablar, pero no todos tienen la palabra.

La ciencia de “la modernidad” mostró contradicciones: su carácter crítico al mismo tiempo que la defensa de dogmas cerrados; su carácter metódico y pretensión de reducir la verdad a un método; las exigencias de un lenguaje unívoco incompatible con la existencia de múltiples sentidos posibles; o la pretensión de objetividad y universalidad al tiempo que se suscribe la historicidad o sea los cambios de la realidad. Todas advertencias que indican que asistimos a una etapa terminal de “esa ciencia”⁶⁵ en la que nos formamos.

Vale señalar en el campo de las ciencias de la salud, que los cuestionamientos no provinieron únicamente de las ciencias sociales. Desde la física la teoría de la relatividad nos viene a decir que nada es igual a sí mismo en el siguiente segundo; desde las ciencias naturales, científicos como Maturana estudiando los batracios descubrieron que no existe un único ecosistema, sino que cada ser vivo construye sus propias inter-relaciones⁶⁶. También están las críticas desde la filosofía hacia entender organización social como si fuera una máquina u organismo (Canguilhem;1971:XXIII)⁶⁷, o los cuestionamientos al concepto de norma y normalidad, planteados como espacios de elección y decisión, y no como un destino único de la configuración social (del mismo Canguilhem, o Foucault⁶⁸). Todos ellos son aportes que ayudaron a pensar y modificar esa representación o idea “natural” e inevitable de la ciencia y sus postulados.

⁶² Levi-Strauss, C (1981) “*Seminario: La Identidad*”. Ed. Petrel. Barcelona.

⁶³ Bonder, G (1982). “*Los estudios de la mujer y la crítica epistemológica a los paradigmas de las ciencias humanas*”. CEM. Buenos Aires.

⁶⁴ Tutela como concepto legal que refiere que hay personas que por determinadas características no pueden conducirse por sí mismas, y dependen de otros. Ello significó, por ejemplo, que las mujeres para determinadas acciones – cirugías – debían contar con autorización del marido.

⁶⁵ Pardo, Rubén (2000). “*Verdad e historicidad, el conocimiento científico y sus fracturas*”, en Díaz, Esther (editora) “*La Posciencia*”. Ed. Biblos. Buenos Aires.

⁶⁶ Lacroix, Canguilhem; Hippolite; Ambacher, Martín (1973). “*Introducción a Bachelard*”. Ed. Caldén. Buenos Aires.

⁶⁷ Canguilhem Georges (1971). “*Lo normal y lo patológico*”. Buenos Aires. Ed. Siglo XXI.

⁶⁸ Foucault, Michel (1999- 2000). “*Los anormales*”. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.

En la búsqueda de “*nuevo tiempo y espíritu científico*”⁶⁹, fundamental para adentrarnos en espacio, tiempo y sentidos del presente trabajo, rescatamos algunos ejes que trataremos de concretar en el camino de investigación elegido, a saber:

El des-disciplinamiento de las ciencias, que trata sobre la necesidad de pensar problemas y no disciplinas o materias como parcelas del conocimiento; pensar por fuera de los conceptos y antinomias clásicas (teoría/práctica, verdad/error; individuo/sociedad; sujeto/objeto). No pensar en negro y blanco sino con tonalidades diversas. Desnaturalizar, cuestionar como inmodificables, los dominios de objetos instituidos como únicos, sin por ello invalidar los conocimientos que producen. Pensar sobre campos y no objetos, facilita la multiplicidad de miradas, rescata lo “*diverso, discontinuo, sin cultivar lo homogéneo*”.⁷⁰

En este concepto pierden vigencia los “genios” o “iluminados” y abre cabida a la conformación de equipos, no sólo interdisciplinarios sino también interculturales.

El volver la mirada a lo cotidiano y humano de las relaciones, sentidos y pasiones, cuestionando a quienes pretendieron acercarse o dominar la realidad, mediante la construcción de un “*ejército de metáforas*” (Prebisch⁷¹), pasando por alto lo concreto y real; a quienes mediante razón, conceptos y formas, pretendieron conjurar lo diverso, el miedo, lo trágico y lo desconocido.

Ello exige una valoración del hacer, de lo cotidiano que no se controla de antemano, de la experiencia por sobre la experimentación. La importancia de la praxis, y la distancia de la misma, por la reflexibilidad, requiere darle valor a lo pequeño y cotidiano, sin desengancharlo de lo estructural y macro.

Creemos que hay que ampliar la idea de razón, rescatando la imaginación e intuición, para captar la profundidad de la realidad y facilitar sus cambios “*progreso de la ciencia hecho de rupturas, no fruto de la necesidad, sino del deseo*” (Lacroix, 1973; 15). Todo ello abre esperanzas de reencuentros más simétricos entre las llamadas culturas “académicas” y “populares”.

El “**sacudir**” las **idea de historia y tiempo** entendidos como principios de sucesión continuos y homogéneos, para privilegiar una concepción de oportunidad - como opuesta al de un devenir inevitable - que ayuda a poner bajo sospecha aquellas concepciones únicas o inevitables de los sucesos cuando son contados desde miradas o discursos “oficiales”.

Un espíritu crítico demanda **romper con lo instituido, promover la discusión de diversas posturas, como camino a la verdad**, ya que creemos que ella sólo tiene sentido pleno, al cabo de una polémica. Pensar una experiencia, será entonces mostrar la coherencia de un pluralismo inicial.⁷² E incluye cuestionamientos hacia el mismo oficio de científico o práctica escolarística – de enseñanza o magisterio – o sea que exige criticar también a quienes pretenden tener más seguridades o conocimientos.⁷³

⁶⁹ Bachelard, Gastón (1985). “*La formación del espíritu científico*”. Ed. Siglo XXI. Buenos Aires.

⁷⁰ Fernández, Ana (2006). “*Las lógicas colectivas*”. Ed. Biblos. Buenos Aires.

⁷¹ Prebisch, Lucía (2005). “*El filósofo topo*”. Facultad de Filosofía y Letras. Universidad Nacional de Tucumán.

⁷² Lacroix, J. (1973). “*Gastón Bachelard, el hombre y la obra*”, en “*Introducción a Bachelard*”. Ed. Caldén. Bs. As.

⁷³ Bordieu, Pierre (2001). “*El oficio de científico*”. Ed. Anagrama. Barcelona.

2. EL MÉTODO

*“Solea el sol y se lleva los restos de sombra que ha dejado la noche. Los carros de los caballos
recogen, puerta por puerta, la basura.
En el aire tiende la araña sus hilos de baba.
El Tornillo camina las calles de Melo. En el pueblo lo tienen por loco. El lleva un espejo en la mano y
se mira con el ceño fruncido. No quita los ojos del espejo.
– ¿Qué haces, Tornillo?
– Aquí – dice –, controlando al enemigo.”*

Eduardo Galeano
“Palabras Andantes”

a) Posicionamiento y desafíos

En la acepción griega, met-odhos significa “ponerse en camino”, lo que se distancia de la idea moderna profesionalista de la palabra método, como repertorio de técnicas a implementar. Los objetivos y contexto del presente trabajo, el posicionamiento teórico particularmente el señalado sobre ciencia y cultura, nos desafiaron a encontrar un camino coherente para la construcción de los conocimientos.

El entender la realidad social como abierta, compleja y cambiante, en donde una misma acción o hecho asume diferentes significados; en donde el conocimiento es histórico e incierto, desdibuja fronteras disciplinarias y culturales, y es algo que beneficia pero también sirve para dominar; en donde quien investiga no es neutral ni aséptico; en donde no hay punto de vista privilegiado sino que se demanda incorporar perspectivas de diferentes actores, buscando desnaturalizar lo social; son todas cuestiones que exigen cambiar también los procedimientos.

Era importante encontrar un camino con rigor científico, que valorara la praxis social de quienes actúan para intentar resolver problemas, más allá de la experimentación social con intención de producir conocimientos. Nos consta y hemos fundamentado, la diferencia entre uno y otro tipo de conocimientos.

*“Quienes llevamos inscriptos en nuestros cuerpos, memoria e itinerario biográficos de la historia de la psicología comunitaria, sentimos frente a los conceptos y teorías sistematizadas desde la investigación/ extensión universitaria que nos objetivan como ciencia, sin permitir que nos veamos reflejados en ella”.*⁷⁴ (Torres, 2008: 23)

La primera definición fue la elección **de la sistematización de prácticas** entendida como “proceso permanente y acumulativo de creación de conocimientos a partir de las experiencias de intervención en una realidad social”⁷⁵. El camino de una **reflexión en y sobre la acción**, sostiene un rigor crítico, pero cambiando el sentido de producción de los conocimientos hacia lo eminentemente situacional. Su legitimidad está en relación con el éxito para orientar una nueva práctica y no sólo en función a su consistencia interna, ni en relación a determinada teoría, como sucede en el conocimiento producido con interés primero de investigar.

La sistematización altera totalmente el carácter de los saberes, porque se basa en **la unidad entre el que sabe y el que actúa**. Mediante ella no sólo se busca saber más sobre algo o entenderlo mejor, sino que se busca ser y hacer mejor, y el saber está al servicio de ello. El para qué del conocimiento es el **regreso a la práctica, en el entendimiento de que un mejor hacer, sólo es posible mediante un mejor comprender**.

Toda práctica por el mero hecho de realizarse origina un saber, por lo general difuso, impreciso, poco verbalizado y en consecuencia su confrontación y validación resultan difíciles. Mediante la sistematización se trata de caminar desde saberes difusos hacia conocimientos propiamente tales, aquellos que tienen mayor grado de delimitación, precisión, contrastación y verificación.⁷⁶ Ello requiere también estén formalizados en un discurso comunicable.⁷⁷

La sistematización de prácticas como modelo de indagación ex post, posterior, implica que los fenómenos no se delimitan de antemano. Esto permite describir y conceptualizar la complejidad de procesos y fenómenos asociados a los problemas sociales, en claves no exploradas ni predeterminadas. Más ricas y profundas, pero con menos posibilidades de manejarlas o limitarlas.

Ello se complicaba en nuestro caso, porque demandaba la sistematización de una experiencia de intervención de treinta años, planificada, que ya incluía en cierta manera una acción periódica de sistematización. De manera limitada, por ser evaluaciones (verificaciones cuantitativas sobre lo alcanzado o no, análisis “en” y no “sobre” la acción), también significaba sistematizaciones, registros, análisis y cuestionamientos hacia la misma acción. (Inclusive con algunas investigaciones participativas para comprender mejor los problemas)

Era una sistematización de sistematizaciones de un largo período, muy difícil de realizar sin focalizar o delimitar un tema o problema.

La segunda definición sobre el camino de investigación, fue combinarla con el **estudio de caso**, el que permite revelar lo distintivo de un aspecto, recurrir a múltiples fuentes de información y combinar procedimientos cuantitativos – como esqueleto de la realidad – y cualitativos – para profundizar significados – ayudando a captar la complejidad de los fenómenos sociales.⁷⁸

“Como examen holista de lo único, el estudio de caso define una relación o carencia de ella entre partes de un sistema o totalidad” (C.A.R.E. /UEA 1994; 84).⁷⁹

Un “estudio de caso instrumental, es definido en razón de querer conocer y comprender un problema más amplio, a través de un caso particular. Comprender algo que está más allá de él mismo, iluminar

⁷⁴ Torres, Alicia (2008), “*Psicólogos errantes*”. Trabajo para optar por título de especialista en Psicología Social. Colegio de Psicólogos de Salta.

⁷⁵ Morgan, María de la Luz. (1996), “*Búsquedas teóricas y epistemológicas desde la práctica de la sistematización*”, publicado en “Sistematización y producción de conocimientos para la acción” CIDE. Santiago.

⁷⁶ Vasco, Carlos E. (1996). “*Distintas formas de producir conocimientos en la educación popular*”. Rev. La Piragua N° 12-1 CEALL. Santiago.

⁷⁷ Para José Padrón (1994), “*Elementos para el análisis de la investigación educativa*”, Rev. Educación y Ciencias humanas N° 3, Año II, Universidad Simón Rodríguez, Caracas, lo que caracteriza y distingue al conocimiento científico de otros saberes es su sistematización, entendida como organización y socialización.

⁷⁸ Vasilachis, Irene (2006), “*Estrategias de investigación cualitativa*”, Ed. Gedisa. Barcelona.

⁷⁹ C.A.R.E./ U.E.A (1994), “*Comino to term with research. An introduction to the lenguaje fopr Research Degree Students*”. Universidad de East Anglia. Norwich U.K.

un problema o condiciones que afectan no sólo al caso seleccionado sino también a otros" (Recio y Rasco 2003: 16).⁸⁰

En tal sentido, los objetivos de la investigación definieron el recorte del problema o fenómeno a enfocar y analizar.

La sistematización altera los fundamentos centrales de las concepciones clásicas, en primer lugar, en la unidad entre sujeto y objeto de conocimiento: el sistematizador pretende producir conocimientos sobre su propia práctica, sobre sí mismo y su acción en el mundo (que transforma y lo transforma). Tensión que cuestiona la objetividad y demanda un esfuerzo por no forzar la realidad, según la voluntad del autor. Requiere llevar un machete para ir podando pre-nociones y seguridades que armonizaron nuestra relación con el mundo que nos rodeaba, poniendo en duda todas las representaciones – el significado que le damos a lo que vemos y oímos –, velos entre las cosas y nosotros.

El rigor de la sistematización depende por un lado, de la explicitación de sustentos (teóricos o no) sobre la práctica que se está reflexionando; y por otro, de la capacidad del sistematizador para mirar críticamente su práctica y fundamentar los conocimientos producidos al hacerlo.⁸¹ También es necesario rescatar una actitud de extrañamiento el cual no refiere a una distancia de la situación, sino un corrimiento respecto a uno mismo.

En función de lo anterior, para minimizar ese sesgo y error, se eligieron como unidades de análisis **fenómenos y procesos intermedios entre la sociedad y los individuos, particularmente las acciones y representaciones en relación a sus roles o funciones sociales**. Consigna prioritaria en todo procedimiento fue explicitar que nos interesaba conocer las reglas y prácticas, sin referencias o nombres de las personas que las aplicaron.

El otro componente poco usual de la sistematización en comparación con investigaciones tradicionales, es el que refiere a la relación entre diversos saberes. Una indagación sobre procesos sociales complejos, que incluyen distintos actores, con diferentes lógicas y racionalidades, con relatos en diferentes "idiomas".

Los profesionales recurrimos más a discursos lógico-formales y los actores populares a discursos simbólicos-narrativos. Esto exige optar por una mirada, al mismo tiempo que el desafío de incluir/identificar aportes diferentes, articulando subjetividad y objetividad; racionalidad con afectividad. Esto lo definimos como **cooperación crítica e intercultural**.

Este es un trabajo desde la mirada de profesionales, con una cultura y trayectoria diferente a la de la mayoría de los actores locales, aunque después de tantos años compartidos, ambas miradas se mezclan y lo que se comunicará no será lo mismo que se interpretó o representó en el pasado.

Tratamos de incluir relatos de unos y otros, aunque partimos del supuesto de que, tanto problemas como significados sobre la salud y enfermedades, no son los problemas y significados propios de la cultura local.

Esperamos cuestionar la deformación profesional de sentirnos mediadores entre quienes padecen los problemas y quienes deben producir respuestas teóricas y técnicas. No pretendemos hablar desde una interpretación única e indubitable, sino de un proceso cargado de riqueza con subjetividades.

Las ciencias sociales refieren la importancia del paso de la epistemología (teoría del conocimiento) del sujeto cognoscente – quien conoce o investiga – a las del sujeto que es conocido o investigado. La primera calla, mutila, o limita la voz de quien es conocido, haciendo que la misma desaparezca, o sea tergiversada como consecuencia de la necesidad de traducirla a códigos de formas de conocer y lenguajes académicamente validados⁸².

Muchos conocimientos del mundo social son de dudoso origen compartido, al ser expresados en términos y símbolos jamás propios o apropiados por los habitantes de ese espacio, sean obreros, jóvenes o campesinos. De lo contrario no requerirían *"la devolución de información"* que plantea el modelo participativo de investigación-acción.

Aquí no planteamos devolver información. Si bien rescatamos la palabra y relatos de agentes locales, la organizamos y analizamos desde nuestra mirada, al mismo tiempo que invitamos a quienes nos acompañaron en el trabajo a que la cuestionen.

El desafío es entonces comunicar con lenguaje sencillo, explicitando términos de uso poco común en ámbitos no universitarios, a fin de que lo escrito pueda ser comprendido por agentes de salud y pobladores que no provienen de ese espacio. Las personas con las que trabajamos nos explicaron el sentido de muchas de sus palabras, por lo que, sin pretender representarlos, queremos reconocer y dejar constancia de cuánto hemos aprendido con ellos.

⁸⁰ Recio, Rosa y Rasco Félix (2003). *"Introducción al estudio de casos"*. Ed. Aljibe. Málaga.

⁸¹ Morgan, María (1996) *"Búsquedas teóricas y epistemológicas desde la práctica de la sistematización"* Publicado en Santibáñez, Erica y Alvarez, Carlos "Sistematización y producción de conocimientos para la acción. CIDE. Santiago.

⁸² Vasilachis de Gialdino, Irene *"Estrategias de investigación cualitativa"*. Ed Gedisa. Barcelona.

b) Unidades de análisis

Pretendemos analizar **regulaciones** – normas, reglas, prescripciones formales o no – y **prácticas** – actividades sensoriales y concientes por las cuales las personas producen y reproducen las condiciones materiales en las que viven – (Auyero, Javier;1999, 37). Aquellas que refieren relaciones de dominio desde el gobierno del sistema sanitario público.

Unidades que implican vínculos móviles, desiguales o asimétricos **a nivel meso-social**: relaciones de organización, funcionamiento de conjuntos o grupos. Diferenciándolos, por lado de procesos macrosociales (análisis de sociedades, poblaciones) y por otro, de procesos microsociales (creencias, valores, emociones e interacciones de unidades individuales). (Sautu, 2005: 31) ⁸³.

Al focalizarnos en un programa e institución, estamos incluyendo unidades colectivas pequeñas y representaciones, creencias o valores en cuanto componentes funcionales (propios de una función o rol social) y simbólicos⁸⁴.

c) Espacio y tiempo

El ámbito de estudio geográficamente es el Municipio de Iruya, Departamento del mismo nombre, de la Provincia de Salta; territorio que coincide con los límites del Área Operativa VI- Iruya.

El período estudiado es un recorte arbitrario desde 1978 – año de implementación del Programa de Salud Rural en Salta – hasta diciembre de 2008 a los fines de completar la ronda e indicadores sanitarios de ese año.

d) Población

Personas que han trabajado en el hospital de Iruya, y aquellas que son asistidas o reciben habitualmente sus servicios. No en cuanto individualidad, sino como sujetos sociales pertenecientes a unidades colectivas, grupos o conjuntos con similares posiciones.

En tal sentido, algunas personas pueden formar parte al mismo tiempo de grupos que conducen a otros, y en otras relaciones, de grupos subalternos con menos poder siendo conducidos. Siempre en consideración de prácticas relativas al rol institucional y función en procesos organizacionales.

e) Variables principales y dependientes

En función de los objetivos planteados – **dispositivos de gestión que facilitan accesibilidad, y relaciones de poder que se juegan en una intervención** – el análisis de regulaciones y prácticas a nivel mesocial, pretende descubrir aquellas que favorecen otro modo de relación, esto es, **mayor acceso y progresivo descentramiento – quitar el centro de quien domina – y su reconfiguración. O sea, otro balance en las relaciones de fuerza e influencia en las decisiones.**

Partimos del supuesto de una gradualidad e interrelación entre accesibilidad, como responsabilidad del gobierno en salud, y la expresión o participación de los destinatarios del mismo.

Parece difícil pretender que la gente se exprese u opine sobre bienes o servicios a los que no tiene acceso. Más complicado aún pretender que se participe en decisiones, cuando no hay reconocimiento, no se escucha ni tiene posibilidades de que sea considerada su opinión.

En función de los objetivos estamos eligiendo dos variables principales, y otras variables dependientes o secundarias a ellas:

Accesibilidad y equidad

- ✓ Grado con que la institución, facilita o pone al alcance de la población asistencia, servicios y recursos para evitar enfermedades, o asistir si se produjeran.
- ✓ Grado en que el modo de gestión logra superar barreras geográficas, sociales, administrativas, legales, económicas y culturales y brindar similares y oportunas prestaciones a todas las personas.
- ✓ Tipo de prestaciones, problemas o necesidades a los que asiste, cobertura o tipo de población que alcanza.
- ✓ Integralidad o variedad de necesidades, e integralidad o variedad de tipo de respuestas (preventivas, asistenciales)
- ✓ Cantidad y calidad de prestaciones. Variaciones de cobertura según condiciones económicas, de género, edad o condiciones sociales.

⁸³ Sautu Ruth (2005) *“Todo es teoría”* Ed.Lumiere Buenos Aires, distingue lo mesosocial, de procesos macrosociales (análisis de sociedades, poblaciones) y de procesos microsociales (creencias, valores, emociones interacciones de unidades individuales).

⁸⁴ Castoriadis, Cornelius (1993) *“La institución imaginaria de la sociedad”* Volumen I. Ed. Tusquets. Buenos Aires; refiere a componentes que se combinan por igual: el funcional - como mandato fundacional o legal de esa institución - y el simbólico - como lo imaginado, lo aceptado socialmente según una lógica dominante sobre lo que se espera de esa institución.

- ✓ Antecedentes, contexto, experiencias previas, valor de uso y utilización de servicios. Grado de adecuación y compatibilidad del servicio con necesidades de la gente.
- ✓ Representaciones del personal sobre regulaciones y prácticas que facilitaron o no, la accesibilidad equitativa a esos servicios.
- ✓ Variaciones según etapas, y razones de cambios.

Dominación y resistencias

- ✓ Tipo de intervención y proceso de institucionalidad, lógica o modalidad de la misma, flexibilidad, grado de reconocimiento y participación de grupos subalternos y destinatarios.
- ✓ Resistencias y acciones de demanda de personal y población.
- ✓ Jerarquías, flujos de decisiones y comunicación, flexibilidad de normas.
- ✓ Clasificaciones, representaciones y nominaciones de los destinatarios.
- ✓ Racionalidades y discursos que justifican y sostienen relaciones de dominación y gobierno o conducción procesos de salud, enfermedad y cuidados de la población.
- ✓ Grado y tipo de expresiones, demandas, resistencias de destinatarios y grupos subalternos.
- ✓ Prácticas que favorecen descentramiento, expresión, participación y consecuente ampliación de grado de autonomía y capacidad de decidir de grupos subalternos.
- ✓ Variaciones según etapas, y razones de cambios.

f) Fuentes de datos

- ✓ Primarias: Selección de expresiones en actas de reuniones pre-rondas, talleres comunitarios, historias y experiencias propias, entrevistas semiestructuradas a personal y pobladores; grupos focales y talleres de opinión grupal con participación del personal de salud.
- ✓ Secundarias: estadísticas hospitalarias y de APS, información de investigaciones o estudios previos sobre el contexto o problemática, realizados por los mismos u otros autores.

Resguardos éticos: Información a entrevistados sobre el tipo de investigación y solicitud de consentimiento, resguardo de identidades u opiniones personales de quienes lo solicitaron. En todas las entrevistas y grupos, se planteó que la investigación no era sobre personas con nombre y apellido, sino sobre función, normas o prácticas que favorecían u obstaculizaban.

g) Herramientas y etapas

Se utilizaron diferentes herramientas metodológicas cuantitativas y cualitativas, de acuerdo a los objetivos específicos y variables propuestas. A fin de precisarlas, hay que considerar que por el camino científico elegido, hubo dos momentos en el trabajo de recolección, selección y organización de la información:

- 1) Etapa de organización de información de la que se disponía, seleccionando datos cuantitativos y cualitativos pertinentes a las variables elegidas. Primer semestre de 2009.
- 2) Etapa de búsqueda de información faltante. Entrevistas y relatos, grupos focales, talleres grupales y búsqueda de información cuantitativa, para completar o comparar aquella con la que disponíamos. Esta etapa se desarrolló en segundo semestre de 2009.

Los criterios de búsqueda o selección de ella fueron:

Para el primer objetivo específico, analizar dispositivos y tecnologías de gestión que favorecen accesibilidad:

- ✓ Sistematización y organización de normativas, reglas e instrucciones del programa (leyes, decretos, resoluciones) disposiciones de institución ejecutora y conducción local sobre objetivos, actividades, estrategias, recursos beneficiarios de la intervención.
- ✓ Registros cuantitativos de resúmenes de ronda, y cualitativos en relación a indicadores de acceso, uso, aceptación, resistencias e impacto del servicio.
- ✓ Actas de reuniones pre-rondas y de talleres comunitarios o reuniones de personal, para extraer expresiones relativas a tipos, características de barreras y puentes de accesibilidad de servicios, estrategias y actividades.
- ✓ Trabajos de investigación o de estudios sobre la misma región, población y problemática.
- ✓ Entrevistas con personal institucional, y referentes comunitarios sobre: valor, significado de uso y facilidades para los servicios. Experiencias anteriores, posteriores y significativas sobre el programa de APS y sobre servicios que presta el hospital.
- ✓ Grupos focales con personal no profesional, enfermeros y agentes sanitarios, donde se trabajó en dos temas y diferentes días: sobre barreras y puentes de accesibilidad de servicios en cada una de las estrategias y actividades; y el segundo día, sobre relaciones, jerarquías y conflictos.

Para segundo objetivo, analizar relaciones de dominación y resistencias e identificar las que favorecen capacidades de decidir de grupos subalternos:

- ✓ Sistematización y organización de expresiones, relatos e historias sobre formas de conducción desde el gobierno en salud y servicio local, jerarquías, diferencias, relaciones y conflictos y modos de resolución.
- ✓ Normativas, reglas, expresiones de actas, talleres o reuniones para extraer intenciones, lógica de la intervención, consideraciones sobre normalidad, clasificaciones y nominaciones de los beneficiarios.
- ✓ Entrevistas a referentes institucionales sobre la experiencia de APS, particularidades, características y diferencias entre etapas o épocas; aprendizajes, aciertos y errores, relaciones institucionales, diferencias entre grupos, conflictos, resolución. Relaciones con beneficiarios, diferencias demandas, conflictos y acciones colectivas de la población.
- ✓ Entrevistas a referentes comunitarios sobre problemas, conflictos con personal y funcionamiento del hospital, temas, formas de resolverlos.
- ✓ Grupos focales y realización de talleres grupales con personal sobre relaciones institucionales y entre grupos, jerarquías, formas de conducción que favorecían en clima y trabajo, conflictos y demandas.
- ✓ Experiencias en las relaciones con la gente y entre personal que los había cuestionado o impactado.

Las citas de procedencia están en cada caso que se presenta. En relación a relatos o expresiones personales, se marca función y sigla del autor (Profesional - N.A; Supervisor- AT). La información de reuniones de personal o pre-rondas, se marca como "Actas". La información de los grupos focales se indica como "Talleres grupales".

h) Triangulación de datos y fuentes

En un primer momento se recurrió a ordenar, extraer y seleccionar:

- ❖ Los datos cuantitativos fueron seleccionados para dar cuenta del valor de uso y utilización de diferentes servicios, procesos y cambios, financiamiento e inversión.
- ❖ Los datos cualitativos, expresiones de actas, talleres, o referencias de relatos y entrevistas fueron seleccionados en función de su reiteración, saturación de explicaciones o significados, pero también aquellos relatos o expresiones que dan cuenta de diferentes miradas, cambios, o significados poco frecuentes, que contradicen lo reiterado.

En un segundo momento para completar información de variables:

- Los datos cuantitativos se seleccionaron para comparar, contrastar o completar indicadores locales
- Los datos cualitativos de entrevistas, grupos focales y talleres grupales, fueron para completar y ampliar información sobre variables elegidas.

Las entrevistas se realizaron seleccionando informantes con los siguientes criterios: * Para personal institucional:

- ✓ Profesionales que hayan permanecido más de 3 años en el área y así poder completar con sus relatos todo el período y etapas estudiadas.
- ✓ Supervisores intermedios que tuvieran experiencia o relación con el área durante todo el período.
- ✓ Enfermeros que hayan vivido y trabajado antes y después de APS.
- ✓ Con los agentes sanitarios y enfermeros jóvenes se eligió el procedimiento del taller y grupo focal, en lugar de entrevista, para que existiera más libertad de expresión y, sobre todo, para dar posibilidades a todos que hicieran su aporte al trabajo.

* Para entrevistas a pobladores, se consideró como criterio de selección

- ✓ Experiencia de muchos años de relación con el servicio.
- ✓ Diferente género y edad y posibilidades de comparar antes y después de APS.

CAPITULO III LA INTERVENCION



“Ventana sobre las preguntas”

“Sofía Opalsky tiene muchos años, nadie sabe cuántos, quien sabe si ella sabe. Le queda una pierna, anda en sillas de ruedas. Están las dos gastaditas, la silla y ella. A la silla se le aflojan los tornillos y a ella también. Cuando ella se cae, o se cae la silla, Sofía se arrima como puede hasta el teléfono y disca el único número que recuerda. Y pregunta, desde el fin del tiempo: - ¿Quién soy? Muy lejos en otro país, está Lucía Herrera, que tiene tres o cuatro años de nacida. Lucía pregunta desde el principio del tiempo: -¿Qué quiero yo?”

*Eduardo Galeano
“Palabras Andantes”*

Este extenso apartado presenta los supuestos desde la práctica, la información del proceso de institucionalización del Programa de APS sobre las condiciones de accesibilidad de los servicios y prestaciones brindadas, y sobre las relaciones asimétricas, de poder y resistencias, que se jugaron a nivel local en ocasión de dicho programa.

La extensa cantidad y variedad de información disponible –datos cuantitativos como entrevistas, actas y trabajos grupales- podrían ser motivo de diferentes lecturas. Respondiendo a los objetivos de investigación fueron seleccionadas aquellas relacionadas con categorías y variables elegidas: tanto aquellas expresiones que se repiten, las insistencias, como las significaciones o relatos atípicos, aquellos que cuestionan o desestructuran las coincidencias.

Este capítulo muestra miradas sobre el objeto o caso de estudio: la intervención, el proceso decidido por el gobierno de Salta sobre las condiciones de salud, enfermedad y cuidados de personas, familias y comunidades de Iruya.

De ninguna manera constituyen la realidad o los hechos, sino una aproximación fotográfica construida en la relación entre estructuras externas (normas, reglamentos, documentos, lo social hecho cosas como posiciones históricas), y estructuras internas de quienes la actuaron (estructuras sociales internalizadas, lo social hecho cuerpo, manera de ser, disposiciones incorporadas por los agentes en esa historia).

Una investigación cuantitativa suele elegir presentar cuadros numéricos como forma de dar cuenta y acercarse a una realidad, cuadros que no son los hechos, sólo un soporte para analizarlos e interpretarlos.

Nosotros elegimos presentarlos de esta manera, incluyendo datos cuantitativos como esqueleto de una larga historia, junto a datos cualitativos para darle cuerpo y significados. Hemos tratado de incluir tanto miradas de profesionales “de fuera”, como de los enfermeros, agentes sanitarios, personal y pobladores locales, a fin de describir posiciones y trayectorias diferentes que ayudarán a analizar después las relaciones de dominación.

Para presentar la organización de tanta información, elegimos aleatoriamente las preguntas que habitualmente responde un programa o intervención planificada: para qué, quién, cómo, con qué, hacia quienes.

Ninguna de ellas son las preguntas de Sofía y Lucía del texto de Galeano, interrogantes profundos que habitualmente no incluimos en los comienzos o conclusiones de las relaciones sociales.



1. ¿PARA QUÉ ? Objetivos y finalidad.

“Hice curso de agente sanitario en Salta y me designaron como supervisor intermedio, tarea en la que me desempeñé 9 años. En los primeros años, acompañaba a un enfermero que cumplía también la función de agente sanitario de Higuera, a visitar una familia que vivía en un lugar muy retirado. Subimos caminando el cerro de Arpero durante 6 horas, llegamos a la casa y la familia no estaba. Muertos de frío, comimos una lata de caballa con pan que llevábamos de “avio”⁸⁵, hicimos fuego, y en la misma lata calentamos agua para un te. Mientras tomábamos algo caliente, el enfermero me preguntó: ¿ Dígame padre, esto de APS durará mucho?” (Sacerdote- Técnico /P.O.⁸⁶)

a) Antecedentes.

Hasta la década del 70`, las poblaciones rurales de las “tierras altas” ya descritas, muy particularmente aquellas radicadas en la región de los valles andinos de Salta, sólo habían contado esporádicamente - visitas ocasionales- con la presencias de médicos, y esto únicamente en los pueblos que son cabecera de los Municipios.

⁸⁵ “Avio” llaman en el lugar a la comida que se prepara y lleva para el camino.

⁸⁶ Entrevista (2009) Sacerdote español que trabajó como Supervisor Intermedio de APS en Iruya 1978-1987.

Pocas comunidades del interior tenían un precario puesto sanitario y auxiliar de enfermería, que era lo más cercano a la medicina “académica” a lo que tenían acceso la mayoría de los pobladores. En condiciones similares a toda Latinoamérica, desde principios de los años 60 y como réplica obligada de programas de salud de la revolución Cubana, desde la Alianza para el Progreso se extendió el modelo de Medicina Comunitaria con la participación de las instituciones de educación superior. Después se impulsó un modelo similar a los médicos descalzos de China, más adelante programas de extensión de cobertura, y finalmente en 1978, la llamada atención primaria de la salud.⁸⁷

Todos estos modelos tenían en común ciertos ejes prácticos y conceptuales, a saber: a) la capacidad de la gente para resolver sus principales problemas de salud, b) la constatación científica de que el 80% de las patologías requieren soluciones simples y no servicios sofisticados,⁸⁸ c) la conveniencia de garantizar esa atención básica lo más cerca de donde vive o trabaja la gente, d) la eficacia y eficiencia de prevenir y no sólo curar las enfermedades, e) conciencia de que la prevención pasa entre otras cosas por brindar información a la población sobre algunos problemas de salud, f) el reconocimiento de la importancia de que la gente se implique y participe, como factor fundamental de prevención y aún de curación de enfermedades.

Esos principios están en el origen de la experiencia del Dr. Carlos Alvarado,⁸⁹ quien siguiendo el ejemplo de la lucha antipalúdica, comienza en Jujuy en 1968 (diez años antes que la Conferencia de Alma-Ata), un programa de salud rural. El Dr. Enrique Tanoni, posterior creador del programa de APS en Salta, se desempeñaba entonces como médico rural en Tilcara-Jujuy.

El objetivo era la aplicación de “acciones de medicina preventiva, asistencia, educación sanitaria, rehabilitación y medidas domésticas de saneamiento ambiental, todo esto dentro de la posibilidad de recursos que se dispone, es decir, lo que se puede hacer y no lo que se desearía hacer” (Alvarado 1983: 371 y ss),⁹⁰

Las pautas básicas fueron, según la propia descripción de Alvarado, un cambio de óptica, poniendo el acento en una medicina de masas y no del individuo; la distribución racional de los recursos de los que se disponía; una cobertura total de toda la población desde el comienzo, con visitas periódicas y acciones mínima de atención sanitaria, capaces de resolver un elevado porcentaje de problemas básicos.

Con el rol clave del agente sanitario (A.S.) como promotor de la salud, para cubrir una porción del área, con una misión “mitad social, mitad paramédica”, a quien se capacita fraccionadamente en cursos pre-ronda, y cuya actividad está normatizada por un Manual, “escrito en términos adecuados de comprender y que encierra todo lo que el A.S. debe saber y hacer y lo que no debe hacer”. (Alvarado 1983: 377). Su tarea debía ser supervisada y evaluada en base a un sistema de información sencillo, completo y riguroso.

Todo lo anterior, en base al financiamiento con que se cuenta, y con la paulatina inclusión de otras fuentes que “podrían o deberían participar en la obra humanitaria y social de prestar adecuada protección de salud de poblaciones rurales”, y “donde la autoridad sanitaria debe poseer gran dosis de imaginación para coordinar recursos sin trabas de morosidad burocrática ni parcialidad de intereses políticos”, y con un rol fundamental, pero distinto del Hospital que “no puede ser un organismo que trabaje para sí mismo” (Alvarado; 1983: 371)

En la pauta donde Alvarado se refiere al financiamiento del programa, se hace mención a la participación comunitaria, toda una definición: “si por participación activa se entiende la participación en algún grado de costos, es poco o nada lo que puede esperarse del pariente más pobre de la gran comunidad humana...” “si por ella se entiende colaborar con el A.S. en la consecución de sus funciones, tomar interés en sus consejos...” “dar facilidad de transporte y alojamiento al A.S. y la construcción de un modesto pero limpio local de Puesto de Salud, entonces nadie puede dudar, o discutir sobre el enorme valor de la participación activa de la comunidad” (Alvarado; 1983: 382).

b) Programa de atención primaria de la salud en Salta

⁸⁷ Eibenschutz, Catalina (1989) “Atención Primaria de la Salud” en Revista Salud, Problema y Debate Nº 19. Buenos Aires.

⁸⁸ Principio de organización manejado en Salud Pública refiere una relación inversamente proporcional entre la frecuencia de los problemas sanitarios y la complejidad de la respuesta que requieren. Esto es, los problemas mas frecuentes, requieren tecnología más sencilla (médicamente hablando) para resolverlos.

Este principio es el que permite racionalizar los recursos, no necesitamos un tomógrafo en cada barrio, ni un especialista en cáncer para pocas personas. Porque los problemas más frecuentes de enfermedad no requieren alta tecnología ni super-especialidad. Pero sí requiere un sistema que asegure comunicación y organización, para que todas las familias, aún las más aisladas, acceda a esos recursos en el caso de que los necesiten.

⁸⁹ Médico jefe 1904-1986, Secretario de Salud Pública de Jujuy en 1966.

⁹⁰ Alvarado, Carlos (1983) “Pautas para una cobertura sanitaria de poblaciones rurales” en Sonis, Abraham y colaboradores en “Atención de la Salud” El Ateneo. Buenos Aires

Durante el Gobierno militar en Salta, del Capitán de Navío Roberto Ulloa en 1978, el Dr. Enrique Tanoni inicia un programa destinado a la cobertura de las regiones rurales más alejadas, aquellas con mayores carencias socio-económicas y peores indicadores sanitarios. El llamado en ese momento “Programa de salud rural” con similares objetivos y pautas del programa implementado por Alvarado en Jujuy.

Muchos años después el mismo Tanoni reconocería: “Alvarado y no Alma Ata, fue el origen del programa de Atención Primaria de Salta, Alma Ata vino mucho después”⁹¹

Desde la capacitación y normativas iniciales, reconoció como componentes: la cobertura total del área donde se implementaba, el uso de recursos no convencionales, el agente sanitario como figura central, articulación intersectorial, programación integrada en base a necesidades, problemas de interés sanitario, uso de tecnología apropiada y una nueva modalidad de organización del sistema sanitario que reorientara el financiamiento en función de necesidades mayoritarias de la población⁹².

Planteó un modelo administrativo que señalaba claramente cada uno de los efectores, cuál es la población sobre la que le compete la detección de problemas y programación de actividades, metas cuantificadas, normas unificadas para toda la provincia, poniendo énfasis en el desarrollo de actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención, detección precoz y derivación de las enfermedades de mayor interés sanitario.⁹³

Ese esquema básico de trabajo se sostiene hasta hoy. En 1983 Tanoni fue designado Secretario de Salud Pública en el primer gobierno de la democracia, y logra integrar el programa de salud rural al sistema de salud, y pasa a llamarse Programa de Atención Primaria de la Salud.

La organización del programa está sostenida desde el concepto de regionalización⁹⁴, aunque no hayan concretado todos los componentes que ella implica: sectorización, población definida, una carga de trabajo y metas predeterminadas y normatizadas, entre las cuales se plantea planificación, supervisión, capacitación, y evaluación permanente.⁹⁵

Un territorio definido está bajo responsabilidad del servicio sanitario de mayor complejidad en la región (Hospital Base o Centro de Salud); y se subdivide en sectores de trabajo, tantos como sean necesarios.

Cada sector de trabajo esta conformado por 150 a 200 familias (en zonas rurales menos) dependiendo de lo agrupado o disperso que se encuentren sus viviendas. Al procedimiento de determinar cuántos y cómo son cada uno de los sectores, se lo llama **sectorización**. Previo a ello debe determinarse la ubicación de viviendas del área o paraje a sectorizar, para lo cual se elabora un croquis lo que se denomina reconocimiento geográfico, con la que se realiza una **cartografía**.

Cada sector de trabajo, está bajo responsabilidad de un agente sanitario, persona de esa comunidad especialmente adiestrado en acciones básicas de prevención y promoción de la salud, ya que el objetivo del Programa es llegar a cada casa y familia, en visita domiciliaria programada y permanente con la mayor frecuencia posible.

El período durante el cual el agente sanitario debe visitar la totalidad de familias de su área, se llama **ronda sanitaria**. En una ronda se debe realizar todas las acciones que están programadas. Durante el año hay 4 rondas. El período durante el cual se evaluarán las acciones se denomina **pre-ronda**.

El A.S. en los primeros tiempos era elegido por la comunidad, después por procesos de selección más o menos democráticos y discrecionalidad política desde la conducción del área, debiendo recibir una capacitación básica teórica y práctica de aproximadamente 45 días.

La capacitación esta normatizada⁹⁶ en el “Manual del Agente Sanitario”, donde se desarrollan claramente los principios teóricos y acciones concretas que de ellos se derivan, para todas las actividades que se deben realizar. El AS continúa después, inmerso en un **proceso de enseñanza-aprendizaje permanente**, en los cursos pre-ronda.

El manual explicita como funciones del A.S. ser el primer contacto directo entre la población y el sistema de salud, con actividades de promoción de la salud- educación sanitaria, saneamiento ambiental, proyectos sociales en prevención y protección, notificar enfermedades transmisibles,

⁹¹ Tanoni, Enrique (2008) Jornadas de APS en Campo Quijano- Salta.

⁹² Torres. Tomás y Torres Alicia, (2002) “*Sistemas de salud en la Argentina*”, trabajo mimeográfico de Síntesis de normativas, manuales de capacitación y cursos de formación de agentes sanitarios, instructivos pre-rondas.

⁹³ Ministerio Bienestar Social de Salta (1984) “*Manual del Agente Sanitario*”.

⁹⁴ Ofrecer a una población definida dentro de un área geográfica delimitada prestaciones, mediante un organismo efector coordinado, que cuente con una fuente de financiamiento suficiente y oportuna. Incluye una población, un área o territorio definido, un plan, un organismo efector y una fuente de financiación. La regionalización permite además organizar servicios por niveles de atención, y favorece, porque no siempre se delegan los recursos, la verdadera descentralización y participación en las decisiones. González, Antonio “*Programación regional*” (1983) en Sonis y colaboradores “*Atención de la salud*”. Ed. Ateneo. Pág. 215 y ss

⁹⁵ Ministerio de Bienestar Social (1980) “*Manual del Agente Sanitario*” Secretaría de Salud Pública. Salta.

⁹⁶ Cuando decimos normatizada, se refiere a un término muy usado que da cuenta de que es una actividad explícita y claramente definida, generalmente en el Manual, pero también en los instructivos pre-rondas, circulares que se reparten en toda la provincia unos días antes de cada semana de evaluación.

vacunaciones, y en recuperación de la salud derivando y/o colaborando con el Hospital en el seguimiento del tratamiento de enfermedades prioritarias.

Las **actividades** del A.S. en Salta, se eligieron en base a las siguientes criterios: *“planificadas, de baja complejidad, bajo costo, cobertura total, resultados probados y evaluables, con tecnología simple y normatizada por escrito, seleccionadas con criterio epidemiológico para dar respuesta a problemas de salud con igual criterio”* (Introducción Manual AS)⁹⁷. Y debían ser seleccionadas considerando la carga de tareas del AS, tiempo, población destinataria, frecuencia de aplicación, impacto esperado, y la viabilidad, *“que pueda aplicarse sin transgredir creencias que responda a expectativas e idiosincracia de la población.”* (Introducción Manual A.S)

Por cada 8 a 10 agentes sanitarios debe haber un Supervisor Intermedio (S.I.) que surge de entre ellos, mediante un concurso para desempeñarse como Jefes de Sector. Actualmente se los llama “Tutores”, no concursan sino que son elegidos por los superiores, y generalmente tampoco perciben un plus salarial por función jerárquica, como tienen quienes han concursado.

Los supervisores tienen normatizadas como funciones la supervisión directa (acompañamiento en terreno) e indirecta (revisando números y resultados de la acción), procesos ambos de capacitación y control de la tarea. Son responsables del adiestramiento en los cursos pre-rondas, del consolidado trimestral y evaluación de resultados, además de coordinación con el resto del equipo de salud y representantes de diferentes instituciones, grupos u organizaciones de base

En el servicio base de cada área operativa, reside un profesional - generalmente médico - supervisor o responsable de APS, en las primeras épocas como función jerárquica del Hospital o centro de salud. Durante la ronda sanitaria los supervisores intermedios y profesionales deben planificar el acompañamiento en terreno, con las metas reglamentadas de que un 10% de las visitas del A.S. las haga con el supervisor intermedio y un 3% con el supervisor médico.

La **supervisión** es un eje fundamental del programa, porque es la función que se supone debe asegurar, tanto la calidad de las acciones, como confiabilidad de los datos que se registran.

La **evaluación** del Programa se realiza cuatro veces al año mediante un sistema de registro y análisis de la información, que comprende varios formularios. Entre los más importantes:

Formulario N°1.⁹⁸ Contiene información referente a cada familia. Se lleva uno por cada núcleo familiar y registra de cada integrante, nombre, sexo, fecha de nacimiento y todas las actividades realizadas: inmunizaciones, embarazos, sintomáticos respiratorios⁹⁹, criterios de familia crítica, etc. Registra la fecha de cada visita realizada.

Formulario N°2. Condensa la información de todo el sector de trabajo de cada agente sanitario. Es el resumen de cada ronda y de cada sector. Contiene indicadores, de cada actividad por sector.

Formulario N°3. Es el resumen general de ronda de toda un área operativa, discriminada por sector y actividad por actividad. Contiene los respectivos indicadores de cobertura (cantidad de población cubierta), producción y rendimiento (actividades realizadas y resultados) y situación epidemiológica (cantidad y distribución de patologías o problemas sanitarios)¹⁰⁰

Existen otros formularios, como los números 7 y 8, gráficas de control antropométrico para niñas y niños menores de 6 años respectivamente; el N° 5 para derivar pacientes al próximo nivel de atención; el N° 9 Carnet de vacunaciones; N° 10, formularios de registros supervisión médica e intermedia; N°13, plan de trabajo, etc.

La evaluación se realiza en los ya señalados cursos pre-ronda, con periodicidad trimestral y en fechas uniformes para toda la provincia. En esos días se supone que debe reunirse todo el equipo del área en el servicio base, suspenderse las actividades en terreno para procesar los datos y consolidar formularios que resumen indicadores por actividad y sector.

En esa semana se hace el procesamiento llamado “consolidado” de toda la información recogida durante la ronda anterior. Se supervisa indirectamente a través de registros, identificación de problemas y propuestas de soluciones; la capacitación en los temas prioritarios y se planifica la ronda siguiente, asignando prioridades según los resultados de la anterior.

“Las pre-rondas son el espacio y tiempo más importante para todos, allí discutimos, analizamos, nos sinceramos, podemos valorar lo que hicimos y lo que falta por hacer”.. “Las pre-rondas son para saber lo qué le pasa a la gente, y así poder planificar”...“Venimos de nuestras comunidades, donde trabajamos solos, y en estos días nos encontramos con los compañeros que están en lo mismo,” “

⁹⁷ Manual del Agente Sanitario (1979) Programa de Salud Rural, Secretaría de Salud Pública de Salta.

⁹⁸ Al final de los anexos, se incorporan copias de los formularios principales.

⁹⁹ Se refiere a las personas que tienen síntomas compatibles con Tuberculosis – TBC- como tos de varios días, fiebre, descenso de peso, etc.

¹⁰⁰ Copias de algunos de esos formularios se incorporan al final de los anexos.

venimos de lejos, para capacitarnos, trabajar, y, también pasarla bien compartir un asado, “football , nos reímos y divertimos” (Talleres Grupales, junio 2009)¹⁰¹
“En APS aprendí que hay algo sagrado, las pre-rondas son la reunión más importante, no se puede sacar licencias ni faltar” (Profesional /R.F.¹⁰²)

Los instructivos para cada pre-ronda que envía el nivel central del Programa a cada área, suelen incluir la indicación de que se reúna todo el equipo del servicio - no sólo agentes sanitarios- y que el último día, se haga una reunión abierta con la comunidad para dar cuenta de la evaluación. Las cuatro rondas no coinciden exactamente con el año calendario, la cuarta termina a mediados de diciembre, por lo que puede haber diferencias con los registros de estadísticas vitales

Finalmente en el Ministerio, se confecciona el “consolidado” provincial, análisis de variaciones, problemas e indicadores por área, regiones sanitarias y sugerencias de prioridades. Del análisis de la información tanto por área como de la provincia, que deben hacer supervisores de cada nivel a fin de obtener información confiable, segura y coherente, surge todo el proceso de la información, cuadros, promedios y proporciones, que permiten comparación y el seguimiento del proceso.

El Programa de APS persiste en la provincia, después de treinta años con profundos cambios del contexto nacional y provincial. Permanencia que junto a las transformaciones sufridas, demandará un análisis previo a la implementación local.

c) Propósitos locales

En los inicios del programa en Iruya, se mezclan objetivos, ideologías e intenciones personales de quienes lo implementaron. Junto a pautas dadas para toda la provincia, desde la conducción del programa, aparecen objetivos explícitos o no, del personal local.

En los primeros tiempos del programa hubo un fuerte proceso de “adoctrinamiento” donde se transmitían los propósitos y objetivos desde la Jefatura del Programa a través de los cursos de formación de A.S. y reuniones provinciales de supervisores médicos. Los cursos de formación iniciales eran encuentros intensos donde los aspirantes permanecían internados durante 45 días.

“Se internaba a postulantes de diferentes lugares de la Pcia, en el viejo Hospital Arenales de Salta o en anexos del Hospital de Guemes, y junto con ellos convivían los profesionales y enfermeras seleccionadas por Tanoni, de quienes recibían, una capacitación teórica y práctica técnica, en base al Manual. Pero además una fuerte una formación filosófica, de compromiso con la gente, asistencia a poblaciones rurales y desarrollo de las comunidades” (Profesional /T.T.¹⁰³)

En los primeros años aparecen con fuerza la importancia de cobertura a toda la población y el compromiso o mística del desarrollo comunitario. Con la democracia y gobierno justicialista, surgen los discursos de justicia social y derecho a la salud, fundamentos ideológicos del Plan Carrillo en 1983¹⁰⁴.

En los relatos de A.S. de Iruya, formados en esa época, aparecen representaciones relacionados con el sentido de justicia; también la percepción de objetivos impuestos, la dependencia de metas de los profesionales, la idea de ahorro o racionalidad en la inversión del gobierno, la impronta de acciones básicas, “primero lo que hay que hacer primero” y especialmente, la exigencia de llegar a todos.

“Pretendemos que la gente sea protagonista, pero en realidad los objetivos de APS vienen de afuera”... “Con AP los pobres pueden acceder a servicios básicos y no de mala calidad” ...“Creo que APS se crea por demandas que tiene la población y las autoridades lo han asumido para reducir gastos en salud y prestar mejor servicios, mejorar la calidad de vida o salud de la gente”..” Lo más importante es llegar a todos, porque la gente tiene derecho a la salud”... “Nosotros dependemos del modo y metas de los profesionales, y no nos animamos a oponernos, lo que deberíamos hacer para tener en cuenta la comunidad a la que pertenecemos”..“Habría sido distinto respetando un poco, acordar propuestas de trabajo en forma conjunta, de esa forma se puede evaluar, sino es difícil hacer participar a la gente” (Técnico/ A.T.¹⁰⁵).

¹⁰¹ Talleres grupales (2009) con participación de todo el personal no profesional del Hospital, donde se trabajó toda una semana con la dinámica de grupos focales, sobre temas relativos a las actividades, y con grupos con análisis y conclusiones escritas, sobre conflictos y problemas de relaciones.

¹⁰² Entrevista (2009) Profesional médica salteña, que trabajó en el Hospital local entre 1998/2002

¹⁰³ Entrevista (2009) Profesional médico cordobés, que trabajó en Hospital local 1978-1985/ 1997-2006.

¹⁰⁴ Nombre que le dio el Gobierno de Roberto Romero (1983-1987) en Salta, a su plan de Salud.

¹⁰⁵ Entrevista (2008) Supervisor Intermedio de APS nacido en Iruya.

En relatos de los profesionales que pasaron por Iruya, es difícil separar la fuerza y características de la experiencia en este lugar, de la idea o propósitos de APS.¹⁰⁶ Todos los consultados, la significan como una forma distinta de trabajo en salud, más amplia o integradora que la simple asistencia a enfermedades; una concepción que va más allá de una metodología, para llegar a ser una filosofía o mística; incluyen sentimientos no sólo razones: consideraciones socioeconómicas, no sólo determinantes biológicos; intereses comunitarios, no sólo individuales.

“Consideramos que APS es una estrategia, un sentimiento, una experiencia de vida que permite acciones del sistema de salud y una visión de conjunto de cómo los factores económicos, geográficos, religiosos, políticos y sociales se relacionan directa o indirectamente con la salud de las personas. Esto se puede apreciar con claridad al tomar contacto directo en el lugar donde viven y trabajan las personas”. “APS es poder ir al encuentro del otro con objetivos planificados, pero debe existir siempre una apertura, una escucha activa para poder identificar necesidades, reclamos a los que hay que prestar atención”. “APS es la puerta de entrada al sistema, no debe verse como desarrollo de servicios básicos sino como movilización de recursos disponibles en cada país, para responder a necesidades de toda la población, con espíritu de equidad y justicia social”. “Se le pide al sistema de salud que implemente acciones para que la gente no se enferme, y si se enferma, pueda curarse rápidamente, sin embargo esto está relacionado con el ingreso familiar, nutrición, viviendas, caminos, creencias” (Profesional/ N.A)¹⁰⁷.

“Nuestra idea de APS, se formó en Iruya, nos recibimos en 1984 y empezamos a trabajar en enero de 1985, hasta ese momento, desconocíamos que era APS, primero tuvimos la experiencia en terreno y después la conceptualización, por lo tanto nuestra idea o concepto de APS está ligado a Iruya”. “En Iruya se siente mucho el aislamiento, las severas limitaciones que impone la geografía, las creencias, la pobreza, de tal forma que APS cobra vida y se materializa a través de las personas que intentan hacer frente a estas situaciones, desde esa realidad todo es diferente, y las acciones en salud son todos los puentes que permitan una vida mejor”. “APS depende del compromiso de los efectores, pero lleva la impronta de una nueva filosofía comunitaria que hace al trabajo distinto a una rutinaria planificación a cumplir” (Profesional / R.R)¹⁰⁸

“Para mí APS es fundamentalmente una filosofía de vida, una postura o actitud ante la salud y enfermedad y más allá de la estrategia, es tener un sentido más humano además de social de ella”. “A mí siempre la medicina me pareció muy fría y vislumbré en APS la posibilidad de incluir otras cosas como la cultura, el arte, sin dejar de hacer medicina”. “Después de la residencia en APS en Guemes, mi segunda escuela fue Iruya, por las características del lugar y la fuerza del equipo de trabajo que había allí” “Para mí ser médico de APS es transpirar la camiseta, ir donde viven las personas, mezclarse con la gente del lugar, entender su realidad. Y en Iruya la traspirábamos y bien, teníamos que salir a pie y a caballo por caminos entre precipicios hasta 10 hora “ (Profesional / R.F)

Las estrategias, actividades y resultados locales que se explicitarán después, darán mejor cuenta de los objetivos del proceso local.

¹⁰⁶ Considerar que los relatos son producto de entrevistas realizadas durante 2009 y no en el momento en que trabajaron y vivieron la experiencia a la que hacen referencia.

¹⁰⁷ Entrevista (2009) profesional bioquímica jujeña que trabajó en Hospital de Iruya 1985-1992.

¹⁰⁸ Entrevista (2009) profesional médico peruano nacionalizado que trabajó en Hospital de Iruya 1985-1992.



ÉN?
'uya.

*“Las máscaras africanas no te hacen invisible. No ocultan, no disfrazan, no enmascaran.
Los dioses que en África fundaron nuestra vida terrestre envían,
las máscaras para transmitir energía a sus hijos.
Da fuerza esa máscara de cuernos de toro, brinda velocidad la que ostenta cornamenta de antílope,
la que tiene trompa de elefante enseña a resistir, la que tiene alas hace volar.
Cuando una máscara se rompe, el artista mascarero la talla de nuevo,
para que el espíritu no se quede sin casa y para que la gente no se quede sin ayuda”.*

Eduardo Galeano.
“Espejos”

***“Para ser atendido en este Hospital,
primero debe lavarse los pies en el pico de la esquina”***

Cartel en la puerta de la Estación Sanitaria Iruya, diciembre 1978.

a) Estructura sanitaria

En 1957 comenzó a funcionar en el pueblo cabecera, entonces con no más de 200 habitantes, la llamada Estación Sanitaria “Dr. Rafael Villagrán¹⁰⁹”. Sólo contaba con algunos auxiliares de enfermería en razón de la escasa demanda de una población que no tenía historia ni costumbre, de recurrir a la medicina científica. La presencia de médicos en la zona registraba como antecedentes, algunos tiempos breves y la atención de epidemias, tales como de peste amarilla y viruela en la década del 40’.

“Cuando no había médicos no había donde presentarse. Nosotros teníamos experiencia con los yuyos, con eso nos quitaba, con eso no más sanábamos. años 30., por.. ahí, hace 40 , 50 años... recién había hospital, primero enfermeritos nomás...” “Hasta que he sido de 50 años no he conocido hospital, yo no enfermaba, íbamos al ingenio pero tampoco conocíamos el hospital, éramos duros, comíamos natural, fuertes, no enfermábamos tanto” (Poblador/E.C¹¹⁰)

En sus inicios el edificio contaba con cocina, depósito, sala de enfermería y dos habitaciones. En 1976 se había acondiciona una pieza para colocar cuatro camas para internación. La única sala de atención era la enfermería, había sido dividida para colocar camilla de partos.

En el interior del Municipio, había Puestos Sanitarios con algunos ocasionales auxiliares de enfermería en algunos pocos rodeos¹¹¹: Rodeo Colorado, San Pedro, Higuera, San Antonio, Volcán Higuera, San Isidro y Colanzuli.

“Fui designada en 1962 para Chiyayoc (comunidad a 4 horas de camino de Iruya) pero no estaba construido aún el Puesto de Salud, fui al Ministerio e informé e igual me hicieron retirar las cosas para que lleve allí. Pero me quedé aquí, estaba de médico el Dr Vargas Orozco y había un solo enfermero más, que estaba en Rodeo Colorado, hijo de don Pedro Farfán, después lo trajeron aquí porque no había enfermero, (Mercedes Madrigal estaba de licencia). Cuando volvió Mercedes el hombre se fue para allá y yo me quedé. ... Como nombraban cada tanto los médicos, venían un tiempito y luego se iban. Varios médicos pasaron por aquí, rotaban los médicos, no duraban....Por esa razón la gente viene, cuando lo atienden bien y cuando no, dejan de venir. Cuando venían decían ¿Cómo otro médico? ¿Porqué? Porqué no mandan uno que esté aquí!...Algunos que venían eran malos, así decían los viejitos, también dependían de lo que dijeran sus esposas, hubo algunos médicos amigueros y sus esposas se enojaban....Cuando no había médico la gente venía igual a enfermería, cuando había algún caso grave teníamos la radio , llamábamos a cualquier médico en cualquier lado. Recién en 1978 cuando vino médico estable, cambió mucho el hospital, lo puso en su lugar...trabajábamos lindo y aprendíamos mucho .Algunos estábamos contentos, yo como jubilada extraño eso, me gustaba atender partos”.(Enfermera/ N.P)¹¹²

En 1978, cuando comienza el Programa de Salud Rural, la Estación Sanitaria contaba con luz cuatro horas diarias, un equipo de radio BLU¹¹³ y batería para comunicarse con los Ministerios de Salta y Jujuy. Junto a igual equipo en el destacamento policial eran entonces los únicos medios de comunicación del pueblo con el exterior, además de una camioneta que hacía de ambulancia.

En ese año había un único médico, cuatro auxiliares de enfermería, una cocinera, chofer, peón de patio o transportista con mulas; y se incorporan dos supervisores y siete agentes sanitarios.

En los inicios del Programa, se incluyeron como área de responsabilidad, tres sectores del Municipio de Isla de Cañas¹¹⁴. Por las distancias, dos días de camino por el río a caballo, sólo se hicieron visitas médicas anuales hasta que en 1980 pasó a ser responsabilidad del área operativa Orán.

En infraestructura, todo el servicio en 1978 incluía cuatro habitaciones, cuatro camas, bajo la dirección estable de alguna auxiliar de enfermería, con una planta de personal no mayor a doce personas; seis Puestos Sanitarios y un médico ocasional, que no salía al interior.

Treinta años después cambiaron significativamente las condiciones del servicio, transformaciones en las que puede inferirse la incidencia del Programa de APS implementado.

En 2008, eran veinticinco los ambientes con trece camas, equipado con aparato de rayos X, ecógrafo, electrocardiógrafo, farmacia y cincuenta empleados: veintiséis en hospital base y veinticuatro en los Puestos Sanitarios. Tres médicos que visitan todas las comunidades, una bioquímica y dos odontólogos permanentes, tres técnicos auxiliares -rayos, laboratorio y odontología-; tres

¹⁰⁹ Médico salteño pediatra y sanitarista que colaboró con Carlos Alvarado en la epidemia de peste amarilla de Bolivia y que en 1942 realizó profilaxis por una epidemia de viruela en Iruya y Tartagal.

¹¹⁰ Entrevista (2009) poblador del interior del Municipio de Iruya.

¹¹¹ “Rodeos” es el término con el que se denomina localmente a las pequeñas comunidades del interior.

¹¹² Entrevista (2009) auxiliar de enfermería salteña radicada en Iruya.

¹¹³ BLU, banda lateral única, llamase de esa manera a equipos de radio con frecuencia programada.

¹¹⁴ Nunca se incluyeron en los registros de población de Iruya, los sectores de Isla de Cañas, ya que por las distancias no podían participar de pre-rondas los pocos agentes sanitarios que allí trabajaron.

administrativos y diez personas de servicio - choferes, peones de patio, cocineras y mucamas – y más de tres mil Historias Clínicas.

De seis Puestos Sanitarios sin personales permanentes e incommunicados, se llegó a contar con diecisiete Puestos, con auxiliar de enfermería y AS permanentes, comunicados por radio con el Hospital y con Salta.

En cuanto a rendimiento o producción de servicios, por sólo dar algunos números, se pasó de mil consultas anuales a mil doscientas mensuales; del 3% a 75% de partos hospitalarios. De una mortalidad infantil mayor al 200/00 similar a los peores lugares de África, llegó alcanzar porcentajes de Cuba y varios años inferiores a media provincial y nacional.

El mismo edificio original, al que se le agregaron sucesivas ampliaciones, persiste a fines de 2008. Totalmente deteriorada su estructura física, en mayo de 2003 tuvo un informe del Departamento de Trabajo Provincial, que sugería cerrarlo por no cumplir con elementales leyes de seguridad laboral.¹¹⁵

Ese mismo año, el Consejo Asesor Sanitario, realiza y eleva un fundamentado proyecto para la construcción de un edificio nuevo. Actualmente esta en proceso de construcción un nuevo Hospital.

“Nuestro edificio era pobre, pero limpiito, aquí atendíamos mejor que en Salta, nunca hubo que hacer cola desde la madrugada, atienden a todos hasta la hora que sea”...“Ahora dicen que van a hacer un hospital nuevo con millones de pesos, cómo cambió Dr.”. “Se acuerda de cómo hicimos, las piezas viejas que teníamos, cuanto esfuerzo, venta de empanadas, nadie nos ayudaba, todo lo poníamos nosotros” (P. Servicio / S. Z¹¹⁶)

Como hitos significativos en el crecimiento de la estructura, servicios y personal del Hospital, desde la memoria del personal en los talleres que se realizaron en 2009, se pueden señalar:

- ✓ En 1978, primer médico permanente y comienzo de salidas periódicas a las comunidades del interior.
- ✓ En 1979, primer odontólogo permanente y se llega a contar con seis camas para internación.
- ✓ En 1981 se nombra un segundo médico. Se compra una propiedad vecina y se construyen, con recaudaciones propias del personal y ayuda financiera de la Congregación Claretiana de España, cuatro consultorios, enfermería, salas para rayos y para equipo de radio, laboratorio y depósito de historia clínicas. En ese año se llega a diez camas para internación.
- ✓ En 1982, conformación de Consejos de salud en varias comunidades. Surge el trabajo conjunto con “parteros empíricos”.
- ✓ En 1984, la regionalización y definición de niveles de atención, normativizó que la Estación Sanitaria fuera un servicio de Nivel II.¹¹⁷ Esto es, capaz de resolver el 80% de los problemas de enfermedad, con médicos generalistas, odontología, laboratorio, rayos, internación para atender partos, problemas traumatológicos y quirúrgicos de baja y mediana complejidad. Se nombra el primer personal administrativo.
- ✓ En 1985 el Ministerio cambia el nombre del Hospital, pasando a llamarse “Dr. Ramón Carrillo”. Se designa a la primera bioquímica.
- ✓ En 1987, se nombra técnico de rayos X y asistente dental, cargos que se sostienen por épocas, no de manera permanente.
- ✓ En 1993, en la propiedad vecina adquirida en 1981, el Ministerio construye cuatro salas de internación con sus respectivos baños, sala de partos y box de enfermería, completando trece camas permanentes. La construcción antigua se asigna para salón de APS, administración y depósitos.
- ✓ En 1996 se nombra una nutricionista (estuvo 2 años) y un tercer cargo de médico. Ese año se produce la cesantía de tres trabajadores, entre ellos el chofer de ambulancia, dejando sin ese cargo al hospital hasta el 2007.
- ✓ En 1998, fallece en una reunión comunitaria en San Isidro, discutiendo por el tema tierras, el A.S. y auxiliar de enfermería Santos Díaz.
- ✓ En 1999, por norma provincial, se elabora por primera vez una Carta de Servicios. (Anexo N° 5). Por afectación de cargo desde Hospital de Niños de Salta, se designa una psicóloga que se desempeñó hasta el 2006.
- ✓ En 2000, se recibe un ecógrafo por donación de la embajada de Japón.
- ✓ En 2000 fallece ahogado, concurriendo a la reunión pre-ronda desde Matancillas de San Antonio, el A.S. Emilio Subelza.

¹¹⁵ Acta N° 219 del 5/5/03. Departamento de Trabajo de la Provincia de Salta

¹¹⁶ Entrevista (2009) personal de servicio del Hospital, nacida en interior del Municipio de Iruya.

¹¹⁷ Resolución 370, que reglamentaba el artículo 1 de la Ley 6277/84, donde se establecían áreas operativas y niveles de complejidad de todos los servicios sanitarios de Salta. Establecía la responsabilidad sobre el área del su servicio de más complejidad- en el caso de Iruya, su Hospital.

- ✓ En 2003, se recibe un nuevo aparato de rayos X, por donación de una familia de Holanda¹¹⁸. Se consigue otro cargo de odontólogo.
- ✓ En 2004 designación interina de nueve agentes sanitarios y enfermeros, que llevaban hasta 10 años con contratos nacionales precarios.
- ✓ En 2007, fallece solo en Puesto Sanitario de Sala Esculla el A.S. Eleodoro Andrés Cruz, sin comunicación radial.
- ✓ En 2008, fallece despeñado, realizando visitas domiciliarias en el Sector de Porongal, el A.S. Romualdo Armando Urzagaste.
- ✓ Durante todo el período se fueron refaccionando y construyendo nuevos Puestos Sanitarios y Puestos Fijos¹¹⁹ hasta llegar en la actualidad a 19, todos construidos con esfuerzo propio de las comunidades.

b) Dirección, jerarquías y relaciones con el Ministerio

En la Secretaría de Salud Pública, Ministerio de Bienestar Social hasta 1989 luego Ministerio de Salud Pública, la Coordinación de Servicios de Salud o Dirección de Zonas Sanitarias de la cual dependen todas las autoridades sanitarias locales, los Directores de Hospitales, llamados Gerentes Generales desde 1996.

Todos los servicios sanitarios de Salta son provinciales, con excepción de unos pocos hospitales que fueron nacionales hasta 1981, fecha en que se transfirieron esos servicios a la provincia.

En la regionalización establecida por Ley 6277/1985, Salta se dividió en cuatro zonas sanitarias (Ver Anexo N° 3): zona norte (Tartagal, Orán y departamentos de región cálida) zona sur (Güemes, Metán, Rosario de la Frontera etc) zona centro (hospitales de la ciudad capital) y zona oeste, que incluye la zona de la puna, los valles calchaquies, el valle de Lerma, y los valles cordilleranos a los que se accede atravesando Jujuy: los Departamentos de Santa Victoria e Iruya.

La zona oeste constituye una unidad con similares características geográficas: tierras altas, bajas temperaturas y baja densidad poblacional; habitadas por descendientes de pueblos originarios en similares condiciones de pobreza.

Cada zona incluye varias áreas operativas, unidad sanitaria de territorios con población definida, un servicio base de mayor complejidad y responsable de otros servicios menores¹²⁰. Esa normativa establecía que las áreas fueran autónomas y que el Ministerio de Salud tendría sólo funciones normativas y orientadoras de políticas y programas. La responsabilidad ejecutiva estaba a cargo de la conducción local de los servicios de salud, los Directores, con el asesoramiento de un Consejo Sanitario.

Más allá de lo establecido por normas, la relación con el Ministerio fue en general de gran dependencia y lejanía al mismo tiempo. Según las insistencias que aparecen en actas de reuniones el personal percibe la relación con el Ministerio como de gran distancia e incompreensión, falta de apoyo y pocos conflictos

“No tuve problemas con el Ministerio, mientras hagas lo que dicen, con los recursos que te dan, no tendrás conflictos, porque además les estás haciendo un favor estás en un lugar donde nadie quiere ir.”. “Yo era ginecóloga y me mandaron como médica única por unos meses, estuve 3 años como única médica” (Profesional/ E.L.¹²¹)

“En 17 años en Iruya, mis mayores obstáculos, no fueron el lugar o la gente; sino los conflictos con las autoridades del Ministerio, cuando no aceptabas al pie de la letra normativas que no se adaptaban al lugar, o reclamabas recursos que en justicia correspondían al servicio”. “En general mandan al interior a profesionales recién recibidos, sin conocimientos de administración sanitaria, como para planificar y gestionar servicios, manejar presupuesto y personal”..” Si además no concursan los cargos siempre estás de prestado de la voluntad del Ministerio. Están acostumbrados a que les obedezcan” (Profesional/ T.T)

“Entre el Ministerio y el Hospital hay una gran distancia, ya que las realidades son muy diferentes, las normativas y funcionamiento son hechas en general, pero en la zona rural la necesidades son muchas y la forma de trabajo se adapta a las necesidades de la gente. Esto solo se puede entender

¹¹⁸ Rottenberg, Rolf, junio de 2003.

¹¹⁹ El Puesto Sanitario según normatización de servicios provincial, debe tener enfermero en forma permanente. El Puesto Fijo es un lugar para visitas programadas de enfermeros o médicos, sin personal de enfermería permanente. (Resolución 370, reglamentaria de Ley 6277)

¹²⁰ Importa señalar la diferencia entre el concepto de área operativa, en contraposición a área programática, ya que importa la idea de responsabilidad sobre un territorio y población, no la mera idea de área de influencia.

¹²¹ Entrevista (2009) Profesional médica jujeña que trabajó en Hospital 1992-1995.

con la permanencia en el lugar, y es difícil de comprender en una visita de un día, que es lo más que hacen los del Ministerio” (Profesional / R.F.)

En el Ministerio existen diferentes direcciones, Administración, Odontología, Farmacia, Estadística, Enfermería, o jefaturas de programas tales como APS, Chagas y materno-infancia. Y aunque por normas no les corresponde funciones ejecutivas en la práctica siempre han decidido y manejado recursos por encima de las conducciones locales de los servicios.

Los servicios y el personal deben remitir información periódica como condición para recibir los recursos que necesitan, datos que no siempre tienen retorno, multiplicando burocracia y pérdida de autonomía. Todas esas dependencias centrales cuentan con supervisores que deberían visitar y capacitar en los servicios. Tarea que en pocas etapas se ha concretado, pasando períodos de hasta 3 años sin que nadie del Ministerio apareciera por Iruya.

“Al principio teníamos en todas las pre-rondas, cada 3 meses, visita de gente del Ministerio que te apoyaban, capacitaban, te sentías respaldado y que les interesaba el trabajo que hacías, después por años no venía nadie”... “Si no hay lío o problemas graves, del Ministerio no pisan por estos lugares”... “Del Ministerio ni se acuerdan de nosotros, no nos dan nada y encima nos exigen cada vez más tareas”.. “Ellos dicen que no vienen porque no les pagan viáticos, nosotros tenemos que dejar nuestras familias por semanas, cobrando por todo sueldo, contratos en negro”.” Generalmente vienen a controlar, bajar normas y desesperados por irse” (Talleres grupales junio 2009)

” La gente del Ministerio vino en una visita tipo comisión tipo militar, entraron por las comunidades a preguntar a espaldas nuestras, sin avisarnos. Sin embargo nos tuvieron que felicitar por lo bien que hablaba la gente del hospital”¹²²

“No puedo coincidir con personal del Ministerio que, en contra de lo que hacemos tratando de buscar que el personal exprese sus diferencias abiertamente, aprovechando mi ausencia, exigieran a los supervisores que sancionaran a los agentes sanitarios porque cuestionaron normas... Nuestro país ya pagó altos costos por aceptar “la obediencia debida”¹²³

“En oportunidad de establecerse el Seguro Pcial de Salud, en 2003, el Ministerio propuso un contrato de gestión con las áreas, en aparente intención de una relación más simétrica. Cuando desde la Dirección de Iruya, además de metas cuantitativas de producción solicitadas, se explicitaban los recursos necesarios que debía aportar el Ministerio como contraparte del contrato, este no fue aceptado y nunca pudo firmarse.” (Profesional/T.T)

A nivel local, el organigrama del Hospital, no ha modificado substancialmente su estructura. Sólo ha tenido incorporaciones de nuevos cargos o cambios en las denominaciones de sus funciones.

A cargo del Programa de Atención Primaria, en los comienzos existía un supervisor profesional con reconocimiento de función jerárquica. En épocas de un sólo médico, éste asumía funciones de director y supervisión. Luego desapareció la función jerárquica, y se encomendaba la tarea a algún profesional, sin reconocimiento de la misma. En los comienzos, esa función la cumplían sólo médicos. Luego pudieron ser otros profesionales (odontólogos, nutricionistas etc.).

La conducción del Hospital, es función unipersonal, generalmente cumplida por el médico. Excepcionalmente fue el odontólogo – en 1985 y en 1992- o una bioquímica entre 1988 y 1992.

Hasta 1996, ocupaba esa función el profesional más antiguo en el lugar. Nunca fue un cargo concursado, siempre designado desde el Ministerio. En 1996, esa práctica de hecho, quedó legalizada cuando por Ley N° 6903, se establece que la Gerencia General de los hospitales, sea un cargo del tramo político.

A partir de ello, sucede en Iruya como en otros hospitales del interior, que llegan profesionales a conducir el servicio con la única condición de responder al Ministerio, por encima del personal local, aunque éstos tengan más capacitación y experiencia.

Las demás funciones jerárquicas, por ley del tramo técnico, nunca fueron concursadas, asignándose también discrecionalmente, desde el Ministerio o desde la dirección local. En el año 1985 tuvo lugar la última convocatoria a concursos profesionales en los servicios sanitarios de Salta, desde entonces sólo existieron concursos para las funciones de supervisores intermedios.

En Iruya, en etapas donde hubo participación del personal en la conducción, se cubrieron las funciones jerárquicas por selección interna, con control del Ministerio de Salud, gremios, o por consensos locales.

¹²² Nota del enfermero del lugar al Hospital, Mayo 2005

¹²³ Nota renuncia Torres Tomás a la función G. Gral. en mayo 2005.

Considerar reglamentos del Ministerio para esos procedimientos, significaba un respaldo, al mismo tiempo que limitaciones, en los concursos de enfermería sólo podían participar enfermeros con título profesional, y así quedaban excluidos la mayoría del personal local, con títulos de auxiliares.

La ley 6277/85, estableció que todas las áreas operativas de la provincia debían conformar el Consejo Asesor Sanitario, como órgano colegiado convocado y presidido por el Director del Servicio base, e integrado por representantes de diferentes actores comunitarios.¹²⁴ Esta forma de conducción funcionó en Iruya hasta 1992, e irregularmente entre 1999 y 2005.

En 1999, a partir de conflictos suscitados por la necesidad de salidas familiares de los profesionales, cuestión no prevista en normativas vigentes, se planteó conformar un espacio interno para adaptar algunas normativas, resolver problemas de conducción, planificar y acordar el trabajo local. Surge el Consejo Técnico Asesor (CTA)¹²⁵. Este espacio funcionó entre 1998 y 2005 – con excepción de abril a julio 2002 en que fue suspendido por la Gerencia –. Desde comienzos del 2006, dejó de ser convocado. Al igual que el Consejo Asesor Sanitario, establecido por ley, el CTA sólo funcionó cuando los Directores o Gerentes quisieron convocarlo.

“No teníamos conflictos serios y cuando había, se resolvían convocando al Consejo Asesor... permitía acordar trabajos y dar respuesta a los problemas que planteaban las instituciones sobre el funcionamiento del hospital” (Profesional/ N.A)

“La mejor época fue cuando aprendimos a resolver los problemas conversando dentro de casa, interactivamente en el Consejo Técnico”. “Allí podía participar cualquier que tuviera un problema, y todos teníamos nuestros representantes”... “Ahora te amenazan con “trasladarte de punta a punta,” y no hay lugar para hablarlo “. Algunos gerentes le tenían miedo a las reuniones”. “Hubo una gerente que vino y dijo- no quiero conflictos, por eso no quiero reuniones para que haya peleas, y suspendió el Consejo Técnico Asesor, no duró tres meses”... “Algunos gerentes parece le tienen miedo a que hablemos y no quieren reuniones, y no las llaman” (Talleres grupales junio 2009)

c) Personal y relaciones intra- institucionales

Las leyes del personal sanitario de Salta (6422/87 y 6903/96) diferencian escalafón para la estructuración salarial: a) profesionales universitarios (con jerarquías por años de estudios)¹²⁶; b) enfermeros (universitarios, profesionales y auxiliares)¹²⁷; c) técnicos –auxiliares de laboratorio, odontología, y donde se encuentran incorporados desde 1987 los agentes sanitarios d) administrativos y e) personal de servicio, choferes, peones de patio, mucamas y cocineras.

Los AS y supervisores intermedios, fueron funciones creadas por el programa de APS. Surgieron como un personal marginal, adicional o transitorio, y fueron ganando espacio y legitimidad dentro del sistema sanitario, llegando a constituirse en un grupo fundamental para los servicios.

En la época de las políticas neoliberales, cuando comienza la restricción del gasto a partir de 1990, era el personal que se seguía incorporando bajo cualquier figura de contrato o designaciones. En los últimos años, eso ha dado lugar a que los enfermeros buscaran ser nombrados como AS, cambiando el sentido y función original. Ingresan por ese cargo y luego plantean el cambio de funciones.

En los primeros años del programa en Iruya, costó conseguir personas con primaria completa, única exigencia para hacer el curso de agente sanitario. Empezaron siete, hoy son más de 20, por resectorizaciones o divisiones de los primeros sectores.

“Debíamos pedir favores a los maestros para que les dieran un certificado provisorio de 6to grado, sino no conseguíamos gente para cubrir los cargos”. “Hacíamos talleres y entrevistas de selección para ver intereses, también en algunos momentos era cómo se pudiera”... “Del Ministerio avisaban que empezaba un curso, como siempre en Iruya nos enterábamos tarde” En una oportunidad

¹²⁴ La ley 6277, artículos 4,5 y 6 refería que era un órgano con función de asesoramiento y representaciones de trabajadores del servicio, Municipio, Consejo deliberante, obras sociales, comerciantes o empresas locales. Con igual criterio ordenaba un Consejo Provincial de Salud, que nunca se conformó.

¹²⁵ El Consejo Técnico Asesor fue una creación local con el modelo de los Consejos de Administración de Hospitales de Autogestión. Conformado por profesionales, jefe de enfermería, supervisores de APS, administrativo y 2 representantes elegidos por el personal. Se reunía al menos una vez al mes para planificar, organizar, adaptar normativas y resolver problemas de conducción del servicio. Disposiciones Internas 17/99 y 02/04

¹²⁶ En un primer grupo están los médicos, en un segundo nivel odontólogos y bioquímicos, y un tercer grupo donde están el resto de profesionales: psicólogos, nutricionistas y trabajadores sociales. Esta diferencia por años de estudio se repiten en los otros agrupamientos.

¹²⁷ Auxiliar de enfermería es el título habilitante que se da a personas sin estudios secundarios. Enfermero profesional es título terciario, no universitario, en la mayoría de los casos con exigencia de estudios medios.

subimos en la ambulancia los dos primeros que vinieron al hospital a pedir trabajo alcoholizados, uno resultó un excelente agente sanitario, al otro le dimos varias oportunidades, pero terminó perdiendo su trabajo porque no dejaba de tomar".(Profesional /T.T)

Si bien en el escalafón la función del AS es de menor nivel que otras, hoy nadie pensaría la tarea de salud pública en estos lugares sin ellos.

Las particulares condiciones geográficas, dispersión e inaccesibilidad, su metodología de trabajo y la capacitación permanente que los instrumenta y actualiza en muchas oportunidades más que al resto del personal, explica el lugar central en que los significan todos los profesionales o directivos que pasaron por Iruya.

"Es lo mejor que tiene Iruya, el grupo de APS, sin ese equipo no se podría hacer nada, tenían un compromiso y espíritu de trabajo que no he visto en otros lados y yo salía con ellos a todas las comunidades, son quienes me enseñaron lo que sé de APS, cuando se amplió el hospital lo primero que se pensó fue destinar la parte vieja y acondicionar un salón para agentes sanitarios, compramos sillas, lo que ellos pedían como Directora si o si lo conseguía" (Profesional/ E.L).

"Sin los agentes sanitarios, no se podría hacer nada en estos lugares, más allá que la tarea preventiva y de cobertura total que realizan, es fundamental para cualquier servicio que pretenda llegar a todos o llegar antes que los problemas sean graves". "Los agentes sanitarios con las capacitaciones permanentes, exigencias de trabajos grupales, lecturas, y regiones de discusiones o análisis entre todos, llegaban a estar mejor preparados que los enfermeros, por eso planteamos que las capacitaciones mensuales incluyeran a todo el personal. Con todo, los enfermeros no siempre iban a ellas" (Profesional/T.T)

Las jerarquías del hospital, más allá de las establecidas por organigrama y por años de estudios, siempre estuvieron atravesadas por la superioridad significada entre "personal de fuera" y "personal local".

La mayoría de quienes vienen de otros lugares, han sido siempre profesionales. Entre ellos no aparecían las jerarquías o diferencias que suele haber en otros lugares, por ejemplo la tradicional dependencia de los médicos. La escasa cantidad de profesionales universitarios, ha significado que fuera más fuerte entre ellos lo que compartían, los igualaba o diferenciaba del resto del personal: venir de lejos a vivir en una comunidad con características culturales y geográficas particulares, la lejanía de familias, salarios superiores, etc.

La condición fuera/adentro marcaba las mayores asimetrías simbólicas, culturales, económicas, y era una representación aceptada o sostenida desde los mismos pobladores locales.

En los primeros años, al personal nacido en Iruya, no se le pagaba el "plus" o sobre asignación salarial por zona desfavorable. El personal de fuera, tenía derecho a ocupar viviendas del Ministerio, salidas especiales, y otras asignaciones o beneficios que no tiene el personal local.

"Cualquiera que viene de afuera, aunque no sepa de APS ni conozca Iruya, siempre es considerado mejor o superior..., ni qué decir si vino como Gerente: aunque sea médico recién recibido, y no conozca nada del lugar, ante él, un supervisor intermedio con 30 años de experiencia, comprometido y capaz, se calla. Aunque haya llegado a hablar en un Congreso de Pediatría y conmovier a 3000 pediatras" (Profesional/ T.T)

"La dra recién terminada su residencia, atendía el parto con un enfermero con muchos años y experiencias en partos, quien señaló que no apurara y tuviera paciencia, a lo que ella le respondió - Tengo 10 años de estudio, cómo se te ocurre querer enseñarme a mí". "Los que vienen de fuera tienen disponibilidad o casa, que a nosotros no nos dan, aunque tampoco tengamos" (Actas de reuniones pre-ronda)

De una forma u otra, aunque no fueran profesionales, se daba por sentado que por ser de fuera, tenían acceso diferencial a ciertos privilegios. Y si no los ejercían era motivo de sorpresa, como hecho atípico o no esperado.

"El padre Pedro, era un ejemplo para todos nosotros. Era español y sacerdote, pero trabajaba a la par nuestra, nunca planteo diferencias, ni excusas para no salir, salía más que nosotros". "Tuvimos suerte de varios médicos que salían y cumplían como uno más de nosotros, pero también quienes por cualquier razón no podían salir, doctoras embarazadas, nosotros mujeres lo mismo teníamos que caminar por los cerros "(Talleres grupales junio 2009)

“Cuando vino el chofer esposo de la Dra. en 1998, recién se pensó y planteó extender a todo el personal, el permiso de salida a Salta por necesidades personales o familiares. Antes era sólo podíamos salir por razones particulares los profesionales, nunca se nos ocurrió pensar que pudieran necesitar salir el resto del persona”. “Por eso extendimos como derecho de todos esa franquicia”. “En otras áreas, solo salen los profesionales, a veces sin registrar la salida porque no está contemplado la situación de estos lugares” (Profesional /T.T)¹²⁸

Aparece claramente como división/ jerarquía o motivo de conflictos, señalada por directores y aún en relatos de personas de la comunidad, aquellos enfermeros que siendo de Iruya después de haber estudiado fuera, pasaban a considerarse superiores, desconociendo orígenes, marcando diferencias y haciendo de menos a pobladores o costumbres locales.

“Los problemas fueron con pocos enfermeros que siendo de Iruya, se creían superiores miraban a su gente como menos, la criticaban, y se esmeraban en marcar que ellos no eran así” (Profesional/ N.A)

“En todas las reuniones dan “clases”, son poco solidarios con sus compañeros”.. “Cuando estaban en consultorio externo del hospital, eran un colador para la gente”.. “ Los problemas internos sólo fueron creados por algunos que, siendo de Iruya, querían aparentar que no eran como los de aquí”. “Se hace aliados de los jefes que vienen de fuera rápidamente”, “chupamedias”¹²⁹ e iban con chismes a los profesionales recién llegados”.. “son esos de los que se queja la gente, porque son los que la maltratan”.. “saben que no son queridos por el resto, por eso buscan siempre el respaldo de los jefes ..”” También tenemos profesionales que se presentan como coyas o hablan quichua, pero en realidad atienden mal a la gente, desconocen y no respetan sus cultura”. (Talleres grupales, junio 2009).

“Cuando yo iba a control de embarazo, él me decía, “mujer hasta cuándo vas a tener hijos, despachá tu marido al cerro, en vez de darnos buena consigna, más bien nos ha amargado, en el último bebé que he tenido se ha reído y me ha dicho “que te has comido un sapo? Tira este sapo que te has comido. Ellos tienen que ayudar, por eso es salud, si eso te dicen en el hospital, y la gente nuestra, para eso me quedo en casa”. (Pobladora /R.D.¹³⁰)

También aparece una relación desigual entre personal del hospital y personal de los Puestos Sanitarios. Trabajar en el interior, es condición más dura, un derecho de piso a pagar, con la promesa de ser trasladado al Hospital.

En Iruya el personal de los Puestos, vive y permanece en su comunidad. La práctica en otros lugares muestra que enfermeros o A.S. viven en el pueblo y se trasladan diariamente a su sector.

Sobre el clima de relaciones, tanto los profesionales como el personal local, coinciden en señalar el “espíritu de familia y sentido de equipo”. Si bien es señalado con más fuerza como una característica de los primeros años, hasta mediados de década del 90’, las referencias a crisis o conflictos posteriores, muestran la importancia y significado que le dan todos al trabajo grupal y de equipo.

Como razones de esa característica, se señala la impronta inicial de un equipo pequeño y del trabajo comunitario; las características y profundidad de relaciones locales (mucho más que trabajo, se comparte la vida cotidiana, adversidad y esfuerzo, alegrías y buen humor), las experiencias y aprendizajes comunes, y el aislamiento de otras pertenencias.

Cuando hubo problemas en las relaciones, ello aparece como una preocupación central a la que se asigna la responsabilidad de malos indicadores en el trabajo.

Hay coincidencias en el señalamiento de una matriz original, que se representa como clima de familia y se explicita como un trabajo de todos por igual, sin distinciones o privilegios, relaciones de hermanos, que comparten sacrificios y espíritu festivo o bromas.

“Muchas comunidades vieron por primera vez la llegada del médico y cura a quedarse con ellos”. “Cuando me dijeron que venían a Higuerras, miré el cielo, pensando en ver un helicóptero, y se aparecieron a caballo como cualquier hijo de vecino” (Maestro/ A.Z.¹³¹).

¹²⁸ La llamada “franquicia”, por Disposición Interna 02/03 del Consejo Técnico Asesor, se reglamentó una salida especial para todos los trabajadores de la salud del área. Las leyes vigentes no contemplaban necesidades de salidas en un lugar donde las distancias y costos obligaba a permanecer todos los fines de semana. Esto se resuelve aún hoy, en algunas áreas donde los profesionales firman como si estuvieran pero se van de 6 a 10 días al mes a ver su familia; o según criterios discrecionales de los Gerentes, que “autorizan” según días y personas arbitrarios

¹²⁹ Término popular para referirse a alguien obsecuente con un superior.

¹³⁰ Entrevista (2009) pobladora de Iruya,

¹³¹ Relato (1980) maestro del interior de escuela albergue de Higuerras-Iruya.

“Compartían con nosotros, igual atendían pacientes, ensillaban los caballos, dormían en el piso de tierra o cocinaban”. “el cura en los sermones, hablaba de los parásitos o de la necesidad de hervir el agua., estaba en todas las necesidades de la gente.” (Talleres grupales, junio 2009)

Si bien es fuerte en la memoria de todos, el sacerdote español que se desempeñó como primer supervisor intermedio, por espíritu alegre, compromiso y forma de ser cura; pero también son señalados los aportes de otros sacerdotes que le sucedieron en la parroquia, aunque no trabajaron en el Hospital. Aparece muy valorado por el personal, el acompañamiento en salidas a las comunidades, su sensibilidad por todas las necesidades de la gente, y particularmente el acompañamiento al personal en adversidades y conflictos.

“Lo mejor de Iruya es el grupo humano, con algunas excepciones, pequeños problemas o tiempos mejores o peores, han predominado las relaciones de familia y el compañerismo “ “Lo mejor es el buen humor y espíritu alegre “ “ la gente de Iruya es más abierta y alegre que la de la puna que yo conocía, y de lujo el equipo de APS” (Profesional/ E.L.)

“No había diferencias de trabajo, no había eso de - yo soy bioquímica no hago eso- ibas de visitas a las casas como todo el personal, una relación de pares en los objetivos de trabajo”. “En la ciudad hay nítidas diferencias.” “Aquí está el especialista... si él te autoriza”.. “ella atiende sólo niños... allá se trabaja por compromiso con la gente, aquí por tener trabajo” “Había una relación de cercanía, confianza, la gente llegaba a un lugar que le pertenece” “Aquí pide permiso, ruega por turnos, horarios” (Profesional /N.A).

“El grupo tiene un sentimiento de equipo que viene de los inicios del programa, la impronta que le dieron en los primeros años, especialmente Pedro. Aquí el trabajo es vivir juntos, horas de caminos, dormimos y comemos juntos varios días, compartimos el esfuerzo de la tarea sin diferencias entre jefes o no”, “los problemas con los profesionales fueron los que marcaban diferencias por ser tales, o no querían salir a las comunidades” “Cuando uno salía a las comunidades, no tenía ningún problemas con el personal ni con la gente.” Sin el apoyo de los sacerdotes, no hubiéramos permanecido con tanta adversidad y soledad” (Profesional /R.R).

“Entre profesionales y no profesionales había muy buena relación, un equipo sólido, muy comprometido y profesional, tanto de enfermeros como agentes sanitarios, del hospital como de los puestos, ya que nos manejábamos con la radio... Además había un clima festivo, liderado por las bromas de Tomas que cortaban el hielo. Vivíamos en tren de joda, en el buen sentido” (Profesional/ R.F)

En general hay coincidencias en que relaciones de armonía, camaradería y trabajo en equipo fueron mejor en los primeros años, donde los conflictos internos se resolvían en diálogo entre todos. Los motivos de problemas en esos años estuvieron en la desconfianza y diferencias hacia quienes venían de afuera; y ajustes entre las funciones de enfermería y agentes sanitarios. Como primeras dificultades, se señalan roces con el personal que vivía en Iruya, que estaban acostumbrados a manejar el hospital y decidir solos, o tenían malas experiencias con los profesionales quienes venían de paso, por poco tiempo.

“Era el director del hospital y al año de llegar, con muchos sospechosos de tuberculosis que debía derivar a Salta para hacerles el análisis, porque no teníamos laboratorio, se me ocurrió comentar - Lástima que no haya un microscopio, sino me pondría yo a leer los extendidos”. Doña Alcira, cocinera de muchos años, me dijo ¿Ud. quiere un microscopio?, ahora que le tengo confianza le mostraré. Y me llevó debajo de una caja tenía escondido un microscopio nuevito, que aún hoy funciona como único “. “Y me explicó, - por aquí han pasado muchos médicos que se llevaban lo que podían, por eso lo tenía escondido!” (Profesional/T.T)

En los inicios también hubo roces entre enfermería y agentes sanitarios, por desconocimiento mutuo, posicionamiento y rol profesional, diferencias que se fueron disipando en la medida en que se sostuvieron los espacios de capacitaciones compartidas, intercambios y pasantías.

“Cuando comenzó la salud rural casi no lo seguía yo, porque nosotros estábamos aquí y los agentes sanitarios eran para el campo, entre ellos se daban más.” “Sólo nos saludábamos, la gente nos preguntaba ¿son enfermeros o no los que están en cada lugar? Y preguntaban ¿Igual tenemos que venir? Yo les explicaba que los agentes sanitarios iban a las casas a ver cómo vivían, sólo había tres enfermeros en el campo – Colanzuli, Volcán Higuera y Rodeo” lo mismo tenían que venir. Les

decíamos los agentes también son del Ministerio... puede ser que le interese, aprenda y después le va a curar”(Enfermera/ N.P).

Se consideran como contribuciones al buen clima los esfuerzos de diferentes conducciones que facilitaron espacios de capacitación permanente y continuidad de estudios de todo el personal y como un valor que sostenía al grupo. Mediante convenios con la Cruz Roja en los primeros años, la mayoría de los A.S. hicieron la carrera de auxiliar de enfermería, por lo mismo que eran personal único en las comunidades del interior. Con posterioridad se promovió continuidad de estudios secundarios y profesionalización de enfermería.

Es señalado que esas cuestiones reconocidas en su importancia por todos, en general se conseguían a escondidas del Ministerio, o transgrediendo reglas y prácticas establecidas desde afuera.

“Conseguir que pudieran realizar el curso de enfermería fue gracias a alguien con sensibilidad de la Cruz Roja, que pasó por alto que no tenían estudios terminados. Siempre teníamos que cambiar las reglas para adaptarlas aquí” (Técnico /P.O).

“Lo mejor que tuvimos en esta área fueron los años o etapas en que desde la dirección de planificaban capacitaciones permanentes y en conjunto, donde participábamos todos, y entre todos decíamos los temas que nos interesaba...” Eran una envidia de otras áreas, eso sostuvo la motivación y compromiso de equipo”(Talleres grupales, junio 2009)

“Teníamos tanta práctica en capacitaciones y discusiones, que nos prepararon bien.”...”Uno iba a otros hospitales, o encuentros en otras áreas, y nos dábamos cuenta de que sabíamos y nos desenvolvíamos mejor que otros, aún que los mismos enfermeros”(Talleres grupales, junio 2009)

Aparecen como muy valoradas para el clima y la motivación de trabajo las experiencias de salidas a encuentros en otros lugares, o visitas de residentes y pasantes que venían a compartir el trabajo, porque reconocían la experiencia local.

Entre 1981 -1985 y 1997-2005, en Yavi (Jujuy), o en algunas de las áreas, solían realizarse las últimas pre-rondas del año, en conjunto con el personal de Sta Victoria Oeste, Nazareno, San Antonio de los Cobres .Durante varios años, entre 1999 y 2004, venían estudiantes a realizar pasantías y capacitarse en APS durante meses de verano, estudiantes de medicina, psicología y psiquiatría de la Universidad de La Plata.

“Las experiencias de compartir con otros, los encuentros de los primeros años entre supervisores de toda la provincia, o entre área vecinas, nos ayudaban a corregir errores, sacar ideas nuevas, y también valorar lo que teníamos y hacíamos nosotros”....“Venían estudiantes y profesionales de otros lados, y decían que venían aprender como se hacía APS , aquí”.. “Cuando fuimos invitados por el Congreso de la Sociedad de Pediatría a Buenos Aires, cuando salíamos recién nos dábamos cuenta de lo que valía nuestra tarea y nuestro equipo” (Talleres grupales, junio 2009).

La memoria de conflictos o diferencias internas fuera de problemas personales puntuales, un médico que intentaba acosar a enfermeras; aquella enfermera que le quitó la pareja o marido a otra, señalan que los mayores problemas o conflictos fueron con el Ministerio, con los políticos, o internamente entre profesionales.

Las dificultades de relaciones entre profesionales, aparecen como causantes de alterar el clima institucional. En realidad, no faltaban problemas o conflictos entre el resto del personal, pero estos eran resueltos internamente desde los mismos profesionales o conducciones locales. En cambio los conflictos entre profesionales, al no existir instancias o prácticas locales que ayudaran a resolverlos, generalmente se profundizaban. Como causas sobre ellos aparecen con claridad, los diferentes compromisos o responsabilidad en el trabajo.

Una tarea grande y difícil, cuando no es compartida aumenta las diferencias, mucho más cuando desde el Ministerio no sólo no se aportan normas para resolverlas, sino que además, suelen apoyar o avalar el incumplimiento de algunos.

“Me sorprendió que siendo un médico viejo (no por edad sino por años de recibido), le pusiera el pecho al trabajo, yo tenía asumido en todos mis trabajos que los jefes no laburaran y a mí el hacer el trabajo de los dos”...”En un primer momento había una relación armónica , de camaradería, de trabajo en equipo, apoyo profesional en lo asistencial de parte de algunos y de otros un relajo o falta de cumplimiento y compromiso tal, que llevó a una división y encontrarnos entre dos líneas de fuego, obligados a tomar parte por una.. Conflictos entre dos líneas de mandos por los reclamos hacia la gerencia por su falta de trabajo” (Profesional / R.F).

“Las mismas autoridades del Ministerio que nos exigían y controlaban cumplimiento del personal no profesional, avalaban que el Gerente desapareciera por semanas, sin justificar” En una oportunidad un jefe del Ministerio, me dijo, te mando a..... porque es un vago, vos lo vas hacer trabajar” (Profesional /T.T)

En los aportes grupales del personal, también señalan las diferencias en la responsabilidad laboral como principal problema.

“Nosotros en general tuvimos suerte, muchos profesionales que vinieron a Iruya eran comprometidos con la tarea y les gustaba APS y salir al campo.” “No había compañerismos de algunos profesionales”.... “Los problemas eran entre profesionales, generalmente porque había algunos “chantas”... “Hubo un gerente que se iban más de medio mes a Salta, para cobrar viáticos allí, y el otro tenía que soportar solos día y noche todo el trabajo, le llamábamos “Balde de plástico”, cuides como lo cuides, siempre se raja”. “Otros profesionales porque no querían salir a los Puestos, siempre tenían una excusa “... “Lo más importante que tenemos es la unión del grupo, la formas que tenemos de ser solidarios, las ganas de seguir trabajando con la gente de nuestra comunidad, a pesar de tantas injusticias” “pero cuando no todos tiran igual del carro, el carro es muy pesado y las broncas son grandes” (Talleres grupales junio 2009)

El Ministerio lejos, tanto geográfica como simbólicamente, no interviene para ayudar a resolver los conflictos, buscando mediaciones para el bien de la población. Cuando ha pasado mucho tiempo y los problemas llegan a Salta, la solución suele ser sacar o poner gente, moviéndose en general por intereses políticos, sin considerar lo mejor para el servicio. La misma conducta suelen tener otras autoridades locales, que no se implican o lo hacen en función de fidelidades personales o políticas.

“Con las intervenciones del Ministerio, las cosas empeoraron. De un equipo sólido pasamos a un equipo fragmentado y varios optamos por irnos. Quizá deberíamos haber tenido una intervención externa conciliadora” (Profesional / R.F).

“Lo que nos ha hecho cambiar mucho hasta pelear a la gente son los políticos. Nosotros no sabíamos pelear así, no teníamos diferencias, las diferencias son de el tipo político, los políticos nos han echado a perder, la política entró al hospital”...” Cuando los políticos entran no es para ayudar, sino para dividir y llevar agua para su molino” (Enfermera/ N.P)

“En relaciones tan intensas y cercanas, una familia grande como éramos, hay situaciones donde sino hay alguien de fuera, que ayude a encontrar un objetivo común en la gente y sus necesidades”. Los problemas pequeños se hacen grandes, y no se encuentra más salida que irse”...” Y el Ministerio que parece quien debe cumplir esa función, sólo se interesa en que no haya problemas, no que el servicio funcione bien para la gente” “Veían en los conflictos y jamás se les ocurría preguntar o reunirse con la gente para ver cuál era la mejor solución para los pobladores”. (Profesional /T.T)

Las diferencias del personal con los profesionales o directores, pocas veces se expresaban abiertamente. En algunas ocasiones estando alcoholizados, en algún festejo, podían ser temas de indirectas. La mayoría de las veces, ellas circulan por fuera del hospital, o entre algunos.

El desconocimiento general sobre leyes, derechos y obligaciones laborales, aún del personal más antiguo o con estabilidad laboral, da como resultado que las relaciones institucionales, se hayan manejado como dependencia a personas más que en respeto a reglas o leyes.¹³²

“Desde el Ministerio llegaron a posesionar como gerente a una médica que nunca había estado en Iruya. A las pocas horas de llegar hizo una reunión de personal, pidió la renuncia de todo el personal que tenía funciones jerárquicas y, sin preguntar ni escuchar a nadie, dio un discurso con instrucciones de cómo se iba a trabajar a partir de ese momento. A los pocos días realizó por escrito una planificación y nos indicó a todos que teníamos que firmarla”. “El personal local con años de práctica de realizar entre todos evaluación y planificación participativa, con muchos más años de experiencia, conocimientos del área y de APS que la recién llegada, firmaron todos sin decir nada. Dos profesionales nos negamos y comenzó una dura persecución. “Nos sancionó nos quitó la función jerárquica dándosela a una profesional que había aceptado firmar “” El personal amigo, venía de noche a casa con miedo a advertirnos que nos iban a echar”. Cuando se fue la directora, vinieron inmediatamente pidiendo una capacitación en derechos”. “Fue increíble escuchar las historias de atropellos de los que habían sido objeto y las arbitrariedades que había acatado por simples órdenes

¹³² Señalamientos nota del 29/3/03 del Obispo P. Pedro Olmedo publicada en Boletín de Animadores de la Prelatura de Humahuaca.

verbales". *"Similar situación era la del personal de escuelas, supe formular el llamado "síndrome del ordenanza" refiriendo condiciones comunes de agotamiento de personal de maestranza de escuelas, a quienes los directores les hacen lavarle la ropa, realizar construcciones de albañilería o trabajos pesados en época de vacaciones"* (Profesional/ T.T)

En oportunidad en que dentro del Consejo Técnico Asesor se había acordado una normativa para la salidas, y el Gerente no la cumplió, se pusieron todo tipo de excusas, pero no pudieron aún entre todos sus integrantes, aplicarle la sanción acordada.

"Ud. nos pedía algo imposible ¿a quién se le ocurre sancionar al Director! Además él era bueno con nosotros y trabajador, ¿Cómo lo íbamos a sancionar?, imposible lo que nos pedía." (Enfermero / F.Z.).

"Una de las mejores capacitaciones fue cuando vino el abogado, 2003, a enseñarnos de nuestros derechos, no sabíamos nada... nos engañaba cualquiera." *"Un administrador nos dijo que no nos correspondía el cobro del bono de casamiento, porque decían que eso era para el hombre, no para la empleada mujer que se casa"*. (Talleres grupales, junio 2009)

En oportunidad en que pudo ser analizado este temor, además de señalarse el desconocimiento de leyes o falta de presencia de los gremios, el personal marcó claramente el cambio de condiciones entre antes y después de 1996, año en que fueron dejados cesantes agentes sanitarios y chofer de la ambulancia, por haber participado como candidatos en las elecciones por el partido político opositor.

Antes de esa fecha, las diferencias internas se hablaban y resolvían entre todos, después, había miedo y temor a los políticos.

"Cuando llegamos en 1985, el personal estaba encaminado en una relación familiar, no había lugares privados, no se ocultaba nada, la gente sabía que poníamos de nuestro bolsillo, aunque siempre hay quien pone palos en la rueda". "Los agentes sanitarios decían lo que pensaban, reclamaban cuando en el hospital atendían mal a la gente, el Consejo Asesor Sanitario nos trajo la voz de la gente, se quiso hacer político eso, pero no se dio y sirvió para hacer cosas en conjunto y tener más consideración con la gente del interior"... "Nos ayudaban mucho las reuniones de personal en forma periódica, decirnos las cosas y se despachaban con todo, marcaban sus diferencias y se sinceraban, estaban acostumbrados a que eran aceptadas sus opiniones". (Profesional/ NA)¹³³

"Nadie sabe lo que sufrimos en silencio con la familia de Cándido y Juan Carlos al quedarnos sin trabajo, no se pueden imaginar." "Los changos que compartieron con nosotros esos momentos no se olvidarán más, todo fue distinto en el hospital" (Poblador/ A.G)¹³⁴

"Antes nos costaba hablar, pero cuando nos daban confianza decíamos lo que pensábamos... después supimos tener miedo, sabíamos que no había que contradecir a los jefes o políticos". (Talleres grupales, junio 2009)

Así como hay coincidencias en valorar en relación al mejor clima y resultados en las tareas, los espacios donde se podían expresar todos, ámbitos festivos y de confraternización asados, partidos de football y el funcionamiento de instancias para acordar criterios y normas y resolver problemas, es significativo que cuando estos espacios son suspendidos, pocos se animan a reclamar su funcionamiento.

"El mejor recuerdo cuando hacíamos festejos pero que además eran ocasión para decir lo que sentíamos... ese festejo del día del agente sanitario, donde Edmundo pidió que todos dijéramos "los sentimientos sentimentales, por ser agentes sanitarios. Fue toda una noche donde lloramos y nos reímos como nunca" "Cuando nos reuníamos aprendimos a decir "esto no es para calientes"... con eso algunos se aguantaban que dijéramos cosas "... pocos se animaban a decir cuando no estaban de acuerdo, era preferible siempre callarse, era bueno el Consejo Asesor Sanitario, pero pocos directores lo quisieron"... "La mejor época fue cuando funcionaba el Consejo Técnico Asesor, allí había verdadera participación interactiva" ... "Para las relaciones, lo mejor fue y, extrañamos las reuniones de todos, los problemas son los Gerentes que no respetan las normas que habíamos acordado entre todos, como el Consejo Técnico "... "Y si el Gerente no convoca, nosotros no somos quien para decir otra cosa"... "Amenazan con traslados, tenemos miedo a quedar sin empleo, tanto

¹³³ Entrevista (2009) Profesional bioquímica, directora del hospital entre 1988-1992.

¹³⁴ Relato (2002) Pobladora de Iruya, esposa de chofer que fue cesanteado en 1996.

tiempo sin conocer nuestros derechos, falta de unión del personal por influencias de los políticos, y porque por miedo algunos se acomodan con los gerentes". "Ahora tenemos más personal, pero más miedo por problemas políticos" (Talleres grupales, junio 2009)



3. ¿CÓMO? Estrategias y Actividades

*“En otros tiempos, la ninfa Eco había sabido decir.
Y con tanta gracia que sus palabras no parecían usadas,
Jamás dichas antes por boca ninguna.
Pero la diosa Hera, esposa legal de Zeus,
la maldijo en uno de sus frecuentes ataques de celos.
Y Eco sufrió el peor de los castigos: fue despojada de voz propia.
Desde entonces, incapaz de decir, sólo puede repetir.
La costumbre ha convertido esta maldición, en alta virtud”*
Eduardo Galeano.
“Espejos”

La información sobre los “cómo” se ha organizado distinguiendo **estrategias**, esquemas prioritarios, modos de abordaje o de relación con la población y **actividades**, temas o cuestiones prioritarias. Muy buena síntesis de ellas es la referida por uno de los más experimentados supervisores de Iruya.

“Tenemos normatizado para ciertas actividades, pero la realidad en que vive la familia es otra y tenemos que ser flexibles y adaptarnos a las necesidades de la familia a las que asistimos... Casa por casa, conociendo las familias, escuchando sus problemas y sus caminos para encontrar el bienestar. Bueno, las visitas se programan teniendo en cuenta factores de riesgo, para poder visitarlas a todas, pero más seguido las familias críticas”, “se llevan acciones sanitarias, puede ser en forma de información, educación sanitaria, como en actividades concretas, inmunizaciones, control antropométrico, detección de embarazadas, seguimiento de las mismas como de los desnutridos, realizar derivaciones oportunas para esta gente para que puedan tener control médico”...” también buscamos trabajar con otras instituciones de la comunidad, para hacer proyectos que mejoren la calidad de vida de la gente” (Técnico/ A.T)

Las principales estrategias del programa son las visitas domiciliarias, educación sanitaria, y proyectos o participación comunitaria. Como actividades normatizadas desde los inicios: censo de población y vivienda, promoción de mejoramiento en saneamiento ambiental, detección y captación de embarazadas; promoción del parto hospitalario; control antropométrico de niños de 0 a 6 años; detección y captación de niños desnutridos; apoyo alimentario con leche en polvo; detección y captación de niños enfermos o sanos para control médico; vacunación; detección y tratamiento de tuberculosis; búsqueda y derivación de patologías varias (infecciones respiratorias agudas y diarreas); promoción de la salud buco dental, control y seguimiento de familias de riesgo (críticas) y de ayudas sociales para ellas.

Según episodios epidémicos o diferentes etapas, desde el nivel central del Ministerio, se fueron incorporando otras como detección y control de enfermedades dermatológicas, cólera, dengue, etc. Las actividades originales continúan en general, sin mayores variaciones.

El Programa especifica actividades para A.S. y Supervisores, pero no tiene igual precisión e indicaciones para los profesionales, con excepción de referencias a su función de supervisión. En general, no hay normas sobre prestaciones que se espera del resto de los servicios para cuando los A.S. derivan a la población.

A los efectos del presente trabajo y considerando el encuadre teórico o concepción definida sobre APS, hemos agrupado actividades considerando aquellas prescriptas por Convención de los Derechos del Niño, (art.24, ley 23.849), incluyendo tareas asistenciales del servicio base, en consonancia con la integración preventivo/asistencial fundamentada.

1. ESTRATEGIAS

“En oportunidad de un taller con mamás cuidadoras en una comunidad rural, dos días compartimos juegos, actividades prácticas. Conociendo que la mayoría eran analfabetas, y que su manera de aprender y enseñar a sus hijos es haciendo y no hablando, el taller fue fundamentalmente realizar con ellas, lo que queríamos que hicieran con los niños. Alicia dio una pequeña charlita de media hora, sobre la importancia del afecto y juegos en el desarrollo infantil. Cabe aclarar que llevaba años en estos talleres, luego tenía práctica en charlas sencillas Al terminar el taller como siempre, pedimos que nos dijeran su evaluación del taller, podían decir o escribir dos cosas que les gustaron y dos que no. Guardamos como tesoro un papelito de una mamá que escribió:- Lo que más me gustó, fue la charla de la Sra Alicia, lo que menos me gustó, es que no le entendí”

(Profesional / T T)

a) Visitas domiciliarias

Las visitas domiciliarias son centrales en el programa con indicación de que sean programadas, periódicas, y con cobertura total: cada agente sanitario tiene asignado un determinado número de familias, y debe planificar las visitas a fin de llegar a todas durante la ronda.

La primera tarea del A.S. es realizar la cartografía de su sector, identificando todas las viviendas, accidentes y puntos geográficos que sirven de referencias para llegar a ellas.

En los primeros años la unidad de intervención fueron las viviendas, el A.S. debía visitar todas las casas del sector. Al poco tiempo, en reuniones de supervisores, se planteó la necesidad de cambiar, y que la unidad de abordaje fueran las familias, definidas como *“todas las personas que comen de la misma olla”*.

Al planificar visitas a casas, muchas estaban desocupadas o vacías, y si no se lograba cubrir todo el sector, quedaban familias sin visitar.

Ese modo de aproximación asegura validez a la primera actividad normatizada, el censo de población y viviendas. Si no se ha visitado a todos, la información y tarea estará limitada en sus alcances.

“Aprendimos que APS no se mide o evalúa, por lo que se hizo, sino por lo que quedó sin hacer.” “De nada vale que hayamos visitado 60 familias, y nos quedaron 5 sin visitar, porque los riesgos, peligros o problemas de enfermedad más graves pueden estar en las que no visitamos”... “lo más importante es la cobertura total, nadie puede quedar si visitar” (Actas reuniones pre-ronda)

La visita domiciliaria responde a la necesidad de control sobre la población y de que la información llegue a todos los lugares, por más alejados e inaccesibles. Al mismo tiempo, marca un modo de relación más cercano y simétrico entre los servicios y la gente. En general es una estrategia muy valorada por el personal.

“Las visitas domiciliarias son contacto con la gente, ayuda a la confianza”... “Allí la gente expresa lo que sienten y piensan”... “Nos esperan, ellos saben que iremos, y valoran como ninguna otra cosa, que vayamos hasta su domicilio”... “Nuestra población vive tan lejos y solos, que saben que quien los visita, se preocupa por ellos”. “Reclaman si no vamos, es como si nos los tuvieran en cuenta”. “Si los profesionales nos acompañan a las visitas, la gente nos escucha” (Talleres grupales, junio 2009).

“En el hospital ellos son visitantes, piden permiso, se sacan el sombrero.. se tienen que acomodar a nuestras normas e indicaciones. En la casa somos nosotros los que pedimos permiso y escucharlos, allí se emparejan las relaciones”. (Profesional /T.T)

Visitar a la familia, suele representarse como una relación con todos sus integrantes, en la práctica, esto no siempre ocurre así. Se registra como cumplida, cuando se ha logrado hablar con algún integrante que pueda dar datos de los demás, y escuchar la información que deben transmitir los A.S. Según horarios, épocas del año, tareas de subsistencia o migraciones internas, no siempre se encuentran ni se puede establecer contacto con todos los miembros de la familia.

“Generalmente son las mujeres o los abuelos quienes nos atienden”... “las actividades que debemos realizar nos hacen hablar con los adultos, sobre todo con las mujeres”... “Con los niños no se habla, se los pesa y mide, vacunamos, pero buscamos hablar con el jefe de familia”. “Tratamos de conversar con las jóvenes para preguntarle por la menstruación o si no estaba embarazada, pero no siempre aparecen, son recelosas” (Talleres grupales, junio 2009)

Se debe realizar una visita por ronda a cada familia, con la consigna de visitar más veces a las familias clasificadas como críticas o de riesgo. Una visita es además, aquella donde se han realizado todas, o la mayoría, de las acciones normatizadas. No se contabiliza como tal, cuando sólo se vacuna por ejemplo.

Los criterios de riesgo, son definidos por el Ministerio, cuando imprime el formulario correspondiente. Esos criterios han variado levemente en estos años: en las primeras etapas eran consideradas críticas aquellas familias con antecedentes de mortalidad infantil, desnutrición, tuberculosis, o las familias numerosas. Dejaba abierta la posibilidad para que el A.S. incluyera, a su criterio, otro factor.¹³⁵

Con el tiempo, se fueron agregando factores. En los últimos años, se quitó la posibilidad de que agente o servicio local agregara sus propias valoraciones, y se marcan cruces según criterios de mayor riesgo.¹³⁶

En el Anexo N° 7, se compara cobertura de la primera ronda de cada año, y da cuenta de que en los 30 años del período estudiado, en forma ininterrumpida, se ha cubierto la zona visitando la casi totalidad de casas / familias. Todas las familias han contado como mínimo con cuatro visitas anuales,

¹³⁵ El personal de Iruya ha enviado al Ministerio en varias oportunidades propuestas de modificación de estos factores, proponiendo también factores protectores. Ninguna de ellas ha sido considerado. (Ver notas junio/04)

¹³⁶ En los formularios actuales se marcan como factores de riesgo; grupo familiar integrado por menores de 6 años (marcando con una cruz cada uno de ellos); desempleo y/o ingreso económico inestable (marcar con dos cruces); ausencia del padre o madre (marcar con dos cruces); hacinamiento (marcar con una cruz); enfermedades crónicas (marcar con dos cruces); violencia familiar, alcoholismo o drogadicción (marcar 2 cruces por cada uno). Niños menores de 6 años, con déficit nutricional (marcar 3 cruces cada uno), embarazada de riesgo (marcar 2 cruces). Tratamiento inadecuado de agua, excretas o basuras (marcar 1 cruz por cada uno) analfabetismo de la persona a cargo de los menores (marcar 2 cruces); antecedentes de mortalidad infantil o materna (7 cruces), recién nacido o puerpera (marcar 7 cruces). Y se considera familia de riesgo a la que tiene 7 o más cruces.

una cada 3 meses aproximadamente y ocho visitas como mínimo aquellas familias consideradas de riesgo.

Comparando con los períodos en que se encontró información general de la provincia¹³⁷, Iruya ha tenido siempre una cobertura superior a la media provincial.¹³⁸

Motivos para no completar la cobertura, fundamentalmente han sido las condiciones geográficas, distancias, problemas climáticos, licencias o sectores descubiertos (sin A.S), la movilidad de la población por necesidad de pastoreo de animales. Además de la falta de equidad o reconocimiento de lo que implica el trabajo, en este lugar.

“Tenemos que caminar entre los cerros, un promedio de 4 horas desde el Puesto Sanitario hasta cada familia”...“A veces para no encontrar a nadie, porque salió a pastorear sus ovejas”... “la gente tiene varios puestos de pastoreo y migra un lugar a otro”. “A nosotros no siempre nos dan animales y forraje para salir a visitar”...“ Hubo médicos y gerentes, que no conocieron el área, ni cómo vive la gente,”...“Algunos estamos cansados y viejos y debemos seguir subiendo cerros y cruzando ríos como al principio”... “no se nos reconoce nuestro trabajo como tienen otros agentes públicos en la zona que se jubilan antes por trabajo y zona desfavorable”¹³⁹. (Actas reuniones pre-rondas)

No haber logrado el 100% no refiere, como suele ocurrir en otros lugares, el rechazo de la población a la visita, tampoco exceso de carga laboral. Hay mucha distancia hasta cada vivienda, pero no son muchas las familias a visitar.¹⁴⁰

No hay referencias a rechazos, cuestión que debe registrarse si la familia no acepta ser visitada. Las escasas oportunidades que ello ha ocurrido, son atribuida a familias aisladas, “difíciles”, algún docente o persona con las que existió algún problema o conflicto con los agentes del servicio.

Todos los profesionales que han pasado por Iruya rescatan la capacidad de trabajo y compromiso del personal sanitario local, a pesar de dificultades geográficas.

“En la ciudad de Salta con todas las viviendas cerca, no logran ni 60% de cobertura en algunas rondas” “Lo mejor que tiene Iruya es el compañerismo, capacidad de trabajo y esfuerzo del grupo de APS” (Profesional /E.L).

“Nadie se puede imaginar lo que significa la adversidad geográfica del trabajo allí , y sin embargo se cumple mejor que en otros lados, nadie reconoce el trabajo en salud, y el esfuerzo del personal, de esos lugares ” (Profesional / R.R)

Como problemas especiales, se señalan las imprecisiones e indefiniciones de límites por parte de Municipios o Provincias; las migraciones de la población que por prácticas agro-ganaderas necesita trasladarse permanentemente desde un Municipio o Provincia a otra.

“Existen viviendas que nunca definimos si pertenecen a nosotros o a Nazareno”.“Hoy están en Volcán Higuera de Iruya, mañana en Orán, o en Palca de Aparzo de Jujuy” (Actas reuniones pre-ronda)

La visita domiciliar es exigencia también para supervisores intermedios y profesionales, y son evaluadas como supervisiones directas o sea acompañamiento de capacitación en terreno a los A.S. Las condiciones geográficas y carencias de profesionales han significado que no se hayan concretado con la frecuencia indicada. En general, con escasas excepciones, las supervisiones profesionales en Iruya han sido mucho menos a las esperadas por metas del Programa.

“Muchos profesionales no salen a las comunidades, y si llegan, no hacen visitas” “Si no llegan a las casas, la gente no nos lleva el apunte, para nosotros es una ayuda muy grande.” “Hay profesionales

¹³⁷ Cabe señalar que el Programa de APS cubre actualmente casi el 80% del interior provincial y 20% de la ciudad capital unas 550.000 personas. (45% total provincial.) En el Ministerio de Salud Pública no se encuentra toda la información del Programa de estos 30 años; algunos resúmenes de ronda de determinados períodos, han desaparecido en bloque. Otros están en depósitos de una empresa “Plumada”, donde actualmente se ha tercerizado el depósito de archivos y expedientes, muchos de ellos totalmente deteriorados por el agua.

¹³⁸ Torres Alicia y Tomás (2003) “Sistemas de salud en la Argentina” Cuadro N° 14, Trabajo Mimeográfico. Fundación Arcor.

¹³⁹ Entre 1998 y 2008 fallecieron en Iruya cuatro agentes sanitarios en cumplimiento de sus obligaciones laborales, según se refiere en el punto sobre el servicio sanitario. Hace 5 años que el personal del área está tramitando sin respuesta, el reconocimiento a los fines jubilatorios del encasillamiento del trabajo como causal de envejecimiento prematuro, consideración que tienen docentes y policías en el lugar. (Expte 64-78056/05)

¹⁴⁰ La carga de familias depende del tipo de sector. En los sectores urbanos son entre 100 y 200 familias. En rurales dispersos como Iruya, pueden ser sólo 26 familias. (Sector Sala Esculla)

que indica cada cosa, no saben los problemas de la gente, no los escuchan ni conocen donde viven ” (Talleres grupales, junio 2009).

“Es la única forma de entender la manera de vivir y problemas de la gente... imposible imaginarlo desde otro lugar”. “Gracias a ella, los agentes sanitarios conocen en detalle todos los problemas de cada familia. Y nosotros podemos dimensionar una realidad desconocida” (Profesional/ E.L)

“La visita permite en poco tiempo, una visión amplia, integrada de la situación es la única forma de poder entender la mirada y realidad concreta de la zona” “El profesional que realiza visitas domiciliarias en las comunidades, es inmediatamente aceptado por la gente”. (Profesional/ R.R)

b) Educación sanitaria

El A.S. tiene como inscripción funcional promover la salud y prevenir enfermedades, entendiendo su acción como básicamente educativa y representada habitualmente como dar “charlas”, repetir un discurso indicativo sobre hábitos saludables. El manual contiene indicaciones sobre técnicas y medios audiovisuales, rotafolios, láminas y afiches, juegos y dinámicas de grupo, a fin de perfeccionar la transmisión de información, y lograr mayor impacto.

La promoción de la salud o prevención de enfermedades, desde las prácticas de salud pública, ha sido entendida generalmente como brindar información, sobre origen y causa de enfermedades. Ello basado en dos supuestos, al menos cuestionables: que los hábitos no saludables, son la principal causa de las enfermedades, y que ellos se pueden cambiar, con sólo recibir información.

Desde el Ministerio y Programa, en forma constante se ha insistido y recordado como alternativa ante el aumento de enfermedades la mejora en acciones de educación sanitaria. En algunas épocas, hubo iniciativas que planteaban el uso de medios masivos de comunicación, realizar campañas, o variaciones en técnicas pedagógicas y audiovisuales, talleres, títeres etc. Esto no siempre fue fácil de concretar en estos lugares, sin acceso o llegada reciente de medios audiovisuales y escasez de material didáctico. Con lo que la educación sanitaria termina siempre reducido a “charlas”.

En las últimas etapas, desde un modelo de gestión eficientista, se llegó a exigir registrar el número de “acciones educativas” realizadas¹⁴¹, con la consigna de “contar” la cantidad de las mismas y los temas tratados, aún en las visitas domiciliarias. Si se evalúan números, las áreas refieren miles de ellas¹⁴².

En Iruya, desde acuerdos locales, se reservaba el nombre de acciones educativas, sólo para aquellas planificadas y evaluadas, dirigidas a grupos, y que incluían el uso de técnicas audiovisuales (dramatización, títeres, comida compartida, o demostración de elaboración de comidas etc.).

“Si los consejos que un profesional da en la consulta, no se cuenta como acción educativa, tampoco lo son aquellos consejos que damos en las visitas” “Nosotros entendemos por educación para la salud, algo planificado y organizado donde todos podemos aprender y enseñar” “Aquí no registramos lo que nos obliga el Ministerio “. (Actas reuniones pre-ronda).

A nivel local aparecen múltiples esfuerzos en proyectos de talleres realizados en todos estos años, donde aparecen constantes referencias a encuentros comunitarios o escolares, sobre diferentes temas de educación sanitaria.

Cuando se analizan resultados, el personal adjudica fracasos a la falta de medios o recursos para realizarlas, o a las carencias educativas de la población. El escaso impacto de tantos años y esfuerzos en estas acciones que refieren indicadores de cambios de hábitos, desafían encontrar otras explicaciones o estrategias.

“Esto apenas se va animando, muy lento , bueno nuestro trabajo es de lentos resultados, no se cambian hábitos rápidamente” “Tenemos muy poca comunicación y baja instrucción, no podemos romper el silencio esto es un obstáculo de la misma cultura y parte geográfica que habitamos” “La causa de los problemas y enfermedades, tiene mucho que ver con el bajo nivel de alarma de la gente, uno puede repetirles todas la visitas lo mismo, pero no le dan importancia a lo que explicamos, insistimos y educamos” (Técnico / A.T).

“El problema es que el programa de “educación para la salud” debe justificar con números lo que hace, aunque no se analice si realmente las charlas tienen alguna influencia, si es nuestra tarea cambiar hábitos de la gente, o si es justo que intentemos cambiar con charlas problemas socioeconómicos que tienen otra causa y responsabilidades” (Profesional /T.T)

¹⁴¹ Formulario N° 3 tiene apartado para registrar acciones educativas en domicilio, en escuelas, comunidad etc.

¹⁴² Consolidado provincial de Formulario N° 3 4ta Ronda 2008, informa 49.038 acciones educativas en domicilio el 96% del total de ellas, en toda la provincia. En Iruya sólo catorce acciones educativas.

Desde el Plan Nacer¹⁴³, en los últimos años, se reconoce un pago o remuneración por cada taller destinado a niños y embarazadas. Aunque el personal refiere que se rinden como tales todo tipo de taller, muestra la importancia que se asigna a esta estrategia.

c) Proyectos y participación comunitaria

Atención Primaria en la definición original de Alma Ata, y en la mayoría de sus conceptualizaciones, significa trabajar prioritariamente en las causas y no en las consecuencias de las enfermedades, e incluye entre sus principales componentes el desarrollo local, la participación comunitaria y trabajo intersectorial.

Las prácticas del personal local, manifiestan una fuerte inscripción y representación del trabajo sanitario como trabajo organizativo junto a otras instituciones.

“Para nosotros salud es todo lo que contribuye al bienestar de la gente” “buscamos permanentemente trabajar con otras instituciones de la comunidad para hacer proyectos que mejoren la calidad de vida de la gente” “ En APS aprendimos que los problemas de salud no son problemas sólo de nosotros, también de todas las instituciones junto a la población”...“Estamos acostumbrados a planificar dentro de nuestra tarea, reuniones y proyectos comunitarios, aunque algunos directores nos cuestionaron diciendo que esa no es nuestra función” (Talleres grupales, junio 2009)

En los comienzos del programa, durante el gobierno militar, la consigna era “*todo menos participación comunitaria*”; hay referencias a que había que informar al Gobernador de lo que se hacía, o de que existían problemas cuando se trabajaba en acciones comunitarias.

“Cuando me nombraron, me llamaron desde el Ministerio y pidieron que informara porqué quería ir a Iruya, ya que para ellos no era fácil conseguir quien fuera, y yo que ya tenía un trabajo en Humahuaca - era jefe de servicio de pediatría del Hospital- quería irme allí, era “sospechoso” de subversivo. Me pusieron como condición, que eleváramos anualmente un informe al Gobernador con los problemas que percibíamos y lo que hacíamos... gracias a ello tenemos registros escritos de esas épocas”...“El Capitán Ulloa solía presentarse en helicóptero en cualquier puesto sanitario del cerro, y comenzaba a requerir sobre indicadores de mortalidad que daba cuenta de manejar muy bien, también mostraba dar respuesta inmediata a problemas puntuales que le planteábamos” (Profesional/ T.T).

“En ocasión de una reunión donde los pobladores le reclamaban al Intendente por el lugar de emplazamiento de la escuela, y los fondos de un polideportivo que se había prometido, tuvimos denuncias por subversivos nos advirtió el jefe de policía local quien vivía frente de casa, que vendrían al día siguiente a detenernos al médico y a mí.” “El Obispo Monseñor Marquez, debió concurrir inmediatamente a Salta para defendernos” “Mucho tiempo después el Gobernador Ulloa, supo alardear ante un oficial de proyectos de una Fundación Holandesa, de que él nos había salvado la vida” (Sacerdote- Técnico /P.O)

Desde el retorno de la democracia, comienzan a plantearse abiertamente en capacitaciones y pre-rondas la necesidad de promover la participación comunitaria: proyectos de huertas, granjas, agua potable, construcción de puestos sanitarios. Esto dentro del modelo de participación que el programa tenía desde Alvarado: trabajo voluntario de la gente, en colaboración con las acciones de cuidado de su salud.

Desde el Ministerio y Programa de APS, con más o menos insistencia, en todas las épocas han promovido y alentado el trabajo comunitario, desde diferentes ideas o paradigmas. El modelo de promoción y organización comunitaria, pasando por esquema de municipios saludables, hasta los más actuales de trabajo en redes, siempre en el objetivo de organizar a la gente e instituciones para que encaren problemas que trascienden posibilidades individuales o familiares de hacerlo.

En Iruya, desde 1979 fue una estrategia muy presente, promoviendo la formación de Consejos locales de salud que reunían en cada lugar a A.S, parteros, docentes, animadores comunitarios¹⁴⁴,

¹⁴³ El Plan Nacer con financiamiento nacional /internacional, retribuye a los servicios prestaciones pautadas a embarazadas y niños menores de 6 años, que carecen de obra social. La norma además de un criterio discriminatorio reductor con respecto al criterio anterior del Programa de APS, implica el desconocimiento de que en sectores sociales pobres tener obra social por ser empleado público ordenanza, cocinero, no permite acceder a los servicios de ella, sea por distancia, zonas rurales donde no hay prestadores privados, por imposibilidad de asumir económicamente los co-seguros o pagos en el momento de uso de la obra social.

¹⁴⁴ Animadores de Comunidades, promotores de la Iglesia Católica de Humahuaca, formados desde 1976 con cursos semanales de manera similar a los agentes sanitarios, con el objetivo de reunir a la comunidad, celebrar la palabra y desde esa reunión animar la organización y resolución de sus problemas comunes.

para construir Puestos, cisternas etc. Esos Consejos también se movilizaron en 1984, en una asamblea en el pueblo de Iruya, para defender al médico que el Ministerio quería trasladar.¹⁴⁵

“Desde el comienzo lo que más entendimos fue que salud era todo lo que hacía al bienestar de la gente, por eso organizamos el trabajo de motivación y encuentros con los docentes; ayudamos a organizar los grupos de artesanos, apoyábamos a la gente en sus reclamos por las tierras, es que todo eso era como entendíamos la salud. Así surgió el programa de sanidad animal, cuando la gente nos planteó que era muy bueno lo que habíamos logrado con las vacunas en los niños, pero a ellos se les morían las ovejas porque no las vacunaban, y eso afectaba la alimentación de sus hijos... y copiamos el esquema de APS, e inventamos los APAS, los agentes de producción animal, con una metodología de trabajo similar a los A.S”. (Sacerdote- Técnico /P.O)

En 1983, la diócesis de Humahuaca de la que depende la Parroquia de Iruya, pone en funcionamiento OCLADE¹⁴⁶, institución que promovió fuertemente el trabajo de promoción y organización de las comunidades, a través de animadores, promotores de diferentes emprendimientos productivos, cooperativas, grupos de mujeres, desarrollo infantil, etc. La mayoría de los A.S. de la región, hicieron su capacitación como animadores y promotores de OCLADE.

Desde la década del `90, tanto desde el gobierno como de las múltiples ONGS que aparecen en la zona, se impulsa formación y capacitación de líderes y promotores comunitarios para gestión de proyectos, espacios todos, donde los A.S. no perdían oportunidad de participar.

Entre 1999 y 2003, la Gerencia Sanitaria del Hospital recurre mediante proyectos al financiamiento externo para conseguir recursos que el Ministerio no enviaba. Resultó un instrumento tan efectivo, se lograron tantos recursos, que motivó que el personal solicitara una capacitación especial. Mediante 200 horas cátedra¹⁴⁷, se instrumentó un curso para todo el personal en gestión del financiamiento de la cooperación internacional.

La síntesis del Anexo Nº 6, da cuenta de los proyectos en los que intervino personal dentro de sus funciones, y que refieren como memoria del período estudiado. No hay registro de otros muchos proyectos donde también el personal ha participado a instancias de otras organizaciones.

Más allá del recuento, esta estrategia ha significado que la mayoría del personal, especialmente los de las comunidades del interior, se hayan convertido en promotores y referentes de las recientes organizaciones aborígenes, participando en trámites de personerías jurídicas y siendo responsables de gestión de importantes proyectos con financiamiento internacional¹⁴⁸. Además de líderes, demandados por los partidos políticos.

Se reconoce como obstáculo principal para esta estrategia, la falta de acuerdos sobre lo que implica la participación comunitaria, tanto desde el Ministerio como desde la conducción local, lo que ha transmitido mensajes contradictorios promoviéndola y sancionándola, al mismo tiempo.

Ha habido persecución política a quienes participaban en proyectos de instituciones que el Ministerio consideraba “opositoras”, parroquia por ejemplo; sanciones por considerarlos una pérdida de tiempo y/o fuera de sus funciones específicas; llegándose a cesantear a quienes, por su experiencia y reconocimiento comunitario, fueron candidatos a cargos electivos por partidos de la oposición.

“Si trabajas para que quede bien el Ministerio o el Director no hay problemas, si los proyectos son de otra institución aunque sean para el bien de la gente, ya hay conflictos, no te autorizan o cuestionan tiempo que dedicas a eso”. “Muchos políticos se interesan en que seamos candidatos, porque la gente nos busca, pero si perdemos, después pagamos nosotros los platos rotos” “Lo que aprendimos sobre proyectos y financiamiento desde el hospital, ha sido muy útil para nuestras comunidades, podemos buscar recursos por otras partes”(Talleres grupales, junio 2009)

Ha sido motivo de análisis en este punto, la tensión que implica ayudar a la gente en su desarrollo, y reemplazarlas luego en sus decisiones. En la conciencia de que la mayoría de los programas y proyectos dependían de algunos, que no todos participaban, y en general, se adjudica la responsabilidad de fracasos a carencias de la gente.

¹⁴⁵ Notas de la Congregación Claretiana al Gobierno de la Provincia. Nov. 1984. Rev. Animadores de Comunidades Oct. 1985. Humahuaca. Jujuy.

¹⁴⁶ Obra Claretiana para el Desarrollo de las comunidades de la quebrada y la puna de Jujuy y valles de Salta, fundación dependiente del Obispado de Humahuaca para llevar adelante proyectos de promoción humana y desarrollo comunitario.

¹⁴⁷ Proyecto con Resolución Ministerial 1039 / octubre 2002.

¹⁴⁸ Proyecto de Finca Santiago.(1998/2002)En principio para el Centro Colla de Colanzuli, luego extendido a todas las organizaciones aborígenes de la región, con financiamiento del BID de más de quinientos mil dólares.

“APS también tenemos como enemigo el paternalismo que lo llevamos muy presente, y el servilismo dentro de la comunidad y esto a veces hace que uno oprima a la comunidad, que no pueda crecer por sí misma y no tome decisiones desde dentro de la comunidad. Pretendemos que la gente sea protagonista en el área de salud como en las otras áreas...siempre queremos cambiar a los demás, pero nunca pensamos en cambiar uno mismo Y sobre todo en la toma de decisiones, el autocuidado de la gente, no sólo en salud, en la parte de educación, en economía...”Hasta ahora creo que tendríamos que cambiar la metodología, es decir que si nosotros seguimos siendo paternalistas la gente no va asumir su responsabilidad que le corresponde. Si porque la persona que no sabe leer ni escribir lo único que puede comunicar es en forma oral, no puede acceder a la lectura y tener más información” (Técnico/ AT).

2. ACTIVIDADES

“Las actividades se imparten desde el gobierno las normas vienen sin conocer la idiosincracia de la gente, la gente casi nunca se expresa, quizá por analfabetismo, no conocen, no se animan” “Cada vez se van aumentando actividades que debemos desarrollar en las visitas domiciliarias, pero no aumentan los recursos”. (Técnico/ A.T)

a) Censo de población y viviendas

La consigna de trabajo del A.S., incluye como primera actividad, preguntar y registrar todos los integrantes de la familia, y las características de vivienda y medio.

Esto se registra en el Formulario N° 1, uno por cada familia, que se actualiza en cada ronda y permite construir el universo total de la población de esa comunidad, barrio, municipio; en la medida en que se visiten todas las familias. Con un color distinto cada ronda, según indicaciones del nivel central, se asienta fechas e información actualizada. Esos datos, como los referidos a todas las demás actividades- son “paloteados”¹⁴⁹ al fin de la ronda y pasados al Formulario N° 2, uno por cada sector de trabajo. Allí ya no figuran nombres de las personas, sino cantidades totales del sector, bajo responsabilidad nominal del respectivo A.S. Esos totales, pasan finalmente al Formulario N° 3, uno por cada área operativa, bajo responsabilidad nominal del supervisor profesional y/o Gerente, donde se colocan todos los sectores, las cantidades de cada uno de ellos, y se suman totales del área. El Ministerio realiza el consolidado de todas las áreas, en un Formulario N° 3 para toda la provincia bajo el programa.

Al fin de la ronda, por sector y en total, se contabilizan N° familias, N° personas por cada grupo etarios¹⁵⁰, N° casas con agua potable, N° niños desnutridos, N° niños fallecidos etc. Este censo de población y vivienda, que se actualiza trimestralmente permite sacar porcentajes y tasas por sector y área. Constituye una información epidemiológica fundamental para conocer realidad y planificar acciones sanitarias.

Ese encadenamiento proporciona altos índices de confiabilidad, en cuanto refiere al total de población y viviendas. Puede ser “dibujada” o “inventada” en algunos ítems o actividades; podrá no ser no actualizada en algunas familias; pero se hace difícil o poco probable, por la responsabilidad nominal que existe, cambiar o inventar datos de manera sistemática.

La confiabilidad está directamente relacionada con la función de supervisión. A mayor y mejor acompañamiento (directo en terreno, o indirecto revisando registros) que realcen los supervisores intermedios o profesionales, mayor confiabilidad de datos.

“En oportunidad de que estábamos preocupados por la Tuberculosis y exigíamos a los agentes sanitarios extraer más muestras de esputo para diagnosticar a sospechosos, nos ocurrió que aparecieron en una comunidad, el mismo día, cuatro casos de la enfermedad. En diálogo con el agente sanitario, sospechando de la veracidad del dato, nos encontramos con que, como tenía pocas muestras, había extendido el esputo de una misma persona en 4 diferentes portaobjetos, como si fueran diferentes personas. Con tan mala suerte, que esa persona estaba tuberculosa...”la única garantía de información confiable, es el acompañamiento, supervisión, cercanía con quien la produce”. (Sacerdote-Técnico /P.O).

“El Dr. nos agarraba las carpetas y registros en las pre rondas, nos preguntaba y revisaba sin dejarnos mentir, pero así aprendíamos “le llamábamos “hacha mota”, porque daba y daba sin cortar!”.”Eso lo extrañamos, demostraba interés en nuestra tarea, pero además porque se calentaba en acompañarnos en terreno” (Talleres grupales, junio 2009)

¹⁴⁹ Se llama así a la actividad que realizan los agentes sanitarios al fin de cada ronda, sumar “palotes” como método para contabilizar cada dato o información.

¹⁵⁰ Etarios, viene de edad, se refiere a grupos de población por edades, concepto muy usado en salud pública para consignar poblaciones a vacunar, controlar etc.

El censo marca el universo a cubrir con el resto de actividades, y permite evaluar cobertura, adaptar o corregir normas. Para construir indicadores y porcentajes, se toma como denominador el total de la población o grupo poblacional respectivo: total de embarazadas sobre total de mujeres en edad fértil; total de niños vacunados sobre total de niños de la edad en que corresponde esa vacuna, etc.

b) Saneamiento ambiental

El A.S. debe verificar condiciones generales de higiene, saneamiento de vivienda y medio, y promover su mejora. Ello incluye básicamente disponibilidad de agua potable (AP), disposición sanitaria de excretas (DSE) y tratamiento sanitario de las basuras de la vivienda (TSB).

Considerar que una vivienda cuenta con agua potable fue criterio que cambió en el tiempo. Entre 1978 a 1984 se registraba cuando existía provisión de agua corriente dentro del domicilio. Se promovía agua tratada clorada o hervida para el consumo y el programa proveía de bidones a fin de almacenarla.

Desde 1985 a 1992 el parámetro fue la cloración y filtrado, criterio que se repite en el 2002. Para la confirmación de la cloración se utilizaban comparadores de ortotoluidina. Se diferenciaba al grifo público, considerando como potable sólo el agua que llegaba filtrada y clorada dentro de la vivienda. En la última etapa se marca “agua segura”, aquella clorada mediante pastillas de Pean (pastillas en base a cloro que entrega cada A.S. a la familia)

Desde 1981, el personal planteó necesidad de promover construcción de plantas potabilizadoras, apoyando o coordinando proyectos para conseguir el financiamiento de materiales. Las comunidades asumían con trabajo voluntario el traslado de materiales y construcción, pero después había dificultad para que asumieran el trabajo de cloración periódica. Había cisternas pero no seguridad de que el agua fuera apta para el consumo.

Recién en 2002, cuando varias comunidades ya tenían sus plantas potabilizadoras, el gobierno construye una en el pueblo, hasta entonces con un almacenamiento muy deficiente ya que las tomas de agua se rompían y contaminaban con lodo durante las lluvias estivales.

A la fecha, todas las comunidades han conseguido mediante proyectos comunitarios, cisternas y extendido de red con caños. Con excepción de la cabecera donde es mantenida por empleados municipales, en el interior, sigue siendo una colaboración voluntaria de los vecinos.

Con disposición sanitaria de excretas (DSE) son consideradas aquellas casas ocupadas que cuentan con letrinas o baños, debiendo promover la construcción de letrinas. En algún momento la norma refería puntuar positivo, *“letrinas que el agente sanitario confirma que son usadas”*. Ante la insistencia de los agentes sanitarios, la gente construía letrinas pero no la usaba.

En tantos años la norma no ha cambiado. En 2004 los A.S. de Iruya, plantearon que su gente también tenía derecho a baños con arrastre de agua, y solicitaron una capacitación en plomería para enseñarle a construirlos¹⁵¹. En 2005, elaboraron un proyecto que proveyera los materiales para que algunas familias accedieran a ellos. Al 2008, sólo el 10% de las viviendas del Municipio cuentan con baños con arrastre de agua. Exclusivamente el pueblo cabecera tiene servicios de cloacas desde 1998, aunque muy pocas viviendas han podido conectarse.

Tratamiento Sanitario de Basura (TSB) se considera cuando la familia quema o entierra la basura, o hay servicio de recolección domiciliaria. Esto último sólo ocurre en el pueblo. En el interior, la responsabilidad es de cada familia.

En 2003, como parte de un megaproyecto¹⁵² con financiamiento internacional, se implementa en la cabecera, el manejo integral de basuras, clasificación, y reciclado en basurero municipal, etc. Nunca terminó de concretarse, pero mejoró el tratamiento de la misma.

El Anexo N° 7 da cuenta de una lenta evolución de indicadores de saneamiento, a pesar de insistencia por años y proyectos o trabajo comunitario para resolverlos. En la disposición de agua potable, las variaciones de porcentajes se deben en general, sólo a cambios de criterios explicitados.

A la fecha, el criterio de agua segura ha elevado el porcentaje, pero un 30% de la población sigue sin acceso a este elemento básico para la salud.

El personal de salud marca lo difícil de cambiar costumbres, señalando el ingreso de productos extraños – envases plásticos, pañales- las carencias locales y la sobrecarga de exigencias para población del interior, como principales obstáculos.

“La gente dice que las letrinas, juntar agua y la aparición de botellas y pañales de plástico, son las cosas que arruinaron el saneamiento.” “Nos exigen en el interior, y el pueblo es muy mal ejemplo” “No se consigue rápido cambiar hábitos de siglos, la gente se acostumbró así” “La gente vive muy aislada,

¹⁵¹ Era difícil en Iruya conseguir plomeros que supieran construir baños completos, por eso asistieron en junio de ese año una capacitación teórico-práctica, dictado por un plomero del Ministerio de Salud. (Junio 2004)

¹⁵² Proyecto binacional de tratamiento integral de la Cuenca Alta del Río Bermejo “COREBE”. ENTE BINACIONAL con financiamiento de PNUD. BID.

tienen varios puestos y mucho trabajo para subsistir “.”Difícil es que hiervan el agua, si el combustible con que cocinan es generalmente excremento de animales, con suerte una garrafa que deben trasladar con mulas” “Le exigimos a familia pobres y aisladas que se hagan cargo del saneamiento, cuando en las ciudades para gente con más recursos esos servicios los presta el gobierno”. “El pueblo atrajo a visitantes, sin más alternativas que el cielo abierto para productos que no son biodegradables. Y casualmente son los turistas quienes más se quejan de la basura que se ven en los ríos y calles” (Actas reuniones pre-ronda)

c) Nutrición infantil

La normativa del programa es controlar el estado nutricional - pesar, medir y graficar – a todos los niños menores de 6 años, realizar diagnóstico de crecimiento y desarrollo, educación alimentaria (promoción de lactancia materna, incorporación paulatina de diferentes alimentos) para la recuperación de un buen estado nutricional; entrega de apoyo alimentario (leche en polvo), y derivación para diagnóstico y asistencia médica, en caso de encontrar algún problema.

El control de cada niño, deben realizarlo al menos una vez por ronda¹⁵³, y en el caso de niños desnutridos o en riesgo nutricional con indicadores que puedan anticipar que va a desnutrirse, deben controlarlos con más frecuencia, una vez al mes o cada 15 días.

Han variado las tablas y modos de medir la desnutrición. En los comienzos, eran gráficas sencillas que las madres lograron manejar y comprender bien, llegando a referir con naturalidad, si sus niños eran Canal 1 (normonutridos) Canal 2 (desnutridos leves) o Canal 3 (desnutridos graves)¹⁵⁴. En los últimos años se impusieron gráficas muy precisas y adaptadas a normas nacionales, según criterios profesionales, pero complicadas para la comprensión del personal e inaccesible para las madres. Los A.S. suelen no coincidir sus lecturas con los profesionales.

En los comienzos se controlaba la desarmonía peso/ talla, sin tener en cuenta parámetros de edad, o sea, registrando la desnutrición aguda, no historia nutricional o desnutrición crónica.

“Desde APS no podemos trabajar más que en lo que es posible de cambiar, y no podemos modificar la desnutrición crónica, sino evitar los episodios agudos” decía Enrique Tanoni.

En 1990 se cambiaron gráficas, a fin de verificar en menores de 2 años la relación peso/edad, y en niños de 2 a 6, relación peso/talla. La gráfica presentaba la posibilidad de relacionar talla /edad en una subraya, lo que le facilitaba al personal detectar niños armónicos pero con severo, moderado o leve retraso de su crecimiento respecto a la edad, lo que era considerado factor de riesgo. Permitía anticipar estados de desnutrición más severos.

Desde 2006 y correlativo con el Plan Nacer financiado por Nación, se modifican las franjas etarias: para menores de un año (relación peso/edad) y para mayores de 1 hasta 6 años (relación peso/talla), perdiendo la posibilidad de determinar el retraso de talla respecto a la edad y comparar con registros anteriores.

El Anexo N° 8 muestra cómo la casi totalidad de niños menores de 6 años del área, durante los 30 años estudiados, han sido controlados en forma permanente. Un fuerte descenso del porcentaje de desnutridos en el comienzo de actividades domiciliarias y apoyo con leche en polvo (1978 a 1989). Y un estancamiento posterior de porcentajes, que sólo registran variaciones cuando cambian los parámetros de medición.

Los datos parecen mostrar sensibilidad a períodos de carencias en apoyo alimentario, constando el personal algunos incrementos coincidentes con irregularidades o escasez de la entrega de leche por parte del Ministerio. (Año 2002).

Comparando esta actividad con otras áreas de la provincia cubiertas por el programa¹⁵⁵, se infiere que el porcentaje de cobertura de niños en Iruya - con excepción de años 1999 y 2000 - ha sido siempre igual o mayor que la media provincial. Muestra a nivel local, un porcentaje de desnutrición en niños menores de 2 años casi siempre superior a la media provincial: uno de cada 5 niños menores de 2 años, transcurre sus primeros años desnutrido, con las implicancias que ello tiene su desarrollo integral posterior. En la edad de 2 a 6 años, el porcentaje de desnutrición de esta área, siempre estuvo por debajo de la media provincial.

¹⁵³ Cuando las familias no llevan los niños a control en el Puesto, los A.S. deben hacerlo casa por casa, para ello disponen y trasladan una balanzas pilón. La entrega de leche sirvió para convocar a madres a concentraciones de peso y talla en Puestos Sanitarios.

¹⁵⁴ Haciendo referencia a los canales en que se marcaba en las gráficas, la relación entre peso y talla

¹⁵⁵ Torres Alicia y Torres Tomas (2003)“Sistemas de salud en la Argentina” Cuadro comparativo N°17. Mimeográfico. Fundación Arcor.

La modalidad de graficación que ha predominado en el programa – relación peso/talla - señala que los niños iruyanos, son armónicos y de baja talla.¹⁵⁶

En resume y análisis de rondas, también se puede verificar el impacto del programa, en la disminución o desaparición de episodios de desnutrición graves.

Entre las causas que los A.S. señalan como responsables de la desnutrición, se insiste en la carencia de medios económicos, poca disponibilidad de variedad y cantidad de alimentos, poniendo el acento en la responsabilidad de las madres y en el abandono de comidas tradicionales

"Es por falta de ingresos, no pueden comprar leche, no hay en Iruya muchos vegetales y frutas"... "Madres solteras, descuido de los niños o postergación de su asistencia por tener que cuidar las ovejas o cultivos" "Las madres los dejan desnutrir para recibir leche"... "Abandonamos nuestra cultura y costumbres alimentarias, antes ordeñábamos las cabras" (Actas reuniones pre-ronda)

Entre las que señalan los profesionales:

"El bajo peso al nacer fuerte dependencia del estado nutricional de las madres, parasitosis, anemias e infecciones urinarias, falta de información o costumbre de inclusión de alimentos sólidos y comidas mas frecuentes para los bebés, déficit y/o condiciones de saneamiento ambiental – trapitos de pañales, dificultades para realizar higiene de los niños, pisos de tierra y gateo, falta de agua potable" (Actas reuniones pre-ronda)

El tema ha sido motivo de permanentes análisis y debates durante estos años, movilizando múltiples propuestas y alternativas. Tal como lo muestra el Anexo N° 6 de proyectos, se han gestionado o apoyado múltiples esfuerzos comunitarios e intersectoriales, talleres, huertas y granjas, micro-emprendimientos, comedores y centros de desarrollo infantil con mamás cuidadoras.

También consta la valoración negativa que hace el personal sobre bolsones y comedores. Mas allá de fundamentadas resistencias¹⁵⁷, el personal nunca ha negado cooperación para proporcionar datos, colaborar en entregas de bolsones, controles de programas de empleo transitorios (Trabajar, Programa Jefes de Hogar).

"Los bolsones, comedores, programas trabajar, no resuelven la desnutrición, la agravan, la gente abandona sus cultivos y animales, para cocinar, acarrear mercadería o barrer calles..." "Primero, no son para todos los que lo necesitan y suelen usarnos a los agentes sanitarios para que demos datos de quienes los necesitan. Cuando no les dan a todos, la gente se enoja con nosotros, creyendo que somos nosotros quienes decidimos a quién se ayuda y a quién no"... "Les hacen abandonar sus prácticas agrícola-ganaderas, para una ayuda que no resuelve su problema, es maña de tomar todo lo que les dan". (Actas reuniones pre-ronda)

Los porcentajes de desnutrición aparecen en todos estos años, como poco modificables, ya que ninguna de esas alternativas muestra impacto o posibilidades de cambiarlos, sin que podamos evaluar qué hubiera pasado si no se intentaban todas esas respuestas.

Tampoco consideramos el impacto que sin duda han tenido acciones de juegos, socialización y cuidados tempranos, en otras áreas del desarrollo infantil, como sí han evaluado sus efectos positivos por otros programas.¹⁵⁸

El programa de APS, ha incluido siempre la norma de entrega de leche en polvo. Los criterios para hacerlo, determinados por el Ministerio, han cambiado en función de disponibilidades financieras o cambios en criterios de las políticas sociales: en algunas épocas era para todos los niños pequeños, otras sólo para los desnutridos, después sólo para desnutridos graves o en riesgo nutricional.

De las ayudas asistenciales, el personal de salud rescata el valor de la entrega de leche y el apoyo en vitaminas a las que atribuyen especial importancia en el aumento y/o recuperación de la desnutrición, y por lo que han buscado alternativas para cambiar la norma del Ministerio o elaborado proyectos especiales para su aporte.

¹⁵⁶ El indicador no registra historia de mala nutrición por carencias proteínicas en los primeros años, el que detiene talla pero también detiene el crecimiento de conexiones neuronales e incidencia en posterior desarrollo intelectual.

¹⁵⁷ Las resistencias, según Actas, aparecen en función de que los planes nunca han tenido correspondencia con la información que ellos proporcionan. Ellos disponen de información de todas las personas o familias que necesitan ayudas, pero los recursos o programas nunca contemplan el universo de todos, los que tienen esa necesidad.

¹⁵⁸ Torres, Alicia (1998) *"Sistematización de logros, problemas, alternativas de una experiencia de desarrollo infantil en comunidades rurales de jujuy y Salta- 1992-1998"*. Programa Yachay de OCLADE. Obra Claretiana para el Desarrollo de comunidades andinas, dependiente de la Prelatura de Humahuaca.

“Ya hemos visto, cuando falta la leche, aumentan los desnutridos” “Aquí cuando la norma dejaba sin leche a niños que sabíamos eran muy necesitados, acordamos con la Gerencia colocarlos como de riesgo nutricional- lo cual era verdad, porque sabíamos que se iban a desnutrir para que recibieran leche, porque realmente no tenían las madres como comprarles. Pero del Ministerio nos llamaban la atención, que no podía ser que tuviéramos tantos niños en esa condición, era nuestra manera de defendernos”. “Mostramos que cuando les dimos vitaminas que conseguimos de donaciones, los niños se recuperaban rápidamente” (Talleres grupales, junio 2009)

En los años 2002 y 2003, a partir de normativa de trabajo conjunto (Disposición Interna N° 26/02) se realizó una experiencia de seguimiento y apoyo a embarazadas y recién nacidos, con incorporación de sulfato ferroso, ácido fólico y tratamiento oportuno de infecciones urinarias, logrando disminuir porcentajes de niños con bajo peso al nacer (menos de 2.500 grs.) .

Según ese fichero (Anexo N° 10) en 2002, sólo hubo 4% de niños de muy bajo peso, (cuando la media provincial era de 7%) y en 2003 de 1% contra 6,7% como media provincial. Esto originó otro proyecto similar con apoyo desde España, actualmente en ejecución.

La importancia asignada desde el Programa, como desde la motivación local al tema nutrición; y las dificultades que el personal ha encontrado en modificar indicadores de desnutrición, originaron también la participación de A.S. de varias áreas operativas, en una investigación específica sobre el tema.¹⁵⁹

En ella se buscaba conocer porqué, en contexto de pobreza generalizado, hay niños que tienen una buena historia nutricional. Este trabajo aporta algunos datos significativos:

- ✓ La familia tiene generalmente tres comidas diarias, de ellas, una sola con cantidad y calidad de aportes. Para los niños pequeños esto resulta insuficiente, ya que pasan a comer la misma comida (sopas y guisos) en idéntica frecuencia que los adultos.
- ✓ La dieta es rica en alimentos energéticos, pobre en proteínas; pobre en vitaminas y vegetales.
- ✓ Las metas de la cultura colla, como prácticas solidarias de agricultura y ganadería de subsistencia que los niños participan junto a los padres, son un factor protector de una buena historia nutricional.
- ✓ Son factores protectores además: que la madre o familiar adulto, sea quien dé la comida; la actividad del niño e interacciones significativas con los adultos durante la comida principal; las condiciones de saneamiento básico, ausencia de parasitosis, el buen estado de salud y la pertenencia a familias extensas (varios adultos)
- ✓ Son obstáculos para una buena nutrición: deficiencias en atención sanitaria; escasez de algunos alimentos, pertenencia a familias numerosas y los propios comedores o bolsones.
- ✓ Se rompen prejuicios habituales del personal de las instituciones, desmintiendo que las madres dejen desnutrir a sus niños para recibir apoyos alimentarios, (por el contrario, cuando saben que está desnutrido le dedican atención y comidas especiales).
- ✓ Desmiente apreciaciones comunes de los maestros sobre capacidad de pobladores; demuestra que comedores comunitarios manejados por padres, tienen mejor cantidad y calidad alimentaria que los comedores escolares.
- ✓ Refieren mayor presencia e interacción con adultos- factor protector de una buena historia nutricional en los comedores comunitarios, que en los escolares; aunque el saneamiento sea mejor en escuelas.
- ✓ Constata que las familias casi no consumen comidas tradicionales, (chanfaina, vísceras, quinoa) que protegerían de la anemia, habiéndolas sustituido por fideos y arroz.
- ✓ Finalmente demuestra dificultades, por ausencia de gráficas apropiadas para la realidad local.

De los niños derivados para atención médica y estudios complementarios, tanto por desnutrición como por enfermedades comunes de la infancia, no todos tienen posibilidad de llegar a ello, según se explicará en el punto correspondiente.

Prestaciones profesionales sencillas tienen relación con una buena historia nutricional, por cuanto los niños atendidos registran patologías que condicionan o son condicionadas por la desnutrición.

Los médicos señalan como las más comunes: anemias, infecciones urinarias y parasitosis. Y determinante a la hora de prevenir el problema, la incidencia del bajo peso al nacer o el ser prematuro, esas circunstancias impiden que se completen los depósitos de hierro fundamentales para los 6 primeros meses de vida, condicionando la aparición de anemias (hipocrómicas).

¹⁵⁹ Torres, Tomás y Alicia (2002) *“Nutrición y resiliencia en comunidades collas”*. 2do Premio Concurso “Las caras de la Pobreza” Universidad Católica Argentina

Las enfermedades que se encuentran entre las causas más frecuentes de consultas en los niños con lógicas variaciones estacionales, están las diarreas y las infecciones respiratorias agudas (Llamadas IRAS, antes INRESPAs). Ellas han merecido normativas, programas especiales y capacitación permanente de personal tanto de enfermería como A.S.

Los profesionales refieren también el impacto de las actividades preventivas del programa, por detección precoz y derivación oportuna para atención médica, con la consecuente disminución de gravedad e impacto en las condiciones de salud de los niños. Así lo demuestra el análisis posterior de mortalidad infantil, y la disminución de casos de deshidratación severa o casos de neumonías graves.

“Se constata que los niños llegan en otras condiciones que al principio..., ya no se ven casos de deshidratación grave”. “O en cómo demandan las madres los sueros de rehidratación...” “En los primeros años los agentes sanitarios enseñaban a fabricar sueros caseros, y en el 2000 se entregaron 14.000 sobres de sueros de rehidratación oral, por demanda de las mismas madres.” (Profesional/ T.T)

Entre 1982 y 1984¹⁶⁰, como iniciativa del personal local, se implementó una experiencia de seguimiento y control del desarrollo psicomotriz de los niños menores de 3 años, de la cual surgió un capítulo llamado “salud mental” del manual del A.S y que se extendió como prueba piloto a otras áreas de la provincia. Con la misma mecánica del control nutricional, con una caja de juguetes, los A.S de Iruya verificaban en una gráfica, las conductas esperadas para la edad, y promovía su desarrollo.

Fue una experiencia limitada en el tiempo, pero los resultados y publicación de la misma, significaron muchos años después el ofrecimiento de financiamiento para un programa de desarrollo infantil en toda la puna y valles andinos que se sostiene hasta la actualidad. (Programa Yachay, experiencia de desarrollo infantil no formal, con mamás cuidadoras).

d) Inmunizaciones

Una acción preventiva fundamental en salud pública son las vacunas. Desde los primeros años, el Programa estableció como meta provincial, lograr coberturas útiles (más del 80%) para todas las inmunizaciones, según esquemas normatizados por el Ministerio de Salud de la Nación. Esto demanda al A.S., educación sobre importancia de las inmunizaciones, controlar los carnés y colocar las vacunas que corresponden por calendarios oficiales.

La acción de vacunar en el interior demanda viajes especiales caminando hasta el hospital para recoger vacunas, trasladarlas en conservadoras con hielo, y colocarlas prontamente para no romper la cadena de frío requerida para su buena conservación.

Los registros de vacunas muestran desde 1986 cobertura útil con BCG –(antituberculosa) y Antisarampionosa. Desde 1989, con Sabin, Triple (difteria, tétano y coqueluche) luego cuádruple, que agrega Haemóphilus tipo B. En muchos años se refieren coberturas superiores al 100%.¹⁶¹

La evolución de estos indicadores da cuenta de la seguridad de un sistema con cobertura total, a fin de erradicar las enfermedades inmunoprevenibles: desde 1992 no se ha registrado ningún caso de sarampión, poliomielitis, tétanos, tos convulsa, ni difteria en toda la población del área. No se presentan tampoco desde ese mismo año casos de meningitis tuberculosa.

Nunca hubo negativas de ningún tipo por parte de la población a ser vacunados. Aunque hay que señalar el fallecimiento de 2 niños de un año atribuibles a reacciones post-vacunales, hechos notificados a las autoridades del Ministerio, que no tuvieron la investigación correspondiente.¹⁶²

Desde el personal local, más allá del esfuerzo particular que en este contexto requieren las coberturas logradas, se implementaron otras medidas para asegurarlas, como paneles de control y sabanillas de registros de todos los niños o mujeres para cada sector de trabajo, a fin de realizar un seguimiento personalizado de dosis faltantes. Este trabajo especial, significó dificultades en la

¹⁶⁰ “IRUYA, diez años de trabajo en promoción humana”. NORTE ANDINO. CADIF (Centro Andino de Desarrollo, Investigación y Formación) Jujuy. Número 4. diciembre 1989. Comentada y Publicada por Garaño Pablo, en “V Encuentro de salud integral de Plaza Huincul “Noviembre de 1984. Serie CEC. Cuaderno Nº 4.

¹⁶¹ Torres Alicia y Tomas (2004) “Sistemas de salud en la Argentina”. Mimeográfico Fundación Arcor. Cuadro 7 Ello se debe a que se toma como denominador la población total del grupo etario al fin de cada año, lo que puede ser menor que la población registrada en otras rondas; o a operativos de vacunación masivos – campañas provinciales o nacionales- donde la consigna local era reforzar esquemas aunque estuvieran completos. En BCG se revacuna a quienes no presentan cicatriz por dosis ya aplicadas. También refiere vacunas aplicadas a niños de otros lugares que ingresan por migraciones transitorias de los padres.

¹⁶² En año 2002, a partir de intervención de Juez de Jujuy que intervino en la muerte de uno de los niños después de ser vacunado con cuádruple, quien ordenó suspender la colocación de esa vacuna, de lo que se dio cuenta a las autoridades del Ministerio.

relación con el Ministerio de Salud Pública en algunas épocas, y en otras, con la misma conducción del área.

“Nos mandaban a vacunar a todos, y nosotros sabíamos que teníamos a todos ya vacunados, en el Ministerio no se imaginan lo que es llegar a cada casa.” “Las campañas generalmente eran porque al Ministerio les sobraba stock de vacunas con fecha de vencimiento inmediata y nos mandaban para vacunar en una semana a todo el mundo”... “La Gerencia del Hospital nos ordenaba vacunar, porque para ello llegaban fondos extras de la Nación, luego había al menos que aparentar que hacíamos campañas.” (Talleres grupales, junio 2009)

Las vacunas han sido una acción muy valorada por la población, demandada incluso como necesidad para sus animales. De hecho motivó la organización de un programa de sanidad animal en 1986, con similar metodología al programa de APS¹⁶³.

e) Control embarazo, parto, puerperio

El embarazo, parto y puerperio son considerados por salud pública, como condiciones que demandan atención prioritaria. Más allá de ser un hecho natural en la vida humana, se han instalado como motivo habitual de consultas, al ser ocasión de enfermedades, complicaciones o muertes evitables tanto de la madre como del niño.

La norma para A.S. plantea detección precoz del embarazo, dar pautas de higiene, vacunas y cuidados del mismo; derivación para análisis y control médico; promoción del parto hospitalario, controles y vacunas al recién nacido y promoción de lactancia materna. Incluye brindar información sobre planificación familiar.

La promoción del parto hospitalario fue una acción prioritaria desde los comienzos, ante la constatación epidemiológica de la cantidad muertes infantiles y maternas relacionadas con el parto.

El Anexo N° 9, muestra un lento y sostenido incremento de partos hospitalarios llegando hasta el 74% en 2005; lejos aún del mismo indicador en zonas urbanas de nuestro país, donde hoy nadie espera, ni está preparado para un parto domiciliario. A 2008, hay un promedio de 10% de “partos asistidos”¹⁶⁴, y 20 % de partos domiciliarios atendidos sólo por familiares.

Tratando de romper barreras, el personal planteó diversas alternativas: facilitar internación pre y post-parto por las distancias, (en algunas épocas se permitía internar hasta un mes antes, inclusive con los otros hijos); en 1982 el trabajo coordinado con los parteros empíricos¹⁶⁵; la capacitación de todos los agentes sanitarios y enfermeros del interior para la asistencia del parto, etc.

“No hablábamos de interculturalidad, sin embargo había acuerdos tácitos, se permitía el parto en cuclillas, se entregaba la placenta para que la entierren según su costumbre, con una internación de puerperio prolongada para no tener sobrepeso, teníamos sala de partos con cortinas, entrábamos sin botas ni barbijos, sólo delantal, pero no teníamos infecciones hospitalarias, recibíamos al niño con la enfermera, con estufa eléctrica y agua caliente”... “En una oportunidad llegó un matrimonio de Campo Carreras afligidos por tener el parto en el Hospital, una Sra de 40 años y su marido traía su colchón y mantas, y la mujer quería tenerlo en cuclillas porque es vergonzosa, así lo tuvo y en una bolsita pusimos la placenta... otra vez hice entrar al marido y él sacó grasa de gallina para refregarle las caderas y así apurarle el parto”(Profesional/R.F)

Las acciones con parteros y rescate de pautas culturales, más allá de las condiciones particulares en que se dieron y que serán analizadas en el apartado correspondiente, fueron cuestionadas por algún personal. La Secretaría de Salud en ese momento la respaldó con normativas explícitas, que pautaban la necesidad del “parto asistido”¹⁶⁶.

¹⁶³ OCLADE “Producción y sanidad animal”. Una alternativa andina de desarrollo local, PROCLADE-CANARIAS. Programa que con similar modalidad al de atención primaria: visita domiciliaria, censo de animales, pautas de cuidado y crianza de los mismos etc. se origina en Iruya en 1985 y es tomado como modelo por los Municipios de Nazareno, Santa Victoria Oeste y aún de muchas comunidades de la puna de Jujuy, por la aceptación y demanda de la gente

¹⁶⁴ Parto asistido se denominó aquellos partos que se producen en las comunidades asistidos por personal sanitario o empírico capacitado.

¹⁶⁵ Proyecto de Parteros Empíricos, publicado en “Prevención” de Mirta Videla y en “IRUYA, diez años de trabajo en promoción humana”. NORTE ANDINO . CADIF (Centro Andino de Desarrollo, Investigación y Formación) Jujuy. Número 4. diciembre 1989. La dirección del Hospital decidió convocar a los parteros empíricos de cada rodeo, compartir con ellos la forma de atención del parto. A partir de esos encuentros se les proveyó de maletines con elementos estériles, aumentó la comunicación con ellos y mejoraron las derivaciones.

¹⁶⁶ S.P. 33 circular normativa N° 33 de salud pública, elaborada por el Dr Tanoni para evitar problemas internos ante la amenaza de un enfermero de Iruya, de denuncia por “favorecer prácticas de curanderismo”.

Se implementaron también diferentes alternativas, para favorecer los controles del embarazo: gestión de un ecógrafo, el uso sistemático de la Historia Clínica Peri natal de la CLAP¹⁶⁷, hasta la normativa conjunta 26/02¹⁶⁸ para la confección de un fichero personalizado de embarazadas, favoreciendo el seguimiento y control a través de la red de comunicaciones radiales.

“En una oportunidad llegó al hospital un niño de 9 años, corriendo desde una comunidad a 5 horas de camino porque su mamá tenía hemorragia. Gracias al fichero, supimos en el hospital que era una mujer con placenta previa que debía haber salido a Salta, para cesárea. Con esa información pudimos solicitar el helicóptero sanitario, hacerlo descender cerca de la vivienda, llevarla al Hospital de Orán y salvar su vida, no así la de su bebé”. (Profesional /T.T.)

En los últimos años, las embarazadas ya son jóvenes que han nacido y tienen experiencia propia de contacto con el servicio de salud, lo que ha favorecido romper barreras. Es explicado eso por personal en grupos focales:

“Al trabajo que hicimos junto a los parteros empíricos a la permanencia de profesionales en el Hospital, al trabajo en equipo de todos” “fundamentalmente al buen trato de los médicos” “al trato respetuoso de las pautas culturales locales por parte de los profesionales”. “Revisarlas, explicarles, escucharlas y no forzarlas; permitir el parto de cuclillas y el manto a fin de evitar derivación a Salta” “Cuando los profesionales las atienden mal, la gente no se queja, pero nos atrasa todo nuestro trabajo de convencerlas de ir al Hospital”. “También las derivaciones y mal trato en hospitales de mayor complejidad en Salta o Jujuy que asustan a las mujeres”(Talleres grupales, junio 2009).

Los profesionales refieren como principales barreras la timidez y falta de costumbre del control ginecológico, el recelo a médicos varones. Esto fue motivo en los últimos años de la demanda de médicas mujeres. Colocan como limitantes fundamentales las condiciones geográficas, por lo que insisten en la importancia de controles previos, para prevenir complicaciones de partos que inevitablemente serán en domicilios.

“Cuando vino la primera médica mujer, aumentaron significativamente los partos hospitalarios, el apoyo del servicio y profesionales en anticoncepción también favoreció la cercanía con las mujeres. Una mujer me dijo - Ahora le pedimos a Ud. que nos atienda, siendo que es varón porque no hay médica mujer y además porque Ud. ya está viejito...” “No importa que el parto no sea hospitalario, si tiene buenos controles que permitan prever complicaciones” (Profesional/ T.T)

El fichero permitió conocer y dimensionar problemáticas locales. (Anexo Nº 10) Muestra asociado al embarazo, una alta frecuencia de anemias e infecciones urinarias. La desaparición de enfermedades de transmisión sexual (en los últimos años no se detectan casos de lues/sífilis análisis VDRL positivo), enfermedad de gran impacto en los primeros años del programa. Y la ausencia hasta 2008 de pacientes con SIDA, HIV positivo. Además confirma apreciaciones sobre que hay bajo porcentaje de abortos, y un porcentaje de embarazos adolescentes similar a zonas urbanas, rompiendo mito de mayor en zonas rurales. También confirma el bajo porcentaje de cesáreas requeridas, sin riesgo para las mujeres, cuando hay buenos controles.

“Lo que más me sorprendió como ginecóloga en Iruya es la ausencia o casi nulos casos de abortos, yo venía de hacer residencia en el Pablo Soria de Jujuy donde había tanto abortos como nacimientos”. (Profesional/ E.L.)

Con la llegada del Plan Nacer, se dejó de realizar el fichero. Este programa exige otro tipo de información que debe remitirse para Nación, como condición para pagos de prestaciones. Dicha información no es analizada ni manejada a nivel local.

¹⁶⁷ Normativa de la Comisión Latinoamericana de Atención Perinatal, que permite evaluar riesgos del embarazo, que se usaban con duplicados en el Hospital y en cada Puesto Sanitario, lo que facilitaba comunicación y consultas precisa sobre cada embarazada, entre profesionales y enfermeros.

¹⁶⁸ Desde un trabajo en grupos en la evaluación de una ronda, se propone y acepta una normativa local para el trabajo coordinado, que luego es aprobado por Consejo Técnico Asesor. Ella plantea funciones específicas de cada integrante del equipo en captación, derivación, control médico/laboratorio/odontológico/ salud mental; apoyo con sulfato ferroso y ácido fólico, actualización mensual de u fichero de embarazadas, comunicación por radio para recordar fechas de controles y probable de partos, planificación derivaciones en caso de complicaciones. Los controles en Salud mental, se aprovechaban para dar información a parejas y planificar acceso a anticoncepción.

“Ya no hacemos el fichero, no le dan importancia los médicos porque está el Plan Nacer. Y los datos de ese plan los hace una administrativa que se paga con el mismo plan, nosotros ya no manejamos la información, la mandan directamente a Salta o Buenos Aires...” “De ese plan sabemos que llega plata... dicen que salió en una revista cuánto, pero nosotros no tenemos ni idea de la cantidad, ni en qué se usa”. “La administrativa tuvo que poner un cartel “Plan Nacer” cuando inauguramos el Puesto de Vizcarra porque el gerente quería hacer creer que era su plata, estaba por candidatearse”. (Talleres grupales, junio 2009).

El programa de APS siempre insistió en la promoción de la lactancia materna, cuestión que es práctica milenaria en general no abandonada. Los porcentajes de lactancia materna exclusiva siempre han sido altos, superiores al 70% en madres con niños menores de 6 meses.

En los primeros tiempos, los servicios de salud daban mensajes contradictorios, porque APS lo promovía, y en los Hospitales de gran complejidad se alimentaba al recién nacido con leche en polvo, o se recomendaba en el alta médica, las bondades de la misma.

No fue una actividad registrada y evaluada desde sus inicios, por lo que no hay indicadores numéricos de su evolución. A partir de 1985 ya se unifican criterios con los servicios de mayor complejidad.

f) Planificación familiar/Salud sexual y reproductiva

Desde los primeros tiempos, el manual del A.S. incluía una descripción de diferentes métodos anticonceptivos, en una actividad llamada Planificación Familiar. No fue actividad registrada ni evaluada por lo que no se puede constatar impacto.

A título y por iniciativa personal, algunos profesionales brindaban información, pero el Ministerio no proveía anticonceptivos.

El personal recuerda que en 1993, a partir de la llegada de una ginecóloga, se comenzó a trabajar en ese tema, por el que mostraron mucho interés las mujeres.¹⁶⁹

“La mayoría de los partos eran en la casa, tratábamos de darles comodidad para que se internaran con tiempo, se sentían contenidas y cómodas. Se hizo la parte de internación con baños privados cada tres camas. Las mujeres solicitaban ayuda para no tener más hijos, nadie hacía Paps, les hablé del DIU (Dispositivo Intrauterino) como más útil, con las pastillas se hacían lío, llevaba un cuaderno con registros, nunca tuve problemas con la gente.” (Profesional/E.L)

En 1999, con incorporación de la psicóloga, se realizó una investigación sobre creencias y actitudes de la población, a partir de la cual se logró consensuar acciones con las instituciones locales a través del Consejo Asesor Sanitario. Fue origen de un proyecto premiado con financiamiento del Consejo Nacional de la Mujer en el 2001¹⁷⁰. La Iglesia Católica, nunca fue obstáculo para esta actividad, sólo planteó la importancia de asegurar información y libre decisión de las parejas.

“La gente en nuestra zona es más que generosa en la transmisión de la vida, sólo solicitamos que se asegure que las parejas reciban información suficiente, y se respete la decisión de ellos”. (Sacerdote-Técnico/P.O)

Seguía existiendo la barrera económica, no todas las mujeres podían pagar las pastillas o espiral (Dispositivo Intrauterino), ni siquiera a precios de costo. Con la sanción de la ley nacional de salud sexual y reproductiva en 2003, comienza la Nación a proveer de manera regular los insumos

¹⁶⁹ La Dra Elisa Liendo con especialidad en ginecología, fue enviada como médica y estuvo prácticamente sola tres años en Iruya, y por su propio interés comenzó a realizar Paps (extracción de moco cervical enviado para análisis a Salta, y prescripto como rutina para todas las mujeres como prevención del cáncer de útero e indicado como examen fundamental para el uso de anticonceptivos). Ella ofrecía colocar el DIU – Dispositivo Intrauterino- y quienes lo aceptaban le daban el dinero para comprarlo en Salta, práctica que continuaron algunos profesionales después de ella.

¹⁷⁰ Programa “Conocernos, Informarnos y Decidir” PS26 Consejo Nacional de la Mujer 2001/2004, que preveía fondos para realizar una investigación local sobre creencias e información sobre la problemática; un banco autosustentable para medios anticonceptivos, elaboración e impresión de cartillas educativas, “El silencio no es salud”, “La carta de nunca me enviaron”- Experiencia que debía difundirse a áreas andinas similares a Iruya, y que fue replicada en muchos hospitales de la zona Oeste por el PROMIN.

anticonceptivos, y entonces aparecen números que dan cuenta del interés de la población en esta actividad que comenzó a denominarse salud sexual y reproductiva.

Quedaron algunas barreras geográficas, que el personal local resolvió con una normativa¹⁷¹ para que enfermeros y A.S. pudieran entregar anticonceptivos en las mismas comunidades, y las mujeres no tuvieran que trasladarse mensualmente a Iruya.

También se coordinó con el Hospital de Güemes derivación para ligaduras de trompas a las mujeres mayores y con muchos hijos que la solicitaban. El aumento de cesáreas según fichero en año 2002, da cuenta de esa circunstancia (8% de partos, cuando habitualmente no pasaba del 6%).

“A través de la información brindada hubo dos hombres que plantearon el deseo de su vasectomía, pero ni los servicios privados de Salta se animaron a realizarla, aduciendo que al no estar amparada por ley se arriesgaban a problemas legales si había complicaciones. La cesárea de las mujeres, siendo una operación más complicada, siempre se podía justificar, lo que terminaba en otra discriminación de género” (Profesional /T.T)

En cinco años se elevó de 10 a 260 (20% del total de mujeres en edad fértil) la cantidad de mujeres con algún tipo de anticoncepción segura. Entre los obstáculos, el personal señala algunos diferentes y contradictorios:

“La edad y analfabetismo de mujeres mayores; las dificultades para cumplir prescripciones de pastillas se olvidaban fácilmente de ellas” “No conviene hablar de anticonceptivos porque eso puede hacer gustar a las jóvenes y promover las relaciones”. “Los celos y machismo de algunos hombres que se niegan, dicen que las mujeres los van a engañar y ellos no se van a enterar”..” La cultura, creencias y costumbres e ignorancia de las mujeres de esta zona “ “En Sta Victoria área vecina, hubo médicos que le colocaban DIU sin siquiera avisarle a la mujer, por eso hay que tener cuidado” “Le echan la culpa a las mujeres, pero los médicos de ahora no quieren hacer PAPS¹⁷²s o poner DIU”.(Actas reuniones pre-ronda)

“Las mujeres demandaron ayuda siempre en este tema, los problemas no son de ellas, son nuestros, de los servicios que muchas veces no los encaramos con respeto, o de los profesionales que no se preparan para técnicas simples como Paps, o colocar el DIU” “Recuerdo una oportunidad en que el sacerdote me planteo, que una Sra le había pedido que bendijera el DIU. A lo que le sugerí que lo bendijera, pero que no sea puesto! provocando la risa del sacerdote” (Profesional /T.T)

El interés y aceptación que tuvo cuando la actividad, cuando fue encarada por todos los actores locales, descarta que sea resistida por la población o por alguna institución; más bien parecía ser dificultad de modos en que los servicios la encaran La aceptación de este servicio esta referido también en la significativa disminución del número de nacidos vivos por año, desde esa fecha.

g) Enfermedades de interés sanitario: Tuberculosis y Chagas

La prevención, detección precoz y asistencia de enfermedades, supone determinar cuáles son más frecuentes y evitables, y/o que mayor daño pudieran ocasionar.

El Ministerio de Salud, determina cuáles son esas enfermedades. Algunas han persistido durante estos años, (Tuberculosis) otras desaparecieron en preocupación de los gobernantes, no en sus consecuencias sobre la gente, (Chagas). Algunas se incorporaron cuando aparecieron brotes epidémicos (Cólera, Dengue)

En relación a la tuberculosis (TBC), los A.S. además de aplicar vacunas, tienen que detectar sospechosos, sacar muestras de esputos seriadas, hacer extendido y coloreado para análisis en laboratorio, derivar para atención clínica y oportunamente rayos X – cuando se cuenta con ello – además de realizar el control personalizado del tratamiento domiciliario.

El Anexo N° 11, muestra la evolución de la cantidad de casos. En los primeros 15 años de actividad del programa, pudieron observarse picos significativos en el número y gravedad de tuberculosos.

¹⁷¹ Disposición Interna N° 26/04 del Consejo Técnico Asesor, sobre Fichero de Anticoncepción.(2004). Normalizaba asegurar por el Consultorio de Salud mental, brindar información y asegurar el consentimiento informado de pareja y/o mujeres; examen médico, Paps, colocación de DIU en el Hospital, y entrega de pastillas o inyecciones en los Puestos Sanitarios para las mujeres que figuraban en fichero y tenían control médico en el año.

¹⁷² PAPS, “Papanicolao” Método de diagnóstico y prevención de cáncer uterino, a través del un sencillo análisis del moco cervical, indicado como rutina para el uso de algunos tipos de anticonceptivos

“Al comienzo del programa, encontramos todo tipo de tuberculosis, no sólo pulmonar. Asistimos a la muerte de una joven de 21 años que pasó la Navidad de 1979, con vómitos de sangre en el Hospital, y no podíamos sacarla a Jujuy. No teníamos ambulancia y los caminos estaban cortados. Murió meses después en Jujuy a consecuencia de una TBC pulmonar con cavernas y leishmaniasis laríngea”. (Profesional / T.T)

Todos los tratamientos en Iruya son supervisados casa por casa por los A.S. y siempre se contó con las drogas necesarias para su tratamiento. En los primeros años, las drogas usadas (estreptomicina inyectable) requerían internación de pacientes que vivían lejos, internación que se prologaba de 3 a 6 meses.

Si bien las condiciones socioeconómicas de la población no se han modificado sustancialmente, desde 1992 se ha estabilizado el número de casos, lo que podría atribuirse a coberturas de vacunas, corte de la cadena de transmisión a partir del seguimiento de contactos, y al muestreo continuo de sintomáticos realizado casa por casa.

También puede estar incidiendo el que la población no concurra más a los ingenios azucareros, donde el hacinamiento, el clima cálido y la mala alimentación en esas estadías transitorias, favorecían el contagio y la propagación.

En comparación con indicadores provinciales y nacionales, la morbilidad en Iruya por esta causa es menor. En 1996 la media provincial era de 112,7/000 y la nacional 42,5/000 contra 18/000 en Iruya porcentaje que no ha sido superado en años posteriores.

“En comparación con casos detectados en la ciudad y que al venirse a Iruya, hacían abandono del tratamiento y nadie se preocupaba por seguirlos, fueron muy pocos los pacientes que abandonaron tratamientos iniciados, sobre los casos detectados y supervisados por los A.S. locales” (Profesional / T.T)

El personal sanitario refiere que las baciloscopias realizadas son escasas, y el nivel de alarma sobre esta patología por parte de la población y del mismo equipo es baja.

“Estamos trabajando poco en TBC” “Es como que la rutina de tantos años, nos ha hecho perder fuerzas, por el hambre, el hacinamiento y el frío tendría que haber más enfermos del pulmón”. (Talleres grupales, junio 2009)

En los primeros años del programa fue tan evidente la ausencia de intervenciones previas de médicos en el lugar que apareció un número alarmante de enfermedades infecciosas (Tuberculosis, Chagas, sífilis y gonorrea). Fue tan llamativa la cantidad de casos de sífilis que se informaron en un año 180 casos, que autoridades del ministerio provincial como nacional, desconfiaron de los diagnósticos locales.¹⁷³

Al mismo tiempo, el trabajo con las enfermedades infecciosas fue uno de los motivos de aceptación y apertura de la población al trabajo del hospital.

“Cuando se comenzó en 1979 con la pesquisa, detección y tratamiento de la sífilis que antes nadie trataba, allí comenzó la gente a interesarse por el hospital, estaban asustados y se asombraban de lo que el doctor descubría. Yo antes veía parálisis, tos convulsa, tétanos, sobre todo de gente del interior... en eso el Hospital cambió mucho” (Enfermera / N.P)

En relación al Chagas, a principios de la década del `70 hubo una campaña nacional de “desinsectación” (matar insectos). Los pobladores cuentan que en algunas comunidades se sacaban bolsas de residuos llenas de vinchucas muertas.

Desde el comienzo de APS, se trabajó intensamente en coordinación con el Programa de Chagas en el control de vector, eliminando vinchucas. El Ministerio contrataba rociadores que iban casa por casa, donde los A.S. hubieran detectado vinchucas. En los últimos 6 años se mantiene un 0% de viviendas insectadas.

No hay vinchucas, pero la transmisión de la enfermedad de la madre al niño, no está controlada. El fichero de embarazadas (Anexo N°10) muestra en 2002, que el 45% de ellas portaba la enfermedad. En el hospital sigue siendo causa importante de consulta en adultos, las complicaciones propias de esa enfermedad, tales como problemas cardíacos e intestinales, megacolon chagásico, además de ser causa de mortalidad prevenible.

¹⁷³ En 1979, la Estación Sanitaria no contaba con laboratorio, el Ministerio de Salud de la Nación decidió montar un laboratorio móvil y citó durante una semana a toda la población entre 13 y 25 años. Los resultados corroboraron con creces lo notificado, y determinaron la capacitación de un técnico para realizar baciloscopias – lecturas para tuberculosis y análisis de VDRL, lecturas de enfermedades venéreas.

El Ministerio clausuró el programa respectivo en 1999 y no existe hasta la fecha acción planificada para el control de la transmisión y tratamiento inmediato de los recién nacidos, con excepción del Nuevo Hospital del Milagro en Salta, único servicio provincial con disponibilidad de técnicas y medicamentos para asistir el chagas neonatal.

Al ser el Ministerio quien determina las enfermedades de interés sanitario, muchas de gran peso local no son consideradas, como el mismo Chagas. Y por el contrario, se cuentan con recursos o exigencias para trabajar en enfermedades que no pueden aparecer en el lugar.

“Si hubiera una enfermedad prioritaria para trabajar aquí sería el alcoholismo, no hay enfermedad que produzca más sufrimientos o daños que esa” “Claro que expresa todo aquello que los servicios no entendemos ni queremos ver de las realidades locales”.

“Cuando el dengue, nos obligaban a mandar diariamente un fax notificando el número de casos nuevos, cuando aquí al no haber mosquitos no hay posibilidades de transmisión de esa enfermedad” (Profesional /T.T)

Por ley nacional, existe un sistema de vigilancia epidemiológica que obliga a los servicios a la notificación semanal, de determinadas enfermedades y al Ministerio a devolverles boletín epidemiológico mensual. En oportunidad del brote de cólera,¹⁷⁴ el Ministerio decidió unilateral e ilegalmente suspender esos boletines, dejando a los servicios sin información esencial.

“Nos sancionaron porque decían que demoramos unos días en notificar dos casos de hepatitis – les molestó que en la radio padres de la escuela local hicieran pública la presencia de la enfermedad, que el Ministerio ocultaba. Pero el Ministerio llevaba 7 años sin enviar boletines que nos hubieran advertido que había epidemia de hepatitis en Salta” (Profesional /T.T)

h) Atención de enfermería y profesional.

Si APS son acciones preventivas sin posibilidades de atención y seguimiento de los problemas una vez detectados, éstas tienen un limitado alcance, tal lo refiere el reclamo común de los A.S.

“Si el Hospital no recibe bien la gente que derivamos, si no trabajamos juntos, nuestro trabajo no se justifica”...”A nosotros no nos cree la gente si no nos respaldan o apoyan los profesionales”. (Actas reuniones pre-ronda)

“Antes cuando no había médico la gente venía a la enfermería.”Si había algún caso grave teníamos la radio, llamábamos a cualquier médico de cualquier lado de la provincia”. Antes que vinieran Uds., nombraban cada tanto a médicos que venían un tiempito y luego se iban.....varios médicos pasaron por aquí...estaban rotando siempre, pero no iban al interior... La gente cuando la atienden bien viene al Hospital, cuando no dejan de venir o se curan particular.¹⁷⁵ (Enfermera /N.P)

Apreciaciones de los profesionales

“La mejor época de APS fue cuando todo el sistema funcionaba sostenido/relacionado en este programa”.“Las mejores áreas e indicadores siempre se dan cuando trabajan coordinados los servicios y niveles de complejidad”. “Si APS es sólo con agentes sanitarios es atención primitiva de la salud”. (Profesional / R.R.)

El hospital es atendido con guardia permanente por auxiliares de enfermería, que según las urgencias, llaman a los profesionales en guardia pasiva en domicilio.

Casi la mitad del período estudiado, el Hospital contó efectivamente con un solo médico. Sea porque había uno sólo designado (10 de los 30 años), o porque, cuando había dos, uno debía salir a los Puestos, a Salta por trámites o en uso de licencias. Con tres médicos se contó menos de una tercera parte del período.

“Cuando hubo tres médicos, había dos, se hacía programación de salidas al interior, pero siempre había una reunión o excusa del Ministerio, para tener que ir a Salta y dejar a la gente esperando” (Profesional /N.A).

“En un año que éramos dos médicos, pasé 150 días contados –por números de días de guardia ¡solo! El Ministerio lo sabía porque era el Gerente y lo apoyaba” (Profesional/ T.T)

¹⁷⁴ APSADES, Asociación de Profesionales de salud de Salta y otras entidades científicas como la SAP-Sociedad Argentina de pediatría, denunciaron en reiteradas oportunidades este incumplimiento.

¹⁷⁵ “Médico Particular” es el nombre con el cual la gente se refiere al curandero.

Cuatro médicos hubo sólo en excepcionales ocasiones¹⁷⁶.

Por número de población no por condiciones de aislamiento en que corresponderían más, según parámetros de la OMS, debería haber en Iruya 7 médicos (uno cada 700 habitantes); y según promedio nacional, 14 profesionales (en Argentina hay uno cada 300 personas)

“Después de 7 años nos fuimos porque no soportamos más el estar sólo como médico. No hay descanso ni familia, todo el día, todos los días y noches, salidas al campo, tareas administrativas y asistenciales” Por el lugar y la gente nos hubiéramos quedado mucho más, allí pasamos muy buenos años, allí nacieron nuestros 4 hijos, pero profesionalmente no se puede pedir tanto. Si no hubiera sido por el apoyo de los padrecitos, no hubiéramos permanecido tanto” (Profesional/ R.R)

La mayoría de los profesionales cuentan con régimen de dedicación exclusiva, 44 horas semanales en el Hospital, y en domicilio el resto del día. Desde 1996 perciben un adicional de disponibilidad permanente especie de guardia pasiva, que sin reglamentación clara o adecuada para esta zona, se asemeja a un régimen de semiesclavitud¹⁷⁷.

El funcionamiento del Hospital en días hábiles generalmente es mañana y tarde, y en casi todas las etapas se ha atendido a todos los que concurrían en las dos primeras horas de cada turno. Quienes venían del interior eran atendidos como si fuera urgencia¹⁷⁸.

Todas las personas pasan por enfermería, donde se toman signos vitales y se busca ficha de consultorio externo y/o Historias Clínicas, según hubiera estado internado previamente o no. En la mayor parte del tiempo estudiado, toda atención era registrada por escrito.

Turnos o esperas prologadas sólo han existido en algunas épocas, porque debían esperar al único médico; o en el servicio de odontología donde en muchas oportunidades la demanda ha superado la oferta.

La atención en Puestos es con auxiliares de enfermería, mientras han contado con este tipo de personal. La atención médica en estos servicios se planifica con salidas que demandan toda la semana para llegar a dos ó tres Puestos. En las épocas en que había dos médicos, se turnaban para salir una semana cada uno y aún así, se demoraba casi dos meses para cubrir toda el área.

Desde el personal, surgieron varias alternativas para acercar la atención profesional a la población: planificaciones de salidas y giras periódicas de profesionales, organización de toma de muestras para laboratorio a cargo de A.S. o enfermeros; gestionar equipos portátiles de odontología, etc. Un tema aparte pero fundamental era conseguir animales y forraje para las salidas.

“Debíamos andar a pie o a caballo siendo ignorantes totales en caminar por esos senderos, acomodar la montura y llevar un animal, dependiendo en mi caso totalmente del supervisor o A.S. También era responsabilidad de ellos cuidar al médico o a quien les tocara acompañar y lidiar con nuestra torpeza para esos menesteres. En la primera salida se cayó el overo porque la tierra estaba blandita. No me quise volver a pesar del golpe, porque era mi primera salida” “Me gustaría destaquen el trabajo de Roperito, El Overo y La Parda, animales infinitamente nobles que sirven al Programa hace años, llevando gente, leche, alimentos y que realmente se merecen un homenaje. Bueno Tomás puede hablar mejor de ellos tres”. (Profesional/ R.F)

“La geografía es nuestro peor obstáculo” “La falta de motivación o reconocimiento por parte del Ministerio al trabajo en estos lugares”. “Algunos profesionales no salen porque dicen que el Ministerio no te paga para quebrarte o enfermarte andando a caballo y salir” “Del Ministerio no salen a la esquina sin viáticos, nosotros toda la semana para llegar a los Puestos, con nuestra vianda”. “Si no se consiguen médicos para el Hospital, ni qué pensar en los Puestos Sanitarios, algunos de ellos tan distantes y con tanta población deberían tener médico permanente” (Talleres grupales, junio 2009)

Como profesionales odontólogos, la mayor parte del tiempo sólo hubo uno para los 5000 habitantes. Después de muchos reclamos se consiguen dos cargos en 2004, demorando después, más de un año en conseguir un profesional que quisiera radicarse en Iruya.

En los primeros años, odontología era un servicio muy limitado por no contar con energía eléctrica más que 4 horas diarias. Recién desde 1998 comienza a funcionar todo el día, y se pueden realizar tratamientos completos, que incluyeron según capacidad y voluntad de esos profesionales, hasta endodoncia y prótesis. Pocos de ellos se dispusieron a salir a comunidades, donde en las escuelas

¹⁷⁶ En 2002, cuando vino un matrimonio de médicos, que alcanzó a estar unos meses y uno de ellos estuvo de licencia casi todo el período.

¹⁷⁷ “Debiendo el agente estar disponible cada vez que las necesidades no previsibles del servicio lo requieran” Art. 10. Decreto 598/03 reglamentario Art. 15 Ley 6903.

¹⁷⁸ Disposición Interna 23/04, donde el CTA recoge todas las mejores prácticas del servicio y les da categoría de normativa, a fin de facilitar la accesibilidad organizativa con los recursos que se contaba.

se realizaba el relevamiento de piezas dentales cariadas, perdidas y obturadas (CPO). También según disponibilidad de los odontólogos se realizaron acciones preventivas, junto a docentes y A.S. de enseñanza de cepillado y topicaciones con fluor.¹⁷⁹

“Los odontólogos son más necesarios que los médicos en Iruya, por la cantidad de problemas dentales.” “Los cambios de hábitos alimentarios, la incorporación de golosinas y azúcares, ha provocado muchas infecciones y pérdida de piezas dentarias por falta de acceso a reparación de ellas”. (Profesional /T.T)

Como servicios auxiliares de diagnóstico, el Hospital contó según fechas ya señaladas, y dependiendo de estado de funcionamiento o personal que los hiciera funcionar (generalmente los mismos médicos hasta que se nombraron o capacitaron técnicos) rayos X, ecógrafo y electrocardiógrafo.

El laboratorio se comenzó a montar en 1979, por epidemia de sífilis, época en que el único médico realizaba análisis de tuberculosis y sífilis. Luego se capacitó a un joven como bacilos copista, incorporándose un bioquímico recién en 1985. Siempre hubo una sola profesional y quien está actualmente está capacitada desde el 2000 para realizar bacteriología (técnica de diagnóstico fundamental) y no puede realizarla, por falta de equipamiento.

Como otros profesionales, una nutricionista y una psicóloga, pero por razones de interés personal de las mismas. Nunca existieron cargos para esas profesiones en la mayoría de los servicios del interior. Como prestaciones de salud mental, existieron acciones grupales de prevención psico-educativas, junto a docentes y AS, al mismo tiempo que asistencia terapéutica individual y familiar desde enfoques breves y sistémicos.

El resto del personal hospitalario fueron siempre enfermeros, (auxiliares en su mayoría, algunos profesionales, un sólo enfermero universitario desde el 2007).

“Siempre hubo un acuerdo tácito o una misma línea de atención al paciente, más humano y directo, los hospitales chicos tienen más el aspecto y funcionamiento de una pensión o casa de familia, por lo tanto todo se desarrollaba en un clima cálido. “Se atendía por orden de llegada, mañana y tarde..., se daba prioridad a quienes venían del interior, a embarazadas y niños derivados por los agentes sanitarios.. A embarazadas les hacíamos ecografía y si el feto estaba en podálica o transversa se iban a don Martín, el curandero a hacerse mantear, las volvíamos a controlar y efectivamente encontrábamos al feto en posición normal, y continuábamos con el tratamiento médico.Me llamó mucho la atención al llegar el motivo de consulta. En la facultad nos enseñaron que va con las palabras textuales del paciente. Cuando entró don Esteban Canchi, me dice – Tengo un “achis” y un abriboca. Le pregunto ¿un achis es un estornudo y un abribocas un bostezo? Y me responde- Sí, un abriboca. Me definía con lo mismo. Así “cutiado”, “aguas menores” “Kechalera” eran términos comunes que tuve que ir aprendiendo. Me gustaba que Tomás anotaba todo en la H. Clínica como ser – no se interna porque tiene que cuidar los gatitos o las ovejas, mi marido tiene cara “fiera” por granitos. Esto era para todos un aprendizaje, divertido y lo tomábamos como natural” (Profesional / R.F)

Para la internación se fueron aumentando las camas hasta las trece que sostiene actualmente. Las principales causas de internación en general han sido: embarazos y partos, infecciones respiratorias agudas y diarreas en niños; cuadros infecciosos y traumatismos y patologías crónicas en adultos.

La internación ha sido una prestación resistida por la población, al tener que dejar sus viviendas, quehaceres y familiares en lugares lejanos, y al demandar generalmente más días que los habituales de permanencia a fin de que el enfermo estuviera en condiciones de regresar a sus comunidades.

“La gente no quería quedarse internada por no dejar sus ovejas, sus guaguas...Cuando estaban más tiempo del que les había dicho el Dr. se conformaban con verse sanos, sólo querían volverse por lo que habían dejado en sus casas” (Enfermera/N.P)

Ante las emergencias, lo más importante fue siempre un buen sistema de comunicaciones, con el que no siempre se contó.

“En 1979, probamos con palomas mensajeras. El Dr Tanoni se contactó con Sociedad Colombófila de Salta la que proveyó palomas y caja de transporte. Se probó entre el Hospital y dos Puestos, durante meses de entrenamiento en los que ayudaba un paciente con tuberculosis que estaba

¹⁷⁹ Por convenio con cátedra Preventiva de Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, entre años 2002 y 2005, y con apoyo financiero de una Fundación europea, un grupo de odontólogos realizaban tareas de diagnóstico y tratamientos con casriostáticos en escuelas cercanas a Iruya.

internado en el Hospital. No funcionó porque las palomas eran capturadas por aves de rapiña, gavilanes decía la gente” (Sacerdote-Técnico/P.O)

Hasta 1998 la única posibilidad era un equipo de radio con batería, en el Hospital y en algunos pocos Puestos Sanitarios, desde el que se comunicaba diariamente con el Ministerio de Salta y Jujuy. Desde esa misma época, el pueblo contó con cabina pública y funcionamiento irregular de celulares. Hasta la fecha el Hospital no cuenta con teléfono.

Desde 1998, se hicieron proyectos para conseguir financiamiento privado para equipos de radio para los Puestos. A la fecha todos cuentan con ellos, aunque no siempre funcionan, porque requieren además de equipos, paneles solares y baterías

“En los primeros años no teníamos equipos de radio en todos los Puestos, eso fue motivo de muchos proyectos y solicitudes de financiamiento. Poder contar con equipos, baterías y paneles solares para cargarlos”...“Para nosotros es más importante que el agua, sino tenés que arreglarlo solo” Siempre tenemos que estar peleando con las autoridades, para que asuman los costos de reparación de los equipos, que se rompen y a veces nos han hecho pagar a nosotros el arreglo” “Eleodoro murió solo en el Puesto, porque no pudo ni pedir ayuda por que la radio no le funcionaba” (Talleres grupales, junio 2009)

Ante un enfermo grave o persona accidentada en las comunidades del interior, el personal sanitario de los Puestos, cuando cuenta con radio, consulta con el médico de guardia.

“Por radio hemos llegado a dirigir a un enfermero para que cosieran a un niño con una herida profunda en abdomen, a 8 horas de camino; salvar de una intoxicación a 12 alumnos en la escuela, dirigiendo a la maestra de Vizcarra a 10 horas de camino; y en forma muy frecuente, atender complicaciones de partos” (Profesional/T.T)

Cuando la urgencia demanda derivación al Hospital, los pacientes son trasladados con la colaboración de los vecinos, en angarillas precarias por los senderos de herradura. Desde Iruya a los otros servicios, el traslado es con ambulancia, cuestión siempre supeditada a condiciones del vehículo y estado de los caminos, especialmente en épocas estivales.

La mayor parte del tiempo se ha contado con una solo vehículo, muy pocos períodos con dos. En 2003, desde el hospital se decidió que uno estuviera en el Puesto de Rodeo Colorado, ante la posibilidad de salida directa vía Humahuaca. Contar con recursos para mantenerlas en buenas condiciones de funcionamiento y /o disponer de suficiente combustible, ha sido una dificultad permanente. El deterioro que producen los caminos, los costos de arreglos que se realizaban en Salta, significaba muchos días sin que el hospital contara con ambulancia.

Ante emergencias importantes y muy bien justificadas, se puede solicitar el helicóptero sanitario.

“Para pedir el helicóptero tiene que ser algo muy importante.” Algunas épocas decían que si no se justificaba el viaje, lo tenía que pagar el médico...” No iba si era noche o había mal tiempo en Orán, por donde entraban a Iruya, o estaba en otra emergencia, te ponían en espera, y las urgencias no esperan, buscábamos sacarlo como sea por tierra, hemos sacado pacientes en camionetas particulares, camiones antes que esperar hasta el otro día, si se pide el helicóptero, es por tiempo.” (Profesional/ T.T.)

Como hospitales de derivación para problemas más complejos, según regionalización del año 1985, el Hospital de Güemes, a 5 horas de viaje y en Salta capital los Hospitales Materno-Infantil (problemas de niños y embarazadas), el viejo Hospital del Milagro (infecciosas) y San Bernardo (de adultos).

Las urgencias en tiempo requerían recurrir a hospitales de la provincia de Jujuy: Humahuaca o San Salvador. El Hospital de Humahuaca en las primeras épocas era un Hospital de Nivel III, con especialidades básicas, pediatría, ginecología, y cirugía. Con la crisis de los `90, llegó a tener menos capacidad de resolución que Iruya, obligando a correr a Jujuy, o si daba tiempo, a Salta capital.

“La gente prefiere morirse aquí que ir derivado a Salta o Jujuy” “Algunos no nos aceptan derivaciones al Hospital porque el médico sabe poco y todo lo manda a otros lados” “Fuera de Iruya, todo sale plata y además sin familiares, sin conocer” “El miedo a las derivaciones era porque fuera de Iruya “te charqueaban”¹⁸⁰ y a veces no volvías” “Las derivaciones nos recibían en todos lados, la gente iba,

¹⁸⁰ “Charquear”- hacer charqui- práctica de cortar la carne para ponerle sal y hacerla secar. La gente tenía la representación de que cuando te mandaban era para operarte, las malas experiencias y temores de tener que ir

como eran tímidos hacían lo que el médico les decía... en Humahuaca nos recibían más, en Jujuy nos daban muchas vueltas.. si veían que iba aguantar pasaban a Salta". "En Jujuy en muchas épocas, había que llevar algo de regalo al Hospital, remedios o placas radiográficas, porque nos decían: Uds son de Salta, y esto es Jujuy... si no era caso de vida o muerte, nos ponían excusas o trabas"(Enfermera/ N.P)

Con excepción de condiciones excepcionales durante período 1983- 1987 en que hubo concursos, capacitaciones permanentes, priorización salarial del trabajo en atención primaria, el resto del tiempo, no existió de parte del Ministerio una política de recursos humanos que reconociera necesidades y condiciones del área.

"Uno iba al Ministerio y por ser del interior se te resolvían los problemas rápidamente". "Te valoraban, te convocaban permanentemente a reuniones de intercambio y capacitaciones, había supervisiones y visitas desde el Ministerio a todas las áreas en todas las pre-rondas y no faltaban recursos económicos para lo que se pidiera en APS".(Profesional/ N.A).

"A los directores de hospitales en esa época nos obligaron a capacitarnos en salud pública y administración hospitalaria" "lo que sabemos de APS es de esos años, después todo se sostuvo por lo que se aprendió entonces"... "Ahora no se consiguen médicos que quieran radicarse, porque con una guardia en la ciudad ganan lo mismo, si además nadie los capacita o apoya en las dificultades de estos lugares". (Profesional /T.T)

No es posible analizar indicadores cuantitativos del funcionamiento del Hospital, ya que en el Ministerio no se cuenta con esa información para todo el periodo estudiado. Si bien hay normas y planillas que todos los servicios deben completar y enviar a Salta mensualmente, no existe reglamentación que exija, como existe en APS, procesarla y analizarla a nivel local.

Termina siendo una carga administrativa para el personal local, en beneficio exclusivo de algunos funcionarios del Ministerio, que la usan para trabajos o publicaciones. En el nivel central tiene además más probabilidades de perderse¹⁸¹.

En 1996, como parte de una etapa donde se priorizó la eficiencia de gestión, y evaluación cuantitativa de los servicios, la conducción del Ministerio de Salud implementó una Evaluación semestral y anual por zona de todos los servicios y prestaciones de los mismos.¹⁸²

Esa normativa permitió realizar el Cuadro Anexo N° 12, con información que con algunas limitaciones, permite relacionar procesos y resultados de todos los servicios, no sólo de APS. De la organización de los Informes de Evaluaciones del Hospital de Iruya, a los efectos del presente trabajo, se extraen algunos datos:

- ✓ El Hospital de Iruya, es un servicio donde las consultas por guardia no superan el 10%.¹⁸³ Eso da cuenta de que funciona todo el día, con mayoría de consultas por consultorio externo, las que se suponen de mejor calidad, tiempo y con fichas de consultorio externo/historias clínicas, con conocimiento del paciente y posibilidades de seguimiento o control posterior.
- ✓ Entre 1997 y 2005 muestra un aumento progresivo de consultas, llegando a casi 2,5 consultas médicas por habitante año. A partir de ese año, hay una baja de consultas y egresos, y mínima presencia en el interior, que no se correlacionan con el número de profesionales (tres médicos en forma permanente).

a lugares desconocidos, sin familiares o lugar donde parar; donde todo cuesta. Además las dificultades si fallecía, tener que trasladar el cuerpo de regreso a través de dos provincias.

¹⁸¹ En Iruya están guardados todos los consolidados de rondas de APS desde 1978 hasta la fecha, pero no se encuentra la información del resto de los servicios de todos los años. En el Ministerio tampoco, o está archivada e imposible de ubicar o refieren de funcionarios que se llevaron computadoras e información. .

¹⁸² En la primera época del Gobierno de Juan C. Romero, ministro Dr. Agustín Martínez se enviaba una guía de datos que el personal y todos los servicios debían elaborar, con indicadores fundamentalmente cuantitativos. Los Gerentes eran convocados a presentar y justificarla, en reuniones por zona con la presencia de autoridades del Ministerio. Puede ser una medida cuestionable en datos elegidos, manejo, consideración e impacto de esa información en relación a decisiones que implicaran mejora de esos mismos servicios; pero fue una normativa fundamental, ya que obligaba a sistematizar información de todos los servicios, que quedaba como copia en el servicio, y permitía evaluar procesos de varios años.

¹⁸³ Esto no es práctica de los hospitales, en general funcionan por la mañana y el resto del día se paga a profesionales por el sistema de guardia siempre más caro. El Hospital de Niños de Salta, en el 2005, la consulta de guardia, en principio es de menor calidad, sin historia clínica ni posibilidades de seguimiento.

- ✓ Buena accesibilidad general, pero inequitativo acceso para la población del interior, sobre todo en los últimos años, por la baja proporción de consultas en Puestos Sanitarios.¹⁸⁴
- ✓ En el mismo período aumentan prestaciones odontológicas- con excepción del año 2003 en que la única odontóloga estuvo de licencia. El mayor incremento en atenciones odontológicas es a partir del 2005, en que se contó con dos odontólogas, aunque con un único equipo. Es un servicio que advierte una mayor demanda restringida sólo por la falta de profesionales. Con un solo odontólogo podemos suponer inexistente atención en escuelas rurales y población del interior.
- ✓ El laboratorio refiere leve aumento de pacientes. En períodos donde se incrementan consultas médicas refiere racionalidad de estos últimos en el uso de este medio de diagnóstico: no aumenta la relación consultas médicas/consultas laboratorio que se mantienen entre 0,13 y 0,28 en el período analizado.
- ✓ Incremento progresivo de las consultas en salud mental, en los pocos años en que hubo asistencia psicológica, refiere en contexto cultural tan particular, una buena aproximación y aceptación del servicio, y necesidad de un cargo permanente.
- ✓ El 60% del porcentaje ocupacional en internación, en período de crecimiento de la demanda, y con las particulares condiciones del área, refiere en principio, necesidades de ampliación. El promedio de permanencia, en general 6 días, en consideraciones a las distancias en que vive la población, con cambios en criterios en últimos años sobre permanencias y altas. (similares egresos y disminución del porcentaje ocupacional)
- ✓ El porcentaje de pacientes derivados, no mayor del 20%, sumado a la baja mortalidad hospitalaria (un caso en todos los años analizado) refiere para el período 1997/2006, una capacidad de resolución buena y adecuada al nivel de complejidad. El posterior aumento al 30% en pacientes derivados, refiere pérdida de la capacidad de resolución alcanzada.
- ✓ Mientras funcionaba el fichero de embarazadas, se alcanzó 4,4 controles completos por embarazo, disminuyendo con Plan Nacer a sólo 2,2 en 2007.
- ✓ Finalmente demuestra que el personal no conoce ni maneja, indicadores de todos los servicios de manera regular. La posibilidad de procesar y analizar la información completa, más allá de la norma, tuvo que ver con el funcionamiento del Consejo Técnico local (1998/2004) En los últimos años sigue existiendo la norma, sigue convocándose a Evaluaciones de Zona, pero al no funcionar el CTA, no se analiza ni se dispone localmente de información fundamental para la motivación y la dirección de la gestión.

i) Medicamentos

La atención profesional sin acceso a medicamentos o tratamientos es un dato falaz de accesibilidad a la prestación. Hasta el 2002¹⁸⁵ no existió otra farmacia que la del Hospital, luego la accesibilidad a ellos tenía estricta relación con disponibilidad y/o asignación presupuestaria del sector público. Lo que el Hospital no daba, nadie lo tenía.

La farmacia más cercana estaba en Humahuaca, donde tampoco se reconocían descuentos de la obra social, por ser otra provincia.

Las evaluaciones de servicios refieren que el Hospital entregaba en promedio, entre el 40 y el 70% de lo que se prescribía, con limitaciones en cuanto a variedad de drogas. Hubo épocas mejores, cuando se manejaba de manera descentralizada el prepuesto del área, o con buena producción provincial de monodrogas básicas; otras con graves limitaciones. El consolidado de información de servicios, (Anexo N° 12) da cuenta que en 2002 existía una asignación de 2 dólares /habitante/año.

Ayuda fundamental y permanente en todos estos años, entre un 20 y 40% del total de medicamentos entregados, fueron donaciones a través de muestras gratis o colaboraciones particulares. Y la sistemática ayuda de la Iglesia Católica, mediadora de programas internacionales de envío de monodrogas desde España y Alemania.

A partir de problemas creados por la instalación del botiquín privado por parte del esposo de la odontóloga del Hospital¹⁸⁶, en el 2001, la parroquia local dejó de enviar directamente los medicamentos al servicio, y organizó un botiquín de Caritas, para entregar medicamentos a personas carenciadas.

¹⁸⁴ En el interior de Iruya, ha residido en el período estudiado un promedio entre el 90 y 65% de la población. Si hay pocas consultas en los Puestos, esto no resulta un problema grave para adultos que pueden concurrir a Iruya, pero implica clara inaccesibilidad para embarazadas y niños.

¹⁸⁵ En ese año se instaló un pequeño botiquín privado a cargo de un idóneo, que subsiste hasta hoy mediante pago directo, no atiende tampoco por obra social.

¹⁸⁶ En el 2002, denuncia al Ministerio y Colegio de Odontólogos, por contravención al Código de Ética Profesional.

"Las faltas de medicamentos ha sido un reclamo permanente nuestro y de la gente". "Siempre penamos por conseguirlos". "Todos los meses llevamos una cajita con lo que hay en el Hospital, para tener en el Puesto todo el mes". "Algunos médicos llegaron a ordenar que repartiéramos jarabes o pastillas sin tener en cuenta el tratamiento completo". "Hubo épocas en que debimos sacar el suero de un paciente para otro más grave". "Si no fuera por las donaciones, no habríamos subsistido, debíamos dejar constancia de la falta del medicamento en la historia clínica, porque estábamos expuestos a cualquier denuncia" (Talleres grupales, junio 2009)

Un 30 % en promedio de la población local realiza aportes a diferentes obras sociales, principalmente IPS (Instituto Provincial de Seguros) obra social de todos los empleados públicos y PAMI (jubilados y pensionados). Sus afiliados son asistidos en la mayoría de dolencias por el Hospital local, sin embargo ninguna de las obras sociales les reconocieron o aportaron los medicamentos que se les entregó en Iruya. Para patologías más complejas, la burocracia y complicación de trámites exigidos en las distancias, hacía casi inaccesibles esos insumos en estos lugares.¹⁸⁷

En mayo del 2003, con el Programa Remediar desde Nación¹⁸⁸ mejora sensiblemente la provisión de medicamentos para las consultas externas, cubriendo en forma irregular hasta el 70% de monodrogas prescritas.

No incluía remedios o insumos para internación, ni para los Puestos de los parajes donde vive la mayoría de la población. Su diseño centralizado y la poca flexibilidad real para retroalimentarse de necesidades locales¹⁸⁹, significó que se acumularan cajas de remedios de poco uso, al tiempo que se terminaban en pocos días las drogas más requeridas.

Las provisiones de medicamentos por parte del Ministerio de Salud provincial, nunca fueron planificadas en función de condiciones de la población, sino realizadas por compras o licitaciones masivas, según disponibilidades financieras de la provincia o desde Nación a través de envíos, según sus programas priorizados.

"Nos mandaban según se habían atendido el año anterior, si este año había más médicos y consultas, no alcanzaba". "La provincia licitaba y repartía sin tener en cuenta particularidades de nuestra zona, aislamiento, falta de farmacias, carencias de la población etc." "Cuando comenzó el Programa de Salud Sexual, se disponía de anticonceptivos en exceso porque los proveía la Nación y en algunas ocasiones no se podían utilizar porque no se disponía de antibióticos, que debía proveer la provincia, para las infecciones genito-urinarias de las mujeres" (Profesional/T.T).

El principal obstáculo para su accesibilidad además de las ya señaladas, fue residir en el interior del Municipio. El Ministerio distribuye medicamentos en los servicios con médicos, ya que por norma, los enfermeros no pueden prescribir.

El Consejo Técnico Asesor en acuerdo con el Consejo Asesor Sanitario, acordó una Disposición Interna 49/03 para respaldar el uso de algunas drogas por enfermeros y agentes sanitarios, previa consulta por radio,¹⁹⁰ y a fin de que se distribuyera entre todos los parajes los medicamentos que llegaban al Hospital. El Ministerio nunca lo reconoció, obligando a repartir lo que llegaba, con todos los Puestos, disminuyendo aún más la ya escasa provisión.

j) Mortalidad Infantil y materna

¹⁸⁷ Existen constancias en el Hospital de notas y reclamos múltiples al PAMI, obra social de jubilados, por medicamentos para patologías crónicas de sus afiliados, con demandas de historias clínicas, solicitud de algunas monodrogas que no siempre eran las mismas, acompañamiento de múltiples informaciones adicionales de manera mensual, para remedios de patologías permanentes. Ej. anticonvulsivantes, cardiológicos etc.

¹⁸⁸ Programa Remediar, implementado durante la crisis del 2002 desde Nación y con financiamiento internacional. En personal de Iruya, tuvo clara ingerencia en la modificación de la normativa que originalmente no era para Hospitales rurales. Diseñado para poblaciones carentes desde la ciudad, prescribía que eran remedios destinados únicamente a Centros de salud con atención médica permanente y sin internación (característica de centros urbanos). En los medios rurales la mayoría de los centros sin internación carecen de médico permanente). El personal de Iruya a través del Obispo de Humahuaca y del representante de Cáritas a nivel nacional, fundamentó por nota y logró cambiar la normativa, para que se incluyera a Iruya y a hospitales rurales.

¹⁸⁹ Administrativamente tenía importantes reaseguros, planillas y registros, para saber qué se usaba o no en cada servicio. Sin embargo nada indicaba que fueran leídos o considerados.

¹⁹⁰ Por el lo contrario los enfermeros tenían que atender niños enfermos, y aunque consultaran con el médico por radio no tenían medicamentos para sus tratamientos estando a un día de camino del Hospital. La Disposición Interna 49/03 preveía un listado de drogas básicas a usar previa consulta, otras sin necesidad de consultar pero indicando su inmediata derivación al Hospital.

Los gobiernos acostumbran, paradójicamente, a medir el éxito o impacto de sus intervenciones en salud pública, según reducción de indicadores de mortalidad, particularmente la mortalidad de los niños menores de un año¹⁹¹, y la mortalidad materna.¹⁹²

Siempre fue tema prioritario para el análisis en todas las reuniones pre-rondas. En el año 2000 el Ministerio ordenó que se formara una Comisión en cada área y a nivel provincial, para analizar la mortalidad infantil, incluyendo una autopsia verbal y entrevista a cada familia, completando todos los datos de la historia de cada niño muerto. Esto se hizo en Iruya desde el primer año del Programa, y con cada niño que falleció. La cantidad de niños que morían, fue en todas las épocas una preocupación principal de todo el personal. El anexo N° 13 da cuenta de la evolución del indicador, aunque no de significados o implicancias locales de ellos.

"Mucha gente al morir los niños al nacer, los enterraba sin avisar, no había costumbre de recurrir al registro civil, que además les quedaba lejos... si no iban al ingenio, donde les pagaban salario, tampoco importaba mucho". "Podemos imaginar que la mortalidad como otros datos de estadísticas vitales en la zona, no eran confiables". "Me acuerdo que en primeros años, un agente sanitario que con el encargado del registro civil del interior, por hacer el favor, dieron el documento como nacido antes de que terminara la zafra, para que le pagaran salario. Con tal mala suerte que nació nena y lo habían anotado como varón. Cuando pregunté espantado que iban hacer, muy tranquilos me dijeron-ya lo hicimos morir y nacer otro. Y no hay problema de mortalidad que a Ud le preocupe porque aquí no hay ningún muerto". (Profesional IT.T)

En los análisis realizados por el personal¹⁹³, en los primeros años aparecía una gran cantidad de muertes por causas desconocidas, lo que mejoró en la medida que aumentó la accesibilidad a la atención médica. Para el período 85/94 las dos primeras causas fueron: desconocida (33%) y prematuridad (18%). En el período 95/ 03 esas causas significaron el 10 y 15% respectivamente, pasando a ocupar el primer lugar, las neumonías con el 17%.

Va disminuyendo el peso relativo de prematuridad como causa de muerte – causa sensible a condiciones socio-económicas y sanitarias de las madres visibilizando muertes asociadas a malformaciones congénitas o accidentes. Todas las demás causas son reducibles o muy reducibles y evitables.

Las muertes sin atención médica fueron: en el período 85/94, el 77%; en el período 1995/2003, el 62%, y en período 2004/2008, el 55%.

Se observa en cambio, el aumento del impacto del estado nutricional en los niños muertos. Para esos mismos períodos, 85/94 el 50% de los niños muertos tenían algún tipo de desnutrición, en el segundo (95/03) el 60%, y en los últimos 4 años, el 65% de los niños muertos tienen algún déficit nutricional. Sobre la edad de fallecimiento, los indicadores cuantitativos muestran franca disminución de muertes neonatales, precoces y tardías, confirmando el impacto de la tarea de prevención realizada a nivel local.

Del análisis realizado por el Ministerio de Salud de Salta¹⁹⁴, surge que Iruya, para el período 2003/2007, está en 6to lugar entre las áreas con mejor trabajo de prevención, con el 50% de sus muertes reducibles (casi en mismo nivel que Salta- Capital). Todas las áreas similares de la región puna¹⁹⁵ superan el 75% de causas reducibles: San Antonio de los Cobres con 75%, Nazareno con 92% y Santa Victoria Oeste con 76%.

Iruya en 10 años (entre 1996 y 2006) estuvo cinco veces por debajo de la media provincial, llegando inclusive a tener la misma mortalidad infantil que Cuba (8/000) en dos oportunidades. Sin embargo en los promedios de quinquenios sigue mostrando los límites que impone la realidad local. (Anexo N° 14) En la mirada del personal se refiere la fragilidad de un buen sistema cuando sólo depende del esfuerzo sanitario local, señalando como principales barreras: las condiciones económicas de las familias, inaccesibilidad geográfica, y calidad o forma de trabajo de los profesionales. Esto último si bien es un recurso local, el personal parece reconocer su imposibilidad de controlar.

"Solos no podemos cambiar la realidad de pobreza y aislamiento de nuestra gente". "Las carencias económicas y aislamiento, el tiempo que necesitan para llegar al hospital". "El bajo peso al nacer y el frío"... "Cuando los médicos no revisan, atienden a las corridas o atienden mal, la gente disminuye su

¹⁹¹ Total de niños menores de un año fallecidos sobre total de nacidos vivos en ese año, por 1000.

¹⁹² Total de mujeres muertas por problemas de embarazo, parto o puerperio, sobre total de partos por 10.000

¹⁹³ Torres Tomás y Alicia (2003) "Sistemas de salud en Argentina" Mimeográfico. Fundación Arcor. Registros comparativos realizados por personal APS de Iruya. Cuadros 11 y 12

¹⁹⁴ Estadísticas Vitales, Ministerio Salud Pública de Salta

¹⁹⁵ En la zona sanitaria oeste de Salta están los Municipios de Santa Victoria Oeste y Nazareno, al norte de Iruya, y San Antonio de los Cobres, región a la que considera unidad "puna" por sus características geográficas, sociales y culturales.

confianza y asistencia al Hospital. Si además los profesionales no salen, se viene abajo el trabajo de conjunto, y con ello los indicadores” (Actas reuniones pre-ronda)

Señalan como problema particular la presión de los gobiernos sobre este tema, lo que suele trasladarse al personal, que recurre a “trampas” o sub-registros, a fin de no tener que dar cuenta de aumentos en sus porcentajes.

“Algunos directores nos indicaban poner como nacidos muertos niños que habían muerto enseguida del parto, para que no aumentara el indicador”. “Cuando el problema de los desnutridos en Tucumán, nos prohibieron por radiograma que diéramos información” (Talleres grupales, junio 2009)

En los últimos años, señalan la incidencia de las derivaciones al Hospital Materno de referencia provincial¹⁹⁶. En al menos cuatro casos de mortalidad infantil, partos atendidos fuera de Iruya y en hospital de mayor complejidad, por la premura y presiones por darlos de alta, sin considerar distancias y riesgos de la región de origen.

“En Salta con muchos mejores medios, atienden peor que nosotros”. “Varios niños últimamente se mueren en Salta y no aquí”. “Nosotros derivamos para cesárea mujeres con complicaciones y cesáreas previas y no las reciben, porque les falta algunos días para el parto”. “No saben ni preguntan de que distancia vienen” “se envió la ambulancia dos veces con la misma paciente... no saben lo que nos sale!”. “Dieron de alta una cesárea en menos de 24 horas de producida, con dinero de pasaje para que vuelvan a su casa, ni saben cómo y dónde queda su casa, tenía que caminar 5 horas” (Actas reuniones pre-ronda)

“Hicimos denuncia por el caso de un recién nacido con complicaciones, que lo dieron de alta en contra de la voluntad de la madre, lo mandaron a control del Centro de Salud más cercano, sin saber que eso era a dos horas de camino en el cerro, en pleno invierno”. “Falleció de frío antes de 24 horas del alta”. “Ni el Ministerio, ni el Hospital, nunca contestaron la nota que hicimos sobre ella”. (Profesional / T.T)

Sobre la mortalidad materna, en el período que se analizan todos los servicios, y donde el equipo local implementa normativa de trabajo integral de seguimiento personalizado de embarazadas, el indicador de mortalidad materna es inmejorable: 0/0000 durante los últimos 10 de los últimos 11 años. Muy por debajo de la media provincial y nacional que supera el 40/0000 en todo el período, llegando Salta a más del 100/0000 en 6 años. (Anexo N° 15)

“La única mujer que falleció, en el mismo pueblo de Iruya, pero era un caso muy difícil, de una mujer con retraso mental, sin apoyo del marido que la dejó con sus 5 hijos, que no quería saber nada con el hospital”. “No concurría ni a cobrar el Plan Trabajar, que costó traerla a control de su nuevo embarazo”. “Y los niños avisaron que estaba mal, se la sacó en la ambulancia, pero falleció en el camino, desde el equipo de salud hicimos todo lo posible, intervenimos todos, pero no pudimos hacer nada por evitarla”. (Actas reuniones pre-ronda)

¹⁹⁶ Hospital con financiamiento público pero con gestión privada de una Fundación Española “Santa Tecla”.



4. ¿CON QUE? Financiamiento

“Mandaba la tradición que los ombligos de las recién nacidas fueran enterrados bajo la ceniza de la cocina, para que temprano aprendieran cuál es el lugar de la mujer, y que de allí no se sale. Cuando estalló la revolución mexicana muchas salieron, pero llevando la cocina a cuestras. Llevaban el bebé prendido a la teta y a la espalda las ollas y cazuelas. Y las municiones: ellas se ocupaban de que no faltaran tortillas en las bocas, ni balas en los fusiles. Y cuando el hombre caía, empuñaban el arma.

*En los trenes, los hombres y caballos ocupaban los vagones.
Ellas los techos rogando a Dios, que no lloviera.
Sin ellas, soldaduras, cucarachas, adelitas, vivanderas, galletas,
juanas, pelonas, guachas,
esa revolución no hubiera existido.
A ninguna se le pagó pensión”*

Eduardo Galeano
“Espejos”

Los servicios públicos son financiados por rentas generales a través de asignación presupuestaria del gobierno. Iruya, como todos los servicios de la Provincia, desde que se transfirieron los servicios nacionales, son responsabilidad directa del Gobierno Provincial.

Las asignaciones del Ministerio de Salud, incluyen gastos de personal, bienes de consumo (remedios, insumos sanitarios) bienes de servicio (alimentación de pacientes, combustible de ambulancia, teléfono), y bienes de capital.

Desde 1985, la ley 6277, ordenaba que el presupuesto en salud debía ser realizado por cada área operativa, a fin de ser ejecutado de manera descentralizada. Nunca lo elaboraron las áreas, pero sí en la Legislatura se aprobaba una asignación nominal hacia cada una.

“El buen administrador es quien está en rojo, no quien ahorra y deja de ejecutar los fondos asignados, porque sino esos fondos se los lleva otro”. Decía el Dr Tanoni.

Esto se respetó pocos años, y en general el principal obstáculo de los fondos provinciales han sido su escasez, trámites y trabas burocráticas para su asignación y uso, y el manejo centralizado a pesar de que la ley sigue vigente.

“En esa época no faltaban las cosas, había resolución de los problemas y necesidades, puertas abiertas para la gente del interior, los cheques salían enseguida.”. “Cuando Tanoni se fue no te daban respuesta, te cuestionaban lo que gastabas, los del interior pasábamos días en el Ministerio y no nos atendían ni resolvían problemas” (Profesional/N.A).

“Creo que uno vive a la vuelta del Ministerio, te pasas días en Salta para que paguen deudas vencidas”. “Cuando te dan plata está ya comprometida casi toda”. “Dificultades con proveedores de Iruya no están en regla formal, luego no reciben comprobantes de productores locales; quienes están en regla lo hacen según normativas de Jujuy, provincia más cercana y no pueden ir a Salta a regularizarlas como proveedores del estado provincial; la no entrega de fondos hasta que no se hayan rendido, lo que nos dejaba muchos días sin combustible para la ambulancia; falta de forraje para animales porque no estaba previsto como medio de movilidad; peleas con los legisladores que estaban en Salta y a quienes el Ministerio les entregaba fondos del Hospital sin consultar e informar a sus responsables.” “El mayor obstáculo para conducir este Hospital no es ni vivir ni trabajar en Iruya, sino las incomprensiones y trabas de los contadores del Ministerio.” “No saben que uno debería estar atendiendo pacientes y no esperándolos a ellos, para migajas con las que pagamos deudas vencidas” (Profesional/ T.T)

El personal de salud señala sistemáticamente en evaluaciones, y pre-rondas, la falta de recursos e inequidad en su distribución, como uno de los principales obstáculos para el trabajo.

“Las carencias de recursos económicos es el principal inconveniente que tenemos aquí” “Todo lo tenemos que poner nosotros, no es así en la ciudad”. “Se han ido perdiendo los recursos, eso hace que el personal no se encuentre motivado, tenemos la mitad del personal que ni siquiera es contratado, con planes sin estabilidad, ni obra social y cobran menos de la mitad que los otros agentes sanitarios nombrados”. “En servicios de la ciudad existen mucho más personas para las mismas funciones, nadie se fija en eso”. (Actas reuniones pre-ronda)

En el período estudiado, en diferentes cantidades y destinos, también existieron aportes de la Nación. De manera regular, vía Ministerio de Salud, llegan insumos específicos de programas nacionales, vacunas, leche, capacitaciones, o personal. Coincidentemente con las políticas neoliberales y reducción de personal provincial, durante epidemias como el cólera en 1990, comenzaron a llegar fondos para personal a través de contratos precarios y en negro, para cubrir cargos de A.S., enfermeros, cocineras¹⁹⁷ (Contratos “Cólera” o “Árbol”)

Después con los Programas Trabajar, PEC (Programas de Empleo Comunitario) y finalmente por Programa de jefes y jefas de hogar (PJJH).

En los últimos 8 años, Nación incrementó aportes en medicamentos – vía Programa Remediar- anticonceptivos del Programa de Salud Sexual Reproductiva y finalmente el ya mencionado Plan Nacer.

Este último fue un significativo aporte económico, sobre todo por escasez de margen que tienen los Directores para disponer de dinero. Ese programa significa aporte directo para el manejo local, aunque sin reaseguros de que sea coparticipado o al menos que se dé información al personal.

“Nadie sabe en qué usan los Gerentes fondos del Plan Nacer”. “Algunas cosas informa otras no”. “Sabemos por revistas del Plan Nacer que mandan mucha plata, pero nosotros seguimos con las

¹⁹⁷ Programa “Cólera” lleva ese nombre por esa epidemia; Programa “Árbol” (Argentina / Bolivia) proyecto binacional por la misma epidemia. Después desde el Ministerio de Salud de la Nación otros programas con financiamiento internacional, para poblaciones aborígenes, “ANAHI”

mismas necesidades...” “Parece que sirven para no deberle a los proveedores, pero no tenemos información” (Talleres grupales, junio 2009).

Otros programas nacionales de los últimos años, como el programa de médicos comunitarios, Iruya no los recibió. De igual manera que lo ocurrido inicialmente con el Programa Remediar, la planificación centralizada no puede incorporar características locales; en este caso las horas contratadas y el salario-beca que prevé, es pertinente para áreas urbanas, pero incompatibles con características del trabajo local.

En problema con los fondos nacionales es la superposición o falta coordinación con los aportes provinciales. Ello significa disparidad de salarios y regímenes laborales en el mismo tiempo, lugar y función; recursos para cuestiones no importantes y carencias extremas en urgencias, o transferencias de responsabilidades, sin responsables.

“Hay fondos de combustible para que ambulancia salga a vacunar, campañas nacionales pero no para trasladar pacientes graves; o llegaba hierro de embarazadas y no había suero para internados, sólo porque eran aportes diferentes de nación y provincia”. “Nos paga la provincia con plata de la nación, pasan meses y no cobramos, la provincia le echa la culpa a la Nación, la Nación a la provincia y siempre tienen una excusa para desentenderse de nosotros” (Actas reuniones pre-ronda)

El aporte Municipal, se ha limitado generalmente, al traslado de algún paciente cuando no se disponía de ambulancia, provisión de materiales y obreros para reparaciones del edificio, o algún personal de programas nacionales como Jefes de Hogar, para servicios generales del Hospital. Aportes sin continuidad ni valoración por su escaso monto.

Por Ley Provincial¹⁹⁸ existe una asignación del porcentaje de recaudación de impuestos a empresas privadas, que deben ser asignados a los Municipios que conforman una Cooperadora, para afrontar gastos urgentes de medicamentos o ayuda social. El Municipio de Iruya, sólo lo recibió en los primeros años, durante el Gobierno Militar. Con posterioridad, no llegó ninguna asignación de ellos¹⁹⁹. Los servicios públicos atienden a pacientes que realizan aportes a obras sociales, lo que explica que diferentes jurisdicciones, con diferentes modelos y normativas en la historia de los sistemas de salud, han intentado alguna forma de reembolso o cobro a las obras sociales (no a los afiliados), por prestaciones realizadas en el hospital público.

En Salta existe desde 1988, una ley de arancelamiento hospitalario, que obliga a devolver a cada servicio el 80% de algunas prestaciones (laboratorio, radiografías, internación, derivaciones, odontología) realizadas a los afiliados. El 20% restante, queda en un fondo en el Ministerio, para apoyar servicios que no se pueden arancelar por la baja cobertura de seguridad social que tiene su población.

El hospital de Iruya recién en últimos dos años por el Plan Nacer, contó con personal administrativo para la tarea administrativa que esa práctica exige, a pesar de lo cual, la mayor parte del tiempo realizó esas facturaciones. El reembolso fue siempre insignificante.

Para completar el cuadro de financiamiento habría que contabilizar aportes privados, aquellos costos que afrontan directamente las personas. Podemos suponer que los mismos han sido insignificantes a nivel local, pero importantes en relación a las posibilidades de la población, cuando era derivada a Salta aunque no existen cuantificaciones de ellas.

En algunas oportunidades ante la escasez de recursos, ciertos profesionales o sugerencias desde el Ministerio, plantearon el cobro de “bonos de contribución”. Esto nunca fue aceptado por el personal local, pero es un serio problema que afecta a los pacientes derivados a servicios públicos de mayor complejidad, en Salta.

“En Salta todo se paga, no sabemos porqué los llaman hospitales públicos, allí no es como aquí”. “Los pacientes no quieren internarse por miedo a que los manden a Salta, allí todo cuesta plata que no tienen”. “Ahora te cobran en los hospitales públicos de Salta, si no tenés obra social, te tienen sin operar, y si tenés obra social, peor, porque tenés que pagar una parte que no tenés”. “Un marcapasos tuvieron que pagar como \$ 2000 y es una empleada municipal con 10 hijos” (Talleres grupales, junio 2009).

No existen registros ni valoración completa de aportes en donaciones o colaboraciones privadas, que como se ha relatado han sido más que importantes en insumos básicos, medicamentos y sobre todo, en bienes de capital, equipamientos y tecnología. Según se muestra en el anexo de proyectos, hubo años en que fueron el doble de lo que aportaba el Ministerio, en bienes de consumo y servicios.

¹⁹⁸ Ley Provincial de Cooperadoras Asistenciales, que significa un importante aporte en muchos municipios de la Provincia.

¹⁹⁹ Existen varias notas y constancias en actas de pre-rondas de reclamos al respecto.

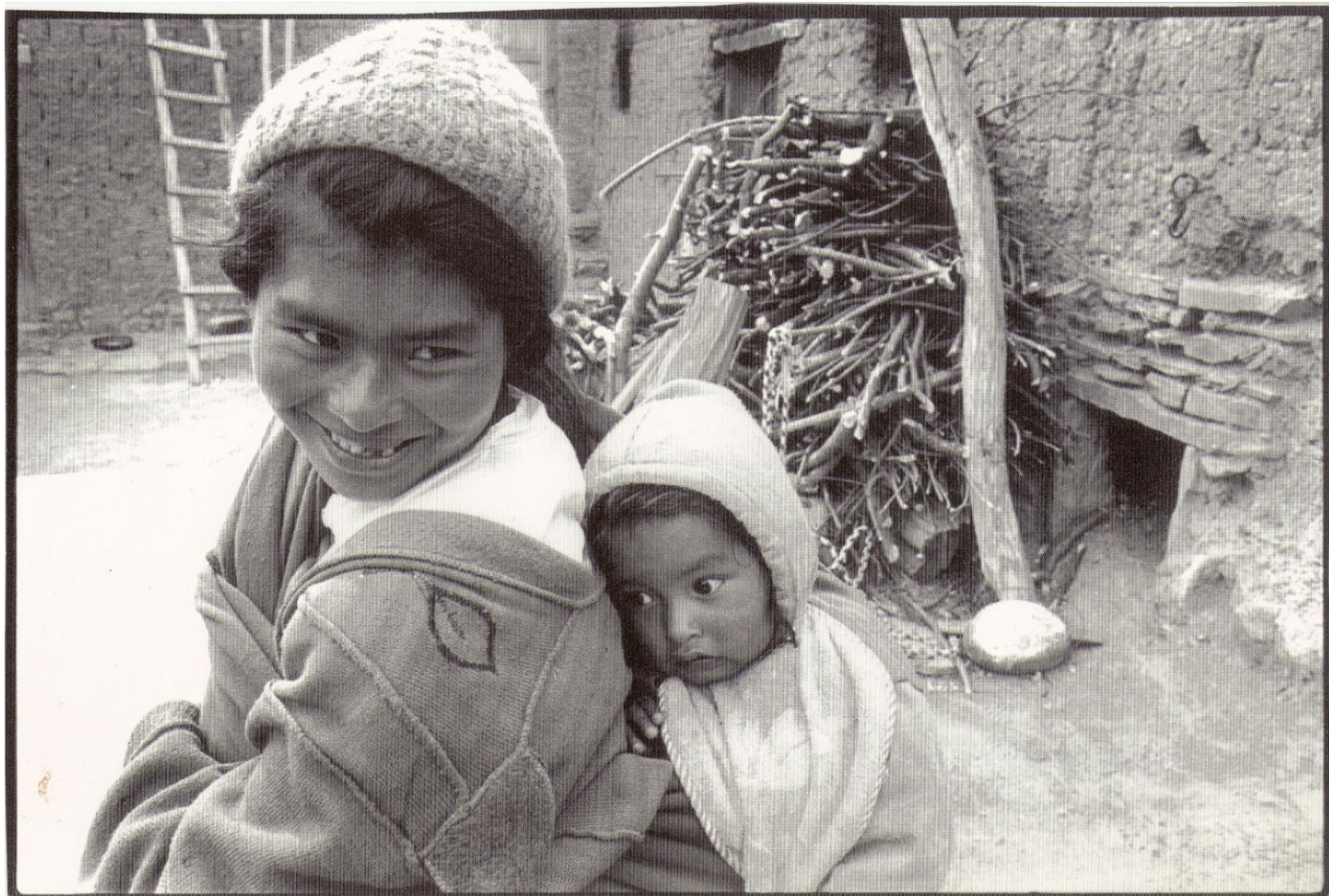
Finalmente es importante señalar que si bien los montos presupuestados y realmente ejecutados, sean municipales, provinciales o nacionales, son recursos públicos y como tales deberían ser de información pública; en la práctica, son el “secreto de estado” mejor cuidado, inaccesible habitualmente aún para el personal.

La normativa sobre evaluación de servicios de 1996 del Gobierno provincial, incluía exigencias sobre fondos ejecutados y no fue tarea fácil conseguir esa información, ni para los mismos administradores hospitalarios, al ser de ejecución centralizada.

El Consejo Técnico con gran esfuerzo logró completar esa información en algunos años, contabilizando todos los aportes provinciales y nacionales, tanto de manejo centralizado como descentralizado. De su análisis surgen algunos datos importantes en relación al tema de accesibilidad y equidad:

- ✓ En un período con sostenido incremento de indicadores de producción y calidad de servicios, hay una significativa disminución y centralización del financiamiento, en trasgresión de la ley 6277/85.
- ✓ El análisis de inversión muestra claramente la crisis del 2001. De un promedio de 150 dólares /hab./año se pasó a 49 dólares. Cuando en el país en 2002, el promedio del gasto del sector público era de 250 dólares/ habitante (González García, 2004: 363)²⁰⁰ en Iruya era de sólo 49 dólares por habitante.
- ✓ Cuando el gasto por medicamentos en el país era aproximadamente 50 usa hab./año (el 30% del total del gasto en salud, según González García, G 2004:184), en Iruya el aporte provincial era de 3 dólares/hab./año.
- ✓ Se puede verificar claramente el impacto de la crisis 2001/2002, disminuyendo una tercera parte a valor dólar, la inversión habitante año. De 140 a 50 aproximadamente.
- ✓ Cuando el Ministerio de Salta intentaba justificar la tercerización de servicios de comida y limpieza de hospitales, por su alto costo, el Hospital de Iruya invertía un dólar /día por paciente internado.
- ✓ Cuando el Hospital asistía el 80% de los problemas de enfermedad de toda la población, las obras sociales aportaron un promedio de 4 dólares/ /afiliado/año. Llegando a 50 centavos de dólar en 2005. Dato que refiere una situación más inequitativa aún, porque el mayor aporte de seguridad social lo hacía el ProFE (Programa federal correspondiente a jubilaciones no contributivas)
- ✓ A pesar de carencias e inequidades de aportes de rentas generales y seguridad social, el servicio local ha sostenido la gratuidad en el momento de la prestación, en función del aporte de donaciones y contribuciones solidarias.
- ✓ Cuando no funciona el Consejo Técnico Asesor, se pierde conocimiento, registro y análisis por parte del personal, de información contable y administrativa.

²⁰⁰ González García Ginés, Tobar Federico (2004) “*Salud para los argentinos*” Ed ISALUD. Pág 363 .



Destinatarios

“Cuenta la historia oficial que Vasco Núñez de Balboa fue el primer hombre que vio, desde una cumbre de Panamá, los dos océanos. Los que vivían allí, ¿eran ciegos? ¿Quiénes pusieron sus primeros nombres al maíz, la papa, al tomate y al chocolate

a las montañas o ríos de América? ¿Hernán Cortés, Francisco de Pizarro?

¿Y los que vivían allí, ¿eran mudos?

Lo escucharon los peregrinos del Mayflower: Dios decía que América era la Tierra Prometida.

Los que allí vivían, ¿eran sordos?

Después, los nietos de aquellos peregrinos del norte se apoderaron del nombre y todo lo demás. Ahora americanos son ellos.

Los que vivimos en las otras Américas, ¿qué somos?”

Eduardo Galeano
Espejos

a) Destinatarios prioritarios, nominaciones y representaciones

“En especial las mujeres y los niños que en esta zona están muy olvidados y también la marginación total de la población por la sencilla razón de tener poca comunicación y baja instrucción que no podemos romper el silencio, esto es un obstáculo de la misma cultura y parte geográfica donde habitamos”. “APS también tenemos como enemigo el paternalismo que lo llevamos presente y el servilismo dentro de la comunidad y esto a veces hace que uno oprima a la comunidad, que no pueda crecer por sí misma y no tome sus decisiones desde dentro de la comunidad... pretendemos que la gente sea los protagonistas, siempre queremos cambiar a los demás, pero nunca se piensa en cambiar uno mismo”

(Técnico/A.T)

La unidad de intervención y destinatario central del programa de APS, es la familia, definida como “quienes comparten la comida”. Los grupos familiares en Iruya, se constituyen por un promedio de 55% de familias extensas; 25% familias mononucleares; 12% familias monoparentales; 5% parejas solas y un 2 % personas solas.²⁰¹

Las familias extensas incluyen varios adultos, abuelos, hijas mujeres con sus hijos, varios niños a cargo de abuelos o sin sus padres. Las familias monoparentales o de parejas solas, son generalmente ancianos.

La familia nominada como destinataria resalta y encubre al mismo tiempo algunas particularidades: en las actividades preventivas se dialoga con adultos, generalmente mujeres, sobre niños y embarazos, como temas o intereses prioritarios.

En las actividades de asistencia se atiende, en orden a frecuencias numéricas, a: mujeres con niños pequeños, mujeres embarazadas o en edad fértil, escolares, ancianos y con mucha menor frecuencia, adolescentes y hombres adultos.²⁰²

Las mujeres aparecen como interlocutores privilegiados por los servicios de salud, tanto de acciones educativas como reparativas, como única responsable de la salud de los demás.

Desde los inicios del programa, más allá de discursos y normativas sobre respeto a cultura local, los habitantes fueron esos “otros”, visibilizados como distintos y ajenos, sin precisiones sobre sus características, aparte de su marginalidad. Su modo particular de habitar el mundo, expectativas, deseos o recursos, fueron representados como extensión de una cultura única, con carencias a las que había que suplir o compensar.

Las nominaciones, según informes de reuniones (actas de pre-rondas) pasan por “la gente” “mujeres” “las comunidades”, “familias”, agrupadas en colectivos uniformes designados como “otros” diferentes, al “nosotros” del personal de salud. Nominación que los ubica claramente en el lugar de destinatarios, objetos de intervención; y representados fundamentalmente, desde sus carencias o enfermedades: “pacientes”, “de riesgo”, “familias críticas”, “desnutridos”, “embarazadas”, “Tbc” (por tuberculosos), “una mortalidad infantil”, “madres con bajo nivel de alarma”.

Clasificaciones centradas en el cuerpo y en poblaciones, que hacen referencia a modelos o estructuras que se suponen normales: “madres solteras”, “sin ingresos fijos”, en referencia implícita a que normal es que, las madres no sean solteras o que las familias tengan ingresos fijos. Al igual que los diagnósticos o los motivos de consulta, tanto en palabras como códigos de la planilla C4²⁰³, son clasificaciones de enfermedades médicas y de interés del Ministerio de Salud.

También aparecen en las actas de pre-rondas, los análisis de historias clínicas, relatos con nombre y apellido y minuciosa descripción particular de cada persona o familia, detalles de su problemática integral, recursos y limitaciones de cada una de ellas.

En los relatos del personal tanto local, como de los profesionales, hay disímiles y contradictorios posicionamientos y apreciaciones sobre la gente. En general, se repiten y avalan los juicios más duros de quienes vienen o analizan desde fuera.

“Son taimados, no dicen nunca de frente lo que piensan “Se callan ante cualquiera de fuera”. “Sólo hablan “chupados” (alcoholizados), nadie va a hablar de frente”. “Esperan que todo se los den hecho, viven de asistencia”. “Son vagos”. “Tienen una capacidad increíble de aguante, sobreviven donde nadie lo haría”. “Son solidarios, honestos y viven profundamente relaciones recíprocas” (Actas reuniones pre-ronda)

“Al principio hubiera suscripto que eran “fatalistas” “que no peleaban por vivir”, no querían ir derivados a Salta “, para morirse, mejor quedarse en Iruya, me decían”. Muy diferente idea tuvo a medida que convivía y conocía su realidad y sus razones: No eran fatalistas, sino que sólo contaban

²⁰¹ Promedio de cuatro rondas de APS, Área Iruya (2005). Datos Encuesta Asamblea 1996 “Seminario de Políticas Públicas para infancia rural.” Pág. 160. Ed. Claretiana. Buenos Aires

²⁰² Año 2003. Informe Evaluación de Servicios. Cantidad de consultas externas, por grupos etarios.

²⁰³ Planilla donde se asientan las consultas del hospital, pueden ser diagnósticos “gripe”, “diarrea” o sus equivalentes en códigos de vigilancia epidemiológica, C39, C36, etc.

con Dios, los hombres no les había dado oportunidad de conocer otras posibilidades “ (Profesional /T.T).

“En reunión con A.S. analizábamos la cantidad de niños muertos, todos en ellos tenían hijos o hermanitos fallecidos, y decían que se morían porque “Dios hay de querer.” Les planteé, yo soy español, tengo 15 hermanos y un montón de sobrinos, ninguno muerto, el Dr. de Córdoba, 8 hermanos y 5 hijos, todos vivos, ¿cómo es posible que el Dios de Sevilla o de Córdoba no quisiera niños muertos y el de Iruya sí? (Sacerdote- Técnico/ P.O)

Desde la cultura urbana, donde las condiciones de pobreza son tan distintas, desde contextos tan diferentes, sólo pueden traerse pre-juicios. Las capacidades de escuchar o aprender, poco frecuentes en personal preparado para indicar o prescribir, son las que permiten atravesarlos. Los profesionales que han permanecido varios años en Iruya, muestran reconocimiento y especial valoración de la población y cultura local.

“Tampoco teníamos problemas en compartir, las coplas, la feria de jubilados, los acontecimientos especiales – fiesta de la Virgen con la salida de los Cachis en octubre y la bajada del volcán en verano... todos grandes y chicos estábamos en el río, sentíamos el temblor de noche y quedábamos incomunicados, la mesa de las ofrendas para todos los Santos, la tijtíncha en San Juan, esta grandeza e imponencia de Iruya es incomparable. Una comunidad maravillosa, muy hospitalaria (en sentido de hospitalidad no del hospital) y con una calidez y riqueza cultural impresionante. Creo que la relación de la gente con el Hospital era muy buena. Incluso en mostrar sus cosas más íntimas” (Profesional/R.F)

“En todos estos años en Iruya, sólo recuerdo un robo: una computadora e impresora del colegio secundario. Generó gran revuelo por lo inesperado, fue motivo de cargadas a la policía que había cercado el lugar para sacar huellas y no tenían elementos para hacerlo”. “A las 24 hs el Comisario me trae un muchachito de una comunidad del interior para que lo revise, diciéndome que era el ladrón. Habían averiguado quienes tenían antecedentes por robo, en el pueblo eran dos personas y en la casa de una de ellas, encontraron todo lo robado, lo soltaron enseguida”. “Al año, me lo traen golpeado: una fuerte tormenta había volteado la pieza y el parapeto le había caído encima”...”Ante mi interrogatorio extrañado porque el resto de la familia no tenía nada, el padre una bella persona a quien conocía de mucho tiempo me explicó:- Lo tenía encerrado por haber robado, nos avergonzó a toda la familia”.(Profesional/ T.T)

En las reuniones pre-rondas, sobresalen referencias con asignación de responsabilidades y culpas a la manera de vivir de la gente, distinta a lo que prescriben los servicios sanitarios. Si bien se habla de problemas sociales y económicos, en la lectura del fracaso de los indicadores, la responsabilidad es individual y de los otros: ignorancia, pasividad, descuido de su vida, “bajo nivel de alarma” de la población.

“La gente de aquí no le da valor a su vida, priorizan el cuidado de las ovejas a la atención de los hijos”. “Les falta nivel de alarma, llegan siempre tarde”...” no quieren ser derivados a Salta, se dejan morir...son fatalistas no se mueven para preservar su salud o la de sus hijos”. “Están esperando que todo les den”. “La ignorancia y analfabetismo son los mayores obstáculos a nuestra tarea educativa” “no le dan importancia a su salud”, “dejan desnutrir a sus hijos para recibir ayudas”. (Actas reuniones pre-ronda)

Simultáneamente aparecen miradas sobre la necesidad de entender formas diferentes de comunicarse, y la necesidad de escucharlas, la importancia de apertura y cambios, donde asumen responsabilidades el personal o el Gobierno.

“Vino en una oportunidad el padre de un enfermero que traía naranjas del monte, de la zona cercana a Orán. Mi mujer lo hizo pasar para recibirle las frutas, y como se sentó en el suelo, lo invité con un té. Después de casi una hora donde ella habló, y él casi ni dijo palabras, se levantó agradeció y dijo, “bueno ya la he visitado, será hasta el próximo mes”. Desde entonces en varias oportunidades la visitó en iguales términos: Se sentaba en cuclillas y escuchaba sin decir palabra” (Profesional /T.T)

“Tuve que aprender a ver las cosas desde el punto de vista de ellos ¿qué me quieren decir? ¿Cómo podía influir en su modo de vida, el aislamiento, la falta de recursos, el olvido total de los gobiernos?”. “La experiencia de Iruya me cambió la vida, conocí allí APS, fue un aprendizaje permanente y constante, los dos primeros años los más difíciles, no conocía nada de ese trabajo, de la gente no la entendía, experiencia muy fuerte de aprender sin que nadie te enseñe, .autodidacta, lo más

importante fue la referencia del trabajo del equipo que dieron forma los que estuvieron antes, transcendía lo estrictamente sanitario, se hacía social, tocaba la vida cotidiana. Íbamos a quedarnos 2 años, después ya nos habíamos adaptado, teníamos amigos, entendíamos a la gente, y en algunos aspectos podíamos darles respuesta.. el apoyo de la iglesia católica, del padre que nos acompañaba en todas las salidas al interior... no era para nada fácil el trabajo, integrado con la Iglesia mucho mejor. Hubo integración entre familia y hospital, lo difícil fue un período solo como médico, .la geografía es muy adversa y difícil, y el hecho de tener que darte cuenta que no te sirven muchas cosas de la formación profesional, tener que descifrar el lenguaje local, lo que más necesitas es capacidad de escuchar, si seguía con mi versito no iba a llegar muy lejos” Vi como importante documentar para revalorizar muchos conocimientos que lo cotidiano no dejaba, darle valor a la palabra del otro, encontrar una nueva ubicación en lo social, independiente de lo sanitario... nos esforzamos por mantener relaciones cordiales en la medida de lo posible...si salías a las comunidades y escuchabas a la gente no había problemas .. te confiaban...La cercanía con la gente fue por las salidas al interior...esa fue la mejor medida. Problemas con la gente, nunca... los disgustos, solo por la falta de compañerismo de algunos profesionales que se comprometían en salidas al interior, y después no las hacían” (Profesional /R.R)

También se puede marcar el cambio, que el programa ha constatado en la representación y reconocimiento de sí mismos, que han tenido los pobladores.

En el Formulario N° 1 para cada familia, en el apartado donde se marca si se identifican con cultura o raza particular, en 1978 nadie se consideraba colla. En 2008 el 96% se identifica como tal. Si bien hay varios hechos que co-ayudaron a este cambio, no deja de llamar la atención el ocultamiento inicial de su identidad.

“Al llegar a Iruya, si bien uno veía a las personas con vestimentas y costumbres diferentes, Nunca se nombraban o identificaban como collas. Esto comenzó a cambiar en la década del 90, después de la reforma de la Constitución y el proceso de consulta posterior que abrió la Secretaría de Desarrollo Social de Nación, el PPI²⁰⁴; la aparición y llegada de ofrecimientos de financiamiento de proyectos a “pueblos originarios” beneficiarios privilegiados de créditos internacionales en esa década, y sin duda también como fruto del trabajo de promoción humana y animadores comunitarios que por 25 años llevo a cabo la diócesis de Humahuaca a través de OCLADE”. “En los comienzos la gente participaba en organizaciones, pero siempre dependiendo de otros “de afuera” quienes decidían y manejaban los fondos. Esto comenzó a cambiar a partir de que las personerías aborígenes que les permitía abrir cuentas bancarias, gestionar proyectos, recibir y manejar ellos los fondos “(Profesional /T.T).

“Las formas jurídicas que existían antes de la Constitución de 1994, la asociación civil, fundaciones o cooperativas, eran complicadas de gestionar y sostener por los requisitos burocráticos que demandaban. Tuvimos varios fracasos en la organización de cooperativas previas – lanera, de artesanos etc.-. Por eso el trámite de la personería aborígena vino a simplificar mucho esas exigencias, a la par que fortalecer y permitir se expresara la identidad por años oculta.” (Sacerdote- Técnico / P. O)

Con los cambios en el auto-reconocimiento y valoración de su identidad originaria, comienzan en el personal no profesional, representaciones y nominaciones referidas a fortalezas, recursos y valores culturales, algo del pasado perdido, e importante de recuperar.

“Lo que sabíamos comer era rico en hierro, la chanfaina, la quinoa²⁰⁵, ahora todo es fideo y arroz. Antes ordeñábamos las cabras, ahora si no nos dan leche en polvo, no toman” “Los niños se desnutren porque se perdieron recursos de nuestra cultura”, “antes sabíamos, teníamos” (Actas reuniones pre- ronda)

Todo ocurre como si el servicio sanitario y los profesionales que lo conducían, en los primeros tiempos, no hubiera imaginado ni percibido pautas culturales sobre salud y enfermedad distintas de las propias. Sólo despertaban curiosidad algunas costumbres consideradas minoritarias y en extinción, y que además, había que lograr cambiar ya que podían ser causa de enfermedades o muerte evitables.

²⁰⁴ Programa de Participación de Pueblos Indígenas, programa de consulta en grupos focales que implementó la Secretaría de Desarrollo Social de la Nación a posteriori de la reforma constitucional, para relevar expectativas y necesidades.

²⁰⁵ “Chanfaina”: comida local, una especie de morcilla, preparada con sangre y arroz. “Quinoa” grano que se cultiva en la altura. Ambos son alimentos con alto valor de proteínas,

Para la población había dolencias o enfermedades que siempre se habían tratado en otros espacios y por otras personas, y con las cuales el hospital no tenía nada que hacer. Y en el medio, el personal no profesional dependiente de las “metas de los profesionales”, repetían indicaciones ajenas, pero vivían de modo diferente del que prescribían.

“La gente sabe, esto es para el médico particular no para el hospital, o al revés”. “Prueban y si no les sirve el hospital, vuelven al curandero”. (Actas reuniones pre-ronda)

“Cuando yo he venido, no había gente de la ciudad. Los médicos que eran de afuera preguntaban como se hace, no iban al interior. Aceptaban lo que la gente decía del “mal aire”, “la pilladura”, lo tomaban a la chacota se reían entre ellos. Nosotros le decíamos que son cosas de aquí. Llevan ese estilo, les decíamos y aceptaban. No había problemas. Cuando ataban a los chicos los médicos preguntaban porqué, nada más. Ahora ya no los atan más. Ni “quepi”²⁰⁶ ya usan, los médicos eran distintos, pero no hemos tenido problemas con ellos” (Enfermera /N.P)

Después de dos años de trabajo, algunos indicadores mostraron que había prescripciones del hospital que no eran aceptadas por la población. En realidad, fueron las contradicciones del mismo personal local, lo que advirtió que algo no previsto pasaba.

“Al llegar a Iruya, desde mi formación como pediatra, lo que más me impresionó fue la alta mortalidad infantil, en ese entonces era la misma que la de varios países de África. La primera lectura de los hechos, la explicaba por malas condiciones en que se atendía el parto, los niños se morían, entonces todo el esfuerzo propio y del personal que dependía del hospital, fue trabajar por lograr el parto hospitalario. Pensamos que el problema era la falta de cercanía del Hospital, por eso del cartel que había en la puerta y nos esforzamos por eliminar barreras, facilitábamos cualquier cosa con tal que las mujeres vinieran a tener familia al hospital. Como único médico no salía a Salta para que la gente supiera que siempre había quién la atendería, etc, etc. A los 3 años el porcentaje de partos no era superior al 20%, y los chicos se seguían muriendo. Me empezó a preocupar cuando las esposas de los agentes sanitarios no venían a tener sus niños al hospital. Ello fue motivo de una reunión entre todos”...“Uno de ellos dio como razón el mal trato o falta de respeto por parte de un médico que estuvo poco tiempo, que había atendido el parto de su Sra, y como se quería ir a Salta, sin darle explicación alguna la cargó en la ambulancia. Ella golpeaba las ventanas, era una camioneta con cúpula y se despertó después de una cesárea en Humahuaca. En esa reunión de análisis aparecieron muchos datos interesantes, entre ellos, quien atendía los partos en las comunidades, la figura de los “parteros empíricos”. Tres años después de estar allí, nos dábamos con que la mayoría de los partos los atendían personas cuya existencia desconocíamos”.

“En 1981, los convocamos a unos encuentros, con la consigna de que ellos contaran cómo atendían los partos y porqué, y nosotros daríamos cuenta de cómo lo hacíamos. Fueron varios encuentros con muchos aprendizajes, el más importante por el que siempre nos lamentaremos de no haber tenido con que filmarlos, era el contraste entre dos modos muy distintos de atenderlos. Ellos se instalaban en la casa de la parturienta, cocinaban y daban de comer a sus hijos, su preocupación era la madre, el parto “en cuclillas”, en una atención integral de la situación, desconocían de técnicas de higiene y reanimación de recién nacidos. Nosotros preocupados por la asepsia, higiene, en una incómoda camilla, preocupados por el niño, pero desconociendo las condiciones que rodeaban el parto, lejos de su casa y familia”.

“En un taller, preguntamos sobre cual era el bichito más pequeño que conocían, y nos refirieron que la pulga. Les hicimos buscar el agua más pura y mirarla a través del microscopio. Meses después en una comunidad a la que llegue para dar una charla sobre agua potable, la partera me dijo,- Ud atiende, yo doy la clase. Sorprendido escuchaba diciéndole a su comunidad hay que hervir el agua, porque nosotros no vemos, pero el Dr tiene un aparato donde los bichitos van de aquí para allá moviéndose en el agua. Yo los he visto con mis propios ojos!”

“Después de esos encuentros, equipamos a los parteros con maletines con elementos que esterilizábamos, ellos derivaban más partos que los agentes sanitarios, y en alguna oportunidad ante autoridades del Ministerio, decían: trabajamos en equipo con el Hospital, nosotros derivamos cuando no sabemos, y ellos nos derivan cuando no saben!” (Profesional ITT)

Con los años algunas prácticas del servicio parecen haber incorporado una representación diferente de la población. La presencia de organizaciones propias desde hace una década, la fuerza y visibilidad pública que ha adquirido la identidad de los pueblos originarios, dan cuenta de otra consideración de ellos; aunque no hayan cambiado sustancialmente reglas o prácticas de expresión y participación de esas organizaciones en el servicio.

²⁰⁶ “Quepido”: Costumbre de llevar a los niños en las espaldas de la madre.

“Ahora el médico dice algunas palabras en quichua, debe ser porque le han dicho que las organizaciones aborígenes se ha quejado de su trato a la gente”. “El médico hasta se dice colla, pero no respeta cultura ni el modo de ser de nosotros”... “Ya no hay espacios de participación interactiva, porque suspendió el CTA”. “La gente se nos queja en las visitas, y no va al hospital más que cuando no da más”. (Talleres grupales, junio 2009)

b) Relaciones entre personal de los servicios y la población

La Estación Sanitaria y los escasos puestos sanitarios iniciales, sin demasiado personal o actividades, funcionaba como lugar donde el médico o enfermeros atendían a quiénes allí concurrían ocasionalmente. Y se requería para ser atendido, sin que nadie cuestionara “lavarse los pies en el grifo público de la esquina”. No había más de 90 consultas mensuales.

Las visitas domiciliarias habrán despertado curiosidad, pero nunca fueron rechazadas. Hoy la población las ha aceptado como parte habitual de su vida, fundamentalmente como acompañamiento, encuentro y visita en la soledad y aislamiento en que viven.

“No puede dejar de pensar en mi niñez sin recordar cómo esperábamos y lo importante que era para toda la familia, la visita de agente sanitario” (Pobladora I.T.C)²⁰⁷.

El A.S. es alguien a quien se extraña o reclama en presencia cuando no llega; inscripto en la memoria de muchos jóvenes de hoy, como de los pocos contactos o visitas que tenía su familia, pero también valorado por lo que significan sus “consejos”.

Los ancianos tienen conciencia de que la visita de los A.S. prioriza a las familias con niños pequeños y embarazadas, y aunque piensan que podrían tenerlos más en cuenta, a nadie se les ocurriría demandar que el programa incluya actividades para sus dolencias.

“Los agentes sanitarios siempre me visitan, siempre me hablan, siempre han sido buenos, con todos, conmigo, yo creo que es muy útil su trabajo, enseñan mucho, la L.L. me habla un montón, yo tengo chicas grandes y ella les habla y explica, para mí es muy importante, yo me siento con ella a charlar. Cuando pasan sin visitar un mes cuando vienen ya les digo “yo he pensado que se han olvidado... siempre vienen... los otros días vino con una ginecóloga, una Dra que estaba de paso, a explicarles a las chicas como hay que cuidarse, del DIU, del papanicolao”. “Ellos han servido para cuidarse, no tener tanta familia, para no tener la varicela, el sarampión y a no se ve antes se hablaba de eso, ahora ya no se ve que no hay deben estar prevenidos por hospital, es mejor...” (Pobladora I.J.D)

“Los agentes sanitarios vienen a veces, casual, no vienen todos los meses, a otros pueden ser que vayan a ver porque esos tendrán familia, nosotros no tenemos, a los mejor por eso no sabrán venir, eso hay de ser, casi de dos meses...” (Poblador/ E.C)

Los talleres y espacios de capacitación o educación sanitaria, siempre cuentan con asistentes, mujeres, niños, ancianos y algunos hombres. Aunque no interese o entiendan mucho lo que allí se diga, o no crean que los comprometa con ningún cambio, no dejan de concurrir.

La población ha ido aceptando progresivamente al hospital y sus prestaciones. El creciente aumento de consultas por habitante, partos hospitalarios, etc. dan cuenta de ello. También hay datos cuantitativos que refieren que, cuando el hospital o su personal por alguna razón no satisfacen a la población, ella deja de concurrir y disminuyen las consultas²⁰⁸. Y por el contrario cuando se respeta o incluyen sus modos y pautas culturales, mejora el acercamiento de la gente al hospital, como lo refieren las actividades relacionadas con el parto hospitalario.

El mayor reconocimiento hacia el hospital fue inicialmente el impacto en las enfermedades infecciosas, la efectividad de vacunas y la efectividad de su ayuda en emergencias y accidentes, aunque hubiera después resistencia a derivaciones a otros hospitales y lugares.

“Antes los médicos no descubrían nada, ni salían, cuando vino el Dr. y se hizo la campaña tan grande por la cantidad de sífilis, la gente se sorprendió y andaba asustada, había muchos casos, chicos, jóvenes, de ahí la gente empezó a darle importancia a las enfermedades del hospital, allí sentí que han cambiado las cosas. “” A mí antes me tocó ver tantas enfermedades tétanos, tos convulsa, difteria, les daba a los de adentro, aquí en el pueblo estábamos vacunados, a los de la campaña les daba”. “Cuando vino el Dr. y ya se quedaron, salían al campo, se puso en su lugar el hospital,

²⁰⁷ Cruz, Teresa, esposa del intendente en ocasión de un asado comunitario en Iruya

²⁰⁸ Consta en actas del Hospital, sobre consultas febrero /03, en oportunidad de un serio conflicto con la Gerencia, con tres profesionales, hubo la mitad de consultas externas promedio mensuales, por haber salido de licencia el médico en que confiaban.

trabajábamos lindo, aprendíamos mucho". "Antes la gente tenían mucho recelo, eran tímidos... ahora no tanto"... "Antes cuando los internaban lloraban, ahora no, se defienden, hablan" (Enfermera /NP)

En las entrevistas donde se solicitan propuestas o mejoras para el hospital, o que refieran si tuvieron problemas con el servicio, la mayoría no refiere ninguno, y contrariamente a lo que hubiéramos esperado, lo atribuyen a que ellos han sido siempre respetuosos.

"No hemos tenido problemas con el hospital..." "Como los de aquí sabemos ser, respetuosos... mi finada mamá me mandaba a comprar y me decía, cuando encuentres un gente, Ud paréese, piecitos juntitos, con la manos así (juntas asentadas sobre el pecho) y saquéese el sombrero, luego salude (con tono humilde y de niño) "Buen día señorai". Cobarde éramos... Ahora digo yo, los jóvenes de ahora como estarán encontrando un burro, la gente de antes éramos respetuosos" (Poblador/ EC)

Las quejas de la población, muy pocas veces se han expresado por canales formales o espacios, cuando estos funcionaron – el Consejo Asesor, buzón de quejas²⁰⁹- sino por fuera, en la calle, en comentarios personales o corrillos hacia personas de más confianza.

"Ante un atropello casi nunca lo reclaman al interesado, puede ser que borrachos digan algo; hablan o comentan en privado, entre vecinos, lo cuentan a otra autoridad. O en realidad la actitud más común es que se retiran. La escuela del pueblo ha crecido a costa de muchas del interior, donde los docentes son pocos y faltan mucho. No se quejan de los incumplimientos de los docentes, sacan los chicos y los mandan solos o con familiares al pueblo".(Talleres grupales, junio 2009)

"Es común como comentario cuando vuelvo de visita". "Desde que Ud no está no voy al hospital salvo que no dé mas". "Siempre han aguantado mucho más de lo imaginable: docentes que por meses daban clases 10 días al mes y cerraban la escuela; o comían ellos muy bien con fondos del comedor y les daban migajas a los niños; o profesionales que los echaban por "sucios". Cuestiones sufridas y comentadas entre corrillos por mucho tiempo, que nunca las hablaban con el interesado, sino que, después de mucho aguante, se animaban a hacer una nota de reclamo o denuncia a las autoridades de Salta". "A los docentes más que a los médicos, muy pocas veces a los políticos, nunca a los curas" (Profesional /T.T)

Desde los parajes del interior, llegan ocasionalmente notas con firmas de varios pobladores que piden cambios del enfermero o A.S. Ante ello generalmente algún profesional concurría, y en reunión comunitaria trataba de encontrar una alternativa que tuviera en cuenta a todos. Llegado el caso, se trataba en Consejo Técnico, ante la alternativa de tener que cambiar algún personal. En otros períodos cuando no funcionan espacios de participación, esto era decisión del director/gerente. Las escasas quejas han sido siempre relacionadas con el trato de algún enfermero o A.S. En rarísimas oportunidades sobre profesionales, o demandando otro funcionamiento y organización del servicio.

"Cuando no los atienden bien la gente deja de venir al hospital, ponen excusas pero no vienen" "Cuando les preguntamos a la gente porqué no vienen, decían - Tenemos que venir de lejos, nosotros tenemos que venir más alimentados, más higienizados"... "Nos preguntaban a nosotros ¿estará bueno ese doctor para atender?". "De la gente con los enfermeros de afuera no hubo problemas, venía con confianza a vernos, no se porqué pero la gente de aquí cree más en la gente de afuera, a mí me respetaban mucho. Si hay problemas en el Hospital, no van a discutir, la gente es calladita, no va hablar, si se llega a quejar no se queja con los médicos, se quejan contándose entre ellos, algunos se quejan con el enfermero. No se de qué vendrá eso... será porque algunos dicen que no vale la pena quejarse si los profesionales se van pronto. Se va uno y viene otro, se van y no vuelven más". (Enfermera/NP)

En registros de las reuniones del Consejo Asesor Sanitario en las épocas en que funcionó, consta una actitud de escucha y aceptación de los referentes comunitarios e institucionales, casi nunca cuestionamientos o propuestas de modificación sobre los servicios brindados. Jamás en el sentido de inclusión o reconocimientos de sus pautas culturales, cambios de funcionamiento o ampliación de servicios.

"Pueden pensar y necesitar que profesionales salgan a atender en Puestos Sanitarios del interior, pero no lo pedirán públicamente.". "Se quejan del médico, que no los revisa, que les grita, que los

²⁰⁹ Buzón establecido como obligatorio por norma de Carta de Servicios, señalada en anexo.

trata de sucios o hace de menos, nosotros les decimos que presenten notas, no se animan a hacerlo". (Actas reuniones pre-ronda)

"En una oportunidad había una profesional de las que me llegaban a la parroquia mil quejas, vinieron del Ministerio, pero nadie se puso hablar con la gente.. sólo reúnen al personal, pero nadie, en presencia del interesado, dirá nada". "Me tomé la molestia en la parroquia de citar uno por uno a varios pobladores quienes me fueron contando barbaridades de experiencias que habían tenido con esa profesional". "Eso lo elevé al Ministerio, pero esa no era mi función sino la de ellos" (Sacerdote-Técnico/ P.O)

"En los últimos años, y como caso único y excepcional, una paciente reclamó verbalmente a gritos primero, y luego hizo una denuncia policial porque no la había querido atender. Estaba como único médico, llevaba todo el día atendiendo solo, y me negué a asistirle en un problema que no era de urgencia." "Era secretaria de un político en contexto de un conflicto y tensión política partidaria que vivía el hospital" "Fue la única vez en años" (Profesional /T.T)

En la última etapa en que el Gobierno exigió que todas las reparticiones elaboraran su carta de servicios y buzones de quejas, en 6 años, sólo aparecieron cuatro notas, con alguna cuestión puntual sobre maltrato de personal, y siempre sin firma. Las expresiones de quejas de la población, han pasado fundamentalmente por faltas de respeto, su sensibilidad a ser retado, ser tratados con desprecio, burla o asco.

"En el hospital siempre nos trataban bien cuando nos presentábamos. El(nombró un médico) me ha retado, cuando le dije que me haga la receta con otra fecha, de pasado mañana. Me dijo "Ud. no me va a venir a ordenar aquí". Yo le dije que otros doctores me hacían así porque se vencen". "Ambos tenemos que respetarnos, ellos deben respetar los pacientes atenderlos con paciencia, no "rigoriarlos"²¹⁰", muchas veces los reprenden y eso le hace peor al enfermo". "Cuando se quemó mi mujer no la podíamos poner en la camilla, no se dejaba tocar, casi nos despeñamos trayéndola de arriba en camilla, paramos 10 días en el Hospital ahí no nos daban nada, entonces le reclamé al médico, y me dijo, qué le vamos a dar si no tiene nada". Yo le he dicho - sino tuviera nada de ganas no habíamos de venir". "Fuimos a Jujuy tres veces, después a Salta dos veces, allí le sacaron lo que tenía y nos han dicho que esto era epilepsia, que su madre o padre habrán tenido ese mal, me trataron bien, comida y cama al lado me dieron , todo dos meses" (Poblador /EC)

"El hospital en una emergencia era muy bueno, adonde nos amargábamos un poco cuando alguno se burlaba de mí, había un tiempo que eso nos ha pasado con FZ (nombró un enfermero), le decíamos cómo podemos cuidarnos (tiene 11 hijos) y él nos contestaba -despachalo al marido al cerro- Me parece que no somos animales no puede hablar estas cosas. Con los agentes sanitarios no hubo problemas, hay algunos que dice que del hospital lo despachan para aquí, para la comunidad y no los sanan, no les "sacan" nada, ninguna cosa. Unos los mandan conmigo, otros me ven un poquito mal, dicen - quien es él que no ha estudiado nada ". "Me cuenta la gente, ellos no me dicen nada" (Poblador / M.M²¹¹)

Interviene la sra: -"Cuando nosotros íbamos al tabaco, volvíamos con el calor, las moscas, los chicos con diarrea así veníamos y F Z quien nos decía – no vayas a traer cólera, y contagiar todo el hospital". "Uno no se quejaba, verdaderamente uno se quedaba callado, no hemos hablado el Dr. en esa época, no daba respuesta, lo apoyaba". (Pobladora/ RM)

Los relatos también refieren que la población distingue experiencias y valora una atención de buena calidad, refiriendo como carencia la ausencia de un buen examen clínico, la lectura de la historia clínica o capacidad de los profesionales de escucharlos y darles respuestas sobre lo que saben.

"Ese Dr no tomaba atención, no nos daba importancia, el otro no nos revisa cuando vamos .preguntan - ¿Te duele? ¿Qué sentís?-. Nada más que eso. Para eso tienen aparatos, tienen que ponerse a revisar". "En la planilla que asientan cuando revisan ponía que todo estaba bien y el Dr me encontró cáncer avanzado. No comía, estaba totalmente decaído, ni dormía". "Ya no tenía ni sangre, calentando con el calefón me sacaron sangre" (Pobladora/R.M).

"Antes en los comienzos la atención era buena, los primeros médicos que tuvimos permanentes eran muy buenos, los primeros problemas fue con la enfermera AG, yo no me he dejado, ella ha tenido que cambiar yo me he tirado lindo con AG, me retó delante de toda la gente en el pasillo, cuando estaba internada, discutimos, nunca más me trató mal. La FC hace años, también era mala. El Dr...

²¹⁰ Proviene de rigor, término usado para decir que se lo trata duramente.

²¹¹ Entrevista (2009) poblador que es curandero o "médico particular" en Iruya.

me dice que no tengo nada, desde que se fue el Dr... no me han hecho más el electro, ni ningún estudio.” Tampoco me pidieron los que me hice. El Dr me dice que - su corazón esta bien, yo le dije Dr. yo me siento mal. No tu corazón está bien, lo tenís.” Le dije fijese en la historia, Ud. sabe tengo chagas, pero volvió a decir que esta bien y me largo así. En octubre me agarró un ataque, no me acuerdo de nada, cuando me di cuenta me estaban subiendo a la ambulancia...pero en el Hospital, de nuevo el Dr. me dice vos te vas a tu casa, yo me sentía mal, por eso. Yo ya no he vuelto, me compré en la farmacia la Dogoxina que me daba el Dr...y me he compuesto.” En noviembre volvía a caer de nuevo, fui y me atendió el otro Dr, más bien, me iba a controlar y al otro día me largó, más bien salí, pero ninguno me pide el electro, ni Rayos, ni nada, no me han dicho de la operación del pulmón, incluso yo les he dicho que me dolió esto (señalando el pecho y su cicatriz) no me ha revisado ninguno, no sabe que tengo la herida.” Yo le pedí un chequeo, y le pregunté que puedo hacer, me dijo que tenía que ir a un cardiólogo y ginecólogo a Salta y así me dijo, me cito pero ya no fui, de mi operación no sabe, no se si lee la historia clínica, ahí debe estar.” Eso me pongo a pensar, desde que me operaron de” las bolsas de agua ²¹² me duelen huesos, tengo que dormir de costado... me despierto como si me hubiere golpeado... todo les he contado al médico y me dicen que estoy bien, me dan calcio e ibuprofeno”. (Pobladora /JD)

c) Reclamos y acciones colectivas

Las quejas, demandas o resistencias abiertas en forma individual han sido escasas o limitadas a relaciones personales sobre el trato. En cuanto a demandas o acciones colectivas, desde memoria del personal y registros de entrevistas, hemos sistematizado para el período estudiado las siguientes:

- 1980: A los dos años de iniciado el programa de APS, ante la propuesta de que se hicieran letrinas para la disposición sanitaria de excretas, aparece una “queja comunitaria” en el paraje de Colanzuli (parte de la Finca Santiago, propiedad de Patrón Costas), porque no podían realizar mejoras a sus tierras tales como acequias y tomas de agua, ya que eso encarecía el pago de sus arriendos. Fueron los inicios de movilización de esa comunidad, planteando el “no pago”, además de un largo proceso de organización y luchas por sus tierras, hasta lograr su expropiación 20 años después.
- 1981: Asamblea comunitaria en el pueblo de Iruya, donde los pobladores reclamaron al Intendente del proceso militar, oponiéndose al lugar elegido para la construcción y emplazamiento de la escuela primaria local, y por una inversión sin resultados del polideportivo local. Significó denuncias por subversión y persecuciones hacia personal del hospital, presente en la asamblea.
- 1983: Reclamos de pobladores del paraje Pueblo Viejo, contra una docente que no daba clases por muchos días, motivando la presencia de autoridades del Consejo de Educación.
- 1984: Marcha en el pueblo ante la decisión del Gobierno democrático de sacar del pueblo al médico, motivando presencia de autoridades del Ministerio de Salud Pública, y una asamblea con presencia de representantes de todos los Consejos de salud y comunidades del interior.²¹³
- 1986: Conformación de la Cooperativa Arvejera de Colanzuli, primera en ese tipo, en función de haberse aprobado un proyecto con financiamiento de la IAF (Inter American Foundation), base de la organización y posterior personería jurídica del Centro Colla de Finca Santiago.
- 1988: Movilización a la Legislatura de Salta de pobladores de San Andrés y Naranjito, collas de las yungas de Orán, pidiendo por la entrega de sus tierras y de la que participaron pobladores de Iruya,
- 1988-1989: Gestiones de pobladores de Colanzuli para conseguir la propiedad de sus tierras, ofreciendo hasta una compra en especies²¹⁴ de la Finca Santiago.
- 1995: Después de haberse aprobado en la Cámara de legisladores de la Nación la expropiación de Finca Potrero, la misma es entregada en propiedad comunitaria al Centro Comunitario, primera organización local con personería de asociación civil.
- 1998 a 2000: Reuniones y reclamos de pobladores de varias comunidades del interior, por manejo de fondos de Cooperadora y malversaciones de fondos en construcciones de edificios escolares del Plan Social Educativo, especialmente sobre la escuela del pueblo de Iruya.
- 1999: Ocupación de la escuela y notas de pobladores de San Isidro contra la docente por maltrato a los alumnos, y por problemas en manejo de fondos del comedor escolar.

²¹² Forma en que los pacientes se refieren a la hidatidosis.

²¹³ Nota pobladores al Gobernador Roberto Romero, mayo de 1984.

²¹⁴ Se ofreció a la firma Quirós y Manero, administradores de las tierras, el pago en papas y arvejas. Negociaciones en las que acompañó personal del Hospital y de la Diócesis de Humahuaca

- 2000: Cabildo Abierto el 25 de mayo, organizado por la Escuela primaria del pueblo cabecera, y de la que participaron todas las instituciones de Iruya con múltiples reclamos y la presencia de medios de prensa e impacto en medios nacionales. A consecuencia de ello se consigue que una Cooperativa telefónica de Pinamar concorra a instalar Internet en el Colegio Secundario.
- 2002: Ocupaciones, asambleas y notas de pobladores de Abra de Araguayoc, Pueblo Viejo y Colanzuli, por quejas contra docentes y manejo de fondos de cooperadora.
- 2003: Quejas ante autoridades políticas e institucionales, por el maltrato de un matrimonio de profesionales del hospital hacia la población.
- 1999 a 2004: Varias movilizaciones, trámites y demandas de pobladores de diferentes rodeos del interior en reclamo y gestión de reconocimiento de personería jurídica como comunidades aborígenes en Rodeo Colorado, Valle Delgado, La Mesada, Higuera, Capillas.
- 2005: Notas en la radio y asamblea en la escuela primaria por epidemia de hepatitis y reclamo al Ministerio y autoridades políticas, por carencias de recursos y de apoyo al Hospital local.²¹⁵
- 2006: Varias acciones colectivas y notas en medios públicos de Salta, reclamando por maltrato a una adolescente embarazada, contra el médico que la había atendido. Simultáneamente notas y asamblea en el pueblo, con autoridades del Ministerio en contra de la decisión de trasladar a otro profesional.²¹⁶
- 2008: Marcha de organizaciones aborígenes y sentada en la Casa de Gobierno de Salta, en demanda de propiedad de tierras.

La frecuencia de acciones colectivas muestra clara relación, con la aparición de organizaciones propias sobre todo a partir de la Constitución de 1994.

No significa que antes no hubiera problemas, reclamos, sentido de comunidad y organización o funciones internas claramente respetadas. Tal el caso de rezadores, curanderos, jueces de aguas, parteros etc. Sólo que, ni los problemas ni sus organizaciones se daban a conocer de manera pública.

Las salidas de la población a los ingenios, dejando a la mayoría de las comunidades con pocos hombres durante 8 meses al año, también tuvo incidencia en ello. En las comunidades del interior durante esos meses, las mujeres nunca decidían solas.

“En las primeras reuniones comunitarias en las que participábamos para organizar puestos sanitarios o capillas, debíamos esperar que volvieran los hombres del ingenio, porque si no las mujeres no opinaban ni decidían” (Sacerdote -Técnico /P.O)

El formato más común de la protesta, fue el de reuniones comunitarias, notas de reclamos y asambleas de pobladores. En pocas oportunidades se organizaron movilizaciones a Salta. Sólo en los últimos años, se animaron a acudir a medios de comunicación masiva. En general el proceso es hacer notas a Salta, viaje de algunos dirigentes hacia esa ciudad, con grandes costos y esfuerzos, y asambleas o ocupaciones pacíficas cuando no respondían a las notas por mucho tiempo.

Ningún poblador de Iruya, participó de los movimientos piqueteros o cortes de ruta ni en la zona de los ingenios cuando cerraron en la década del 90, ni en Jujuy cuando los graves cortes de ruta de 1997; ni de la marcha por la dignidad en la puna, o reclamos por más planes sociales. Aunque hayan sido esas acciones cercanas geográficamente, de familiares y amigos con los mismos problemas.

Si bien la mayoría de las familias quedó fuera de los planes de empleo transitorio, a pesar de estar en condiciones de ser incluidos, nunca hubo ninguna acción de protesta o demanda por ello. Al momento de comienzo del Programa Jefes y Jefas de Hogar (JJDH), el 75% de las familias no percibían ningún ingreso monetario estable. Estaban en condiciones de ser incluidos como beneficiarios - tener hijos menores de 18 años, y no contar con ingresos económicos - un total 680 familias. El máximo de beneficiarios, fue en noviembre de 2002, sólo 192 familias²¹⁷, y nunca hubo acción de protesta o demanda por ello.

Aparece muy insistente en relatos personales el sentimiento de desvalorización propio de quien no maneja letras, palabras, leyes o derechos y experiencias de engaños:

²¹⁵ Notas periodísticas Diarios y Radio Salta. Mayo 2005.

²¹⁶ Notas de pobladores a Ministro Díaz Legaspe, mayo 2005.

²¹⁷ Torres, Alicia (2008) “Programa jefes y jefas de hogar en Iruya” Monografía del Seminario de “Políticas Sociales Comparadas”. Maestría de Políticas Sociales Universidad Nacional de Salta

“Somos como animalitos por no saber leer y escribir bien, cualquiera nos engaña, por eso nosotros hacemos cualquier esfuerzo por tener escuela en el lugar, aunque el maestro no sirva. No queremos que nuestros hijos sufran como sufrimos nosotros, por no sabernos defenderse”²¹⁸

El tema más frecuente de reclamos es, sin lugar a dudas la propiedad de sus tierras, el que mayor sensibilidad y temores generan, y al mismo tiempo, el que más los moviliza y afecta colectivamente.

“Es al único reclamo que, aunque sea de comunidades vecinas – San Andrés, Nazareno, Santa Victoria- les ha movilizado desde los primeros años, y los sigue movilizándolo a dejar sus rodeos y realizar viajes y estadías con muchos costos familiares y económicos”. “Cuando fui diputado en 1988, y conociendo el problema de las tierras, lo primero que hice fue presentar el proyecto de expropiación de las dos fincas más grandes, Santiago y Potrero. Al principio tuve muchas contra de pobladores de San Isidro diciendo que quería quedarme con las tierras, o que eso les iba a significar más pago de impuestos”. “Los mismos que 8 años después, cuando ya no vivía en Iruya lo agradecieron”. (Profesional/T.T)

Gumersindo Choque primer presidente del Centro de Finca Potrero en 1995, festejando la entrega en propiedad de las tierras, dirigió una carta al Diputado provincial que había presentado el proyecto original de expropiación. En el momento de su presentación en 1988, algunos pobladores de San Isidro se habían opuesto aduciendo entre otras cosas, que les iba a significar pago de impuestos.

“Queremos compartir con Ud. esta alegría y agradecerle que nos haya abierto los ojos. También le pedimos perdón por no haberlo comprendido ni haberlo acompañado, nos han engañado muchas veces”. “No sabemos argumentar ante los que han estudiado, no tenemos conocimientos para hacerlo”²¹⁹

En todo este tiempo como acciones colectivas y reclamos en relación con el hospital o su personal, hubo dos asambleas y movilizaciones públicas en el pueblo, en 1984 y 2006, demandando la presencia de autoridades del Ministerio, y en ambas oportunidades, en reclamo de la permanencia de un profesional.

También existieron dos movilizaciones, en rechazo de profesionales: en 2003, una resistencia no expresada públicamente, sino de manera individual ante referentes políticos e institucionales, quejándose por mala atención y abierto menosprecio.²²⁰ Y en 2006, otra acción de grupos de mujeres y docentes, llegando a medios de prensa provincial, en contra de un médico en un grave caso de mala praxis hacia una adolescente embarazada.²²¹

Las demandas colectivas en salud siempre se inscribieron en cuestiones personales de profesionales, nunca como problemas o reclamos sobre condiciones del servicio.

“La gente aguanta de todo”. “Tiene que ser gravísimo para que se queje de los médicos” “Hubo médicos que no sólo no los revisaban o atendían bien, trataban a la gente de sucios, hacían abiertas demostraciones de malestar por el olor de la gente, o les reclamaban que no tienen que traer bolsos al hospital, porque no es un mercado”. “La gente los volvió locos, hartó a los políticos en su casa reclamándoles que hicieran algo por sacarlos”. “Con el apoyo de la Srta Bety (profesora del secundario) cuando el grupo de mujeres denunció en Salta a ese médico que vaya saber si es médico, que le cortó a la chica de Abra de Sauce, le hizo “episio”²²², sin que hubiera comenzado el trabajo de parto, la derivó a Humahuaca y la mandaron de vuelta a su comunidad sin que hubiera nacido el bebé. Del lío que se armó vinieron del Ministerio a llevar a la joven para que tuviera el parto en Salta, al médico gracias a Dios lo sacaron”. (Talleres grupales, junio 2009).

“Debo reconocer que en dos oportunidades la población se movilizó de una manera no común en ellos, para defender mi permanencia en el Hospital, en 1984 hubo una movilización por las calles del pueblo con una asamblea en la iglesia, allí lo que más me impresionó fue cuando un partero me defendió diciendo -nunca hemos tenido antes un médico que nos tratara sin asco”. “En el 2006 también en una reunión masiva con autoridades del Ministerio defendieron mi permanencia .En

²¹⁸ Torres, Alicia (1994) “Legitimación social de la escuela en valles andinos” Monitoreo estratégico OCLADE. Humahuaca.

²¹⁹ Carta de Gumersindo Choque a Tomás Torres. Abril 1995.

²²⁰ Notas a Revista Animadores. Junio 2003. Prelatura de Humahuaca.

²²¹ Notas de Comisión de la Mujer de la Universidad Nacional de Salta. 2006.

²²² Episiotomía, corte que facilita la salida del bebé, cuando ya está el parto en su etapa final. En esta oportunidad el médico la hizo, sin que hubiera comenzado el trabajo parto. Debí derivarla con hemorragia, en Humahuaca, la debieron suturar y mandar a la casa.

ambas oportunidades, por situaciones distintas no pude quedarme. Si la gente defiende a la persona, pero no defiende un modo de funcionamiento del hospital en que ellos tengan lugar, no sirve. El Ministerio no te saca, pero mandan Gerentes, otros profesionales, o políticos para hacerte la vida personal, familiar o laboral insostenible y forzándote a irte". (Profesional /T.T)

Como condiciones estructurales, oportunidades y amenazas que facilitaron la acción del reclamo, surgen la posibilidad de intercambios y reuniones con dirigentes de otras comunidades; la participación por mucho tiempo en talleres de capacitación y fundamentalmente, el apoyo de referentes institucionales (políticos, sacerdotes, etc.)

"Siempre consideramos que la mejor inversión era la realización de talleres, encuentros, por más que significaban grandes esfuerzos económicos, de movilización, horas de viaje y distancias, caminos precarios, caminatas por horas" "Las condiciones geográficas adversas impiden juntarse, cuando se juntan pueden analizar, compartir y animarse a actuar". "Si el cura, el médico, un político los apoya, se animan a reclamar, no tiene que ver tanto la magnitud de la injusticia, o el tiempo que lleva la misma, sino con saber que hay alguien con poder, que pueda hablar y apoyarlos". "Siempre se animan más las mujeres y quienes tienen menos que perder, poco se animan quienes tienen un empleo público, aunque sea permanente" (Sacerdote-Técnico/P.O).

Aunque no es tema del presente trabajo y no se ha requerido específicamente sobre el mismo, algunas referencias dan cuenta de escasas experiencias previas a la fecha de inicio de esta historia de los pobladores en relación con la política partidaria.

En 1978, aparecen con fuerza dos cuestiones: primero la fuerte identificación de la población con el peronismo; y luego el desconocimiento sobre el ejercicio de derechos cívicos.

"A nuestra llegada en 1978, en el más lejano y escondido ranchito de los cerros iruyanos, había fotos de Perón y Evita, y muchos reconocían ser peronistas, porque gracias a Perón vieron por primera vez dinero, antes les entregaba mercaderías o retenían el documento de zafra a zafra, para obligarlos a trabajar en ingenios." "Llegábamos a las comunidades en los primeros años con un médico que hacía su servicio militar en el hospital e iba vestido de militar, y la gente nos preguntaba si había elecciones!, la llegada de los gendarmes con las urnas les avisaba que había que votar" (Profesional /T.T)

En los recuerdos anteriores a 1983, las autoridades políticas por el departamento eran pobladores de Iruya que residían en Salta, o maestros y empleados públicos originarios de otros lugares de la provincia. Recién desde 1990 los legisladores por el Departamento comienzan a ser de manera permanente, pobladores locales.

Con el regreso de la democracia en 1983, era práctica aceptada que "votaran los documentos", no las personas. Los legisladores provinciales, solían ir a conocer Iruya después de haber sido electos. Para los pobladores todo ocurría como si las elecciones sólo significaran una oportunidad para conseguir algún beneficio a cambio del voto. No aparecían prácticas que dieran cuenta de que los políticos tuvieran otra función que la de intercambios clientelares previos a los comicios.

"Antes de las elecciones de octubre de 1983, se nos acercaban personas con bolsas de documentos, pidiendo que se los hiciéramos votar". "Desde el hospital quisimos dar un curso para explicar cómo se votaba y qué era el voto, fue el comienzo de una persecución política que le significó al médico tener que irse dos años después.". "El diputado por Iruya electo ese año fue un visitador médico de Munro-Bs As- que fue a conocer Iruya, después de haber sido elegido".(Sacerdote- Técnico/ P.O).

"Supe preguntar a un poblador porque volvía a votar por alguien que realmente se había despreocupado por ellos y me respondió - él me lleva a Salta en su camioneta. Yo le advertí que eso no debía comprar su voto, y me dijo - si Ud me da plata para que le compre cigarrillos, yo debo hacer eso, lo contrario sería traicionarlo". "Los políticos eran gente que venían antes de las elecciones y tienen que sacarle algo, porque después no los ven más". "Jamás dirá un iruyano por quien han votado, sería bueno mandar un encuestador a Iruya! nunca responderán y si responden, nunca sabrán por quien han votado verdaderamente!". (Profesional T/T).

Las posibilidades de ejercicio de ciudadanía tienen relación, además, con la ausencia, distancia y lejanía real del poder judicial, con todas sus reparticiones en Salta. Si no se aceptaban derivaciones en la ambulancia, por lo que las distancias implicaban, puede dimensionarse lo que significaba tener que viajar a Salta para trámites judiciales.

La única instancia local era el destacamento policial y un Juez de Paz lego que trabajaba "a voluntad", policías jubilados, sin ninguna instrucción jurídica y con "fuertes lazos e intereses locales".

“En una oportunidad vino una mujer quejándose de el Juez de Paz, había hecho un acta de divorcio, y no había puesto nada para que el marido le ayudara a mantener los 6 hijos. Cuando le pregunté porqué había hecho eso, me respondió que el hombre no tenía trabajo la mujer que quedaba con los hijos, tampoco lo tenía!” (Profesional/ T.T).

En historias clínicas del hospital a comienzos del siglo XXI, constan como razón para no realizar denuncias policiales, por severas agresiones o violencia familiar, el que después tendría que viajar a Salta y no tenían posibilidades para hacerlo. Esto originó en 2003 que desde el Hospital se elaborara un proyecto de proyección de derechos (el N° 42 de Anexo N° 6), con un fondo de recupero de pasajes para trámites judiciales. Recién desde 2004, llegan a Iruya las primeras y muy espaciadas visitas de Juzgados o Instructoras itinerantes.

CAPITULO IV

MEMORIAS DEL PRESENTE



“Fundación de las desapariciones

“Miles de muertos sin sepultura deambulan por la pampa argentina. Son los desaparecidos de la última dictadura militar. La dictadura de Videla aplicó en escala jamás vista la desaparición como arma de guerra. La aplicó, no la inventó.

Un siglo antes, el general Roca había utilizado contra los indios esta obra maestra de la crueldad, que obliga a cada muerto a morir varias veces y condena a sus seres queridos a volverse locos persiguiendo su sombra furtiva.

En la Argentina, como en toda América, los indios fueron los primeros desaparecidos. Desaparecieron antes de aparecer.

El General Roca llamó conquista del Desierto a su invasión de tierras indígenas.

La patagonia era un espacio vacío, un reino de la nada, habitado por nadie.

Y los indios siguieron desapareciendo después. Los que se sometieron y renunciaron a la tierra y todo, fueron llamados indios reducidos: reducidos hasta desaparecer.

Y los que no se sometieron, y fueron vencidos a balazos y sablazos, desaparecieron convertidos en números, muertos sin nombre en los partes militares.

Y sus hijos desaparecieron también: repartidos como botín de guerra, llamados con otros nombres, vaciados de memoria, esclavitos de los asesinos de sus padres”

Eduardo Galeano

“Espejos”

El análisis de nuestro caso, requiere contextualizar previamente llegada y relaciones del Estado con estos pueblos, y en particular antecedentes de intervenciones socio- sanitario sobre poblaciones rurales, espacio que ocupan fundamentalmente en nuestro país los pueblos originarios.

En el regreso para revisar la experiencia, surgió con fuerza una primera hipótesis: es imposible entender o hacer hoy, en cualquier campo, sin haberse aproximado a devenires anteriores. Como refiere Roberto Castel cuando explica la metamorfosis de la cuestión social:

*“El presente no es sólo contemporáneo, es también efecto de la herencia y la memoria de esta herencia nos es necesaria para comprender y obrar hoy”*²²³ (Castel, 1997:14)

A ningún cirujano se le ocurriría abrir un cuerpo humano, sin información básica de su historia clínica, grupo sanguíneo, estado cardíaco etc.; mala praxis inicial y generalizada de los profesionales que intervenimos en el campo social.

En el camino de regreso a Iruya, recuperando historias o miradas sobre el problema y contexto, hemos exclamado en varias oportunidades: *“porqué no supimos esto antes”, “a quién se le hubiera ocurrido hacer lo que hicimos”. “¡Aquí está clarito el porqué, de eso que no comprendíamos!”*

El posicionamiento elegido, obliga a una síntesis sobre devenires previos al año de inicio del proceso que analizamos, entendiendo al decir de Deleuze²²⁴ que, el devenir no es la historia, la historia designa sólo un conjunto de condiciones de las que hay que desprenderse para “devenir”, para crear algo nuevo.

Necesitamos situar nuestro caso, desde el centro y desde el margen. Desde investigaciones urbanas sobre la formación y gobierno en salud del estado argentino; y desde los saberes construidos localmente, sobre la consideración que recibieron los pueblos dueños de las tierras altas.

Oscar Oslak²²⁵ tiene el mérito de alterar la visión habitual sobre conformación del estado nacional: desde el estudio de personajes y hecho aislados, hacia el análisis del complejo entramado de intereses y aspectos que intervinieron; pasando por el largo y conflictivo proceso que demandó la organización de una instancia política que articulara las relaciones sociales con un aparato institucional.

En su investigación refiere que el Estado Argentino no fue el resultado de la voluntad de hombres predestinados, sino una azarosa combinación de fenómenos. La ruptura de la independencia no implicó el reemplazo automático de un estado colonial por uno nacional, como surge del imaginario que nos dejó la escuela sobre la guerra entre criollos y españoles.

Escasa población, en un extenso territorio con rutas intransitables; diversidad de regiones y caudillos que encabezaron locales movimientos emancipatorios; provincias como unidades políticas legadas por la colonia y previas al estado nacional; nula integración territorial y cultural, precariedad de mercados, configuraban, entre otras muchas características, un escenario conflictivo y difícil para el desarrollo de los atributos que precisa un estado.

Eso exige como mínimo la capacidad de externalizar el poder y lograr un reconocimiento externo; institucionalizar autoridad y monopolio de medios de coerción; legitimidad para extraer recursos; e internalizar una identidad colectiva que refuerce sentido de pertenencia y solidaridad.

De diversos autores e investigación en fuentes secundarias, recortamos aportes fundamentales para entender el contexto, tanto al momento del corte de nuestra historia -1978- como lo que sigue ocurriendo hoy, si leemos atentamente el pasado.

Pueblos invisibles para el país naciente

El movimiento emancipatorio de mayo fue un proceso atravesado internamente por la aspiración de Buenos Aires de constituir un estado unificado bajo su hegemonía, y las resistencias desde el interior a este proyecto. El resultado fueron décadas de guerras civiles.

No fue la decisión de próceres que un día acordaron independizarse y libraron algunas batallas contra la corona española. Fueron más de 40 años de luchas internas, que presentaban un carácter territorial, pero ocultaban diversos intereses económicos, políticos y culturales.

La necesidad de un orden que eliminara cruentos enfrentamientos y resabios de poderes contestatarios, exteriorizó como esbozo de estado, antes que nada, aparatos de represión y control social: milicias, caminos y mecanismos jurídicos de regulación social. Al mismo tiempo la premura de un progreso fundamental para construir formas estables de relación social. Orden y progreso, dice Oslak, pero primero Orden.

Ambos demandaban recursos, y los sectores dominantes encontraron en la apertura al exterior, la posibilidad de convergencia de sus intereses. Requería orden la articulación de mercados internos y la relación con el mercado internacional, consolidar alianzas de clases que controlaban los circuitos de producción y bienes, en los que se basó la economía exportadora: el sector mercantil-portuario y los terratenientes exportadores.

²²³ Castel, Roberto (1997) *“La metamorfosis de la cuestión social. Una crónica del asalariado”*. Ed. Paidós. Buenos Aires.

²²⁴ Deleuze, Gilles (1995) *“Conversaciones”*. Pretextos. Valencia

²²⁵ Oslak, Oscar (1997) *“La formación del estado argentino”* EMECE- Buenos Aires.

La expansión económica de pampa y litoral, ligada al comercio exterior, exportación de bienes agropecuarios e importación de productos industrializados originaron la concentración del intercambio externo en el puerto, dando preeminencia a Buenos Aires en la organización política, por su peso en el modelo de acumulación económica que permitía sostener orden y progreso. El litoral tuvo su chance, tal lo refiere la figura de Urquiza, pero la falta de consenso de las provincias del interior les impidió oportunidades semejantes.

La impronta inicial Argentina, refiere ausencia de resistencias sociales, alzamientos campesinos y enfrentamientos étnicos, que fueron obstáculos en otros países Latinoamérica. Oslak lo explica por la concentración de la propiedad y poder en grandes propietarios, ausencia de un sector campesino y la peculiar inserción del país en el mercado mundial, que convirtió el impuesto al comercio exterior en la principal fuente de recursos, con lo que disminuyó la presión tributaria sobre el capital, pero el mayo peso se trasladó a los sectores populares.

“Un pueblo disgregado, analfabeto, férreamente dominado como productor y guerrero, sistemáticamente privado de derechos cívicos, no se alzó” (Oslak 1997: 268)

La falta de resistencias también se explica por la forma de explotación agrícola-ganadera, los altos rendimientos y bajo precio de la tierra, que permitieron a las clases populares el acceso a una alimentación abundante y barata, aún en condiciones semi-bárbaras.

El estado nacional pudo consolidar su presencia institucional a través de una penetración en la sociedad, a medida que aumentaba su legitimidad con un nuevo orden. Represión y control de provincias, alianzas de intereses económicos y cooptación de aliados políticos. Proceso de centralización del poder y descentralización del control marca el sino trágico de este proceso:

“La guerra hizo al estado y el estado hizo la guerra. La unión nacional se construyó sobre la desunión y enfrentamiento de pueblos y banderías políticas. La unidad nacional fue siempre el precio de la derrota de unos y consagración de privilegios de otros. Y el estado nacional, símbolo institucional de esa unidad, representó el medio de rutinizar la dominación impuesta por las armas” (Oslak; 1997:275).

Los pueblos campesinos y originarios del Norte argentino tomaron parte de las luchas internas que demandó la sustitución de la autoridad del estado colonial y la conformación de una nación y sistema de dominación. Muy lejos en kilómetros y más allá de la mirada de los sectores dominantes. Y esto tanto por ser sumisos acompañantes de los caudillos locales -nunca rebeldes- como por su condición de habitantes de tierras no requeridas para el modelo de acumulación inicial.

Iruya refiere su origen oficial como destacamento militar, para reclutar soldados en las guerras de la independencia desde fines siglo XVIII. Las milicias fueron los primeros enclaves o presencias del estado. (Y siguen siendo hoy, una de las más importantes opciones laborales para sus habitantes).

Los pueblos originarios de tierras altas no tuvieron la visibilidad que merecieron sus hermanos de las pampas, se salvaron del aniquilamiento de la Campaña del Desierto y Guerra del Chaco, quizá por no habitar tierras demandadas para la acumulación inicial. Pero no quedaron fuera del posterior proceso privatizador, contracara de esa primera violencia, que entregaba tierras a particulares, gratuitamente o con pagos mínimos.

“Julio Roca declaraba satisfecho en 1903, que el estado había concedido hasta entonces más de 32 millones de hectáreas en propiedad. El modo en que se privatizaron hizo que la mayoría quedara en manos de grandes terratenientes.” El Estado también se ocupó de provisión y control de mano de obra que la nueva economía requería” “Para convertir a la población rural en fuerza de trabajo más dócil y disponible se dictaron una serie de decretos” (Adamovsky, 2009: 33).²²⁶

La historia argentina comenzó con el proyecto de una elite dirigente de incorporar el país al mercado internacional como proveedor de materias primas, decisión que apuró el capitalismo; y el mercado pasó a definir aspectos profundos de la vida de las personas, al tiempo que se erigió con poder de moldear las relaciones sociales. Ese desarrollo destruyó, al mismo tiempo, actividades y ocupaciones independientes, al incrementarse notablemente las personas que pasaron a depender de un salario.

He aquí otro motivo para “no ver” a esas poblaciones, que nunca alcanzaron la condición de asalariadas. Los pueblos originarios del Norte fueron parte del país que comenzaba a organizarse, aportaron su vida, primero su sangre y tierras después; pero siempre invisibles para quienes dirigieron el proceso, por estar fuera del espacio y requerimientos desde los cuales se construyó.

Población sojuzgada y considerada “no apta”

²²⁶ Adamovsky Ezequiel (2009) *“Historia de la clase media argentina”* Ed Planeta. Buenos Aires .

Las prologadas luchas en el seno de la elite criolla para controlar el país, enfrentamientos entre unitarios y federales, políticos, militares, caudillos y gauchos, estuvo permanentemente atravesada por divisiones de clases.

La Argentina como república se constituyó, desde la hegemonía de una “clase blanca y europeizante” que ejercía su poder, mediante subestimación de la cultura criolla, y sojuzgamiento de la población nativa. El proyecto de país que finalmente se instaló fue elitista, no sólo porque benefició a clases altas, sino porque además, fue concebido sin la menor participación de “los de abajo”.

Desde los inicios quedó claro que construir el país no era asunto de clases sub-alternas. Proyectos de leyes e instituciones originales tuvieron una clara intención contrainsurgente, y buscaban no sólo ordenar el país, también contener la participación directa de las masas. Sarmiento, uno de los más influyentes intelectuales, lo decía con claridad:

“Cuando decimos pueblo entendemos los notables, activos, inteligentes: la clase gobernante. Somos gente decente. Patricios a cuya clase pertenecemos nosotros, pues no ha de verse en nuestra Cámara (se refiere al Congreso) ni gauchos, ni negros, ni POBRES. Somos la gente decente, es decir patriotas” (Citado por Schumway 1993: 170)²²⁷.

El padre de la escuela argentina explica nuestra historia en el “Facundo”, como resultado del conflicto entre dos etapas de su evolución: la civilización, representada por las ciudades, y la barbarie localizada en la campaña. Y en su libro “Conflictos”, plantea que el germen de la decadencia de América Latina, ha sido su mestizaje, la falta de primacía de la raza blanca. Importante señalar que las diferencias étnicas se traducían para él, en una *disparidad de civilizaciones y diferentes aptitudes para la vida política*. (Álvarez, 2004:101)²²⁸.

Fundamental para entender la lejanía y dificultades de participación política de hoy, en el contexto de referencia, será recordar, que la exclusión absoluta y original de ella para los pueblos “bárbaros” se fundó en una discriminación racial, donde la inferioridad tenía una causa biológica, y como tal, concebida como inmodificable.

Las corrientes de pensamiento e ideas predominantes, de las cuales el maestro argentino es un buen referente, basaron el crecimiento del país y el aumento de su producción y riquezas, en un proceso de secularización y quiebre de la tradición hispánico-colonial, con influencia de ideas positivistas y abierto sentido racista.

La empresa de la elite, se valió de estrategias para conjurar la amenaza de barbarie a la civilización argentina, y mejorar la raza desde el punto de vista eugenésico²²⁹. Por un lado, acciones educativas, para sacarlos de la degradación moral; y por otro, la incorporación de nuevas razas que concretó con la política inmigratoria masiva promovida en países europeos. Estrategias educativas fueron la conscripción, las escuelas primarias, el aprendizaje del trabajo industrial, y una central en nuestro caso, la profilaxis o higienismo.²³⁰

El aprendizaje industrial no interesó demasiado para poblaciones fuera del capitalismo, todas las demás, constituyeron los primeros enclaves del estado en las tierras altas.

El discurso higienista, esa forma de saber y control de la biopolítica, se caracterizó por prácticas que coordinan curas médicas con campañas educativas y moralizantes, y forman parte de un racismo del estado, racismo en sentido evolucionista y biológico, no necesariamente étnico.

Como demuestra Foucault, en su análisis sobre orígenes del racismo²³¹, la guerra de pueblos y razas en sentido guerrero es sustituida por una guerra biológica, diferenciación de especies, conservación y selección de las mejores. El paso de una sociedad binaria, dividida en grupos extraños por la lengua, es sustituida por una sociedad biológicamente monista, uniforme, amenazada desde adentro por elementos extraños de los que hay que defenderse.

Del racismo abierto a la discriminación oculta

²²⁷ Schumway, Nicolás (1993) *“La invención de la Argentina”* EMECE. Pág. 170 Buenos Aires.

²²⁸ Álvarez Leguizamón Sonia (2004) *“La pobreza: configuraciones sociales, relaciones de tutela y dispositivos de intervención”* (Salta, primera mitad siglo XX) en Álvarez Sonia y Rodríguez Susana *“Abordajes y Perspectivas”*. Ministerio de Educación de Provincia de Salta.

²²⁹ Eugenesis, del griego “eugenés” bien nacido, palabra inventada en 1883 por F. Galton para acompañar usos sociales por los que el conocimiento de la herencia podía ser puesta al servicio de un mejor nacimiento. Como ciencia se basó en el entendimiento de las leyes de la herencia humana, y promueve administración racional de factores hereditarios de la especie humana (Álvarez, Sonia; 2004: 106).

²³⁰ Del griego “hygies”, sano. Saber vinculado a la prevención de las enfermedades. Desde siglo XVIII y las epidemias, pasó a ser un saber especializado, como acción del estado para medidas de protección de enfermedades. En Siglo XIX se relaciona con el progreso de la bacteriología y profilaxis de enfermedades infecciosas con énfasis en el ambiente y el saneamiento urbano. El uso lo ha desplazado al sentido de “limpio”.

²³¹ Foucault, Michel (1996) *“Genealogía del Racismo”* Ed.Caronte Ensayos. Buenos Aires.

El país nació segmentado entre capital e interior, y por tensiones entre la argentina blanca, criolla y morena. Desde fines siglo XIX, comienzos del XX, la incorporación del obrero “*migrante industrial y blanco*”, en contraposición al “*obrero criollo perezoso y vago*”, señalan nuevos procesos clasificatorios, distintos a los de civilización y barbarie, pero reinstalando las mismas diferencias.

El concepto de “operaciones de clasificación” como “*acciones o decisiones, grandes o pequeñas, deliberadas o espontáneas, cuyo efecto es fomentar nuevas divisiones y jerarquías entre los grupos sociales, o apuntalar los ya existentes*” (Adamovsky 2009: 59²³²), separan clases, y refieren tanto a mecanismos materiales como a ideas, que los justifican y organizan.

Como en otros procesos de diferenciación y subordinación del otro diferente- inferioridad de la mujer - los mitos jugaron un papel fundamental. Adamovsky en su genial investigación sobre la clase media argentina, da cuenta de al menos dos: el de crisol de razas y el de movilidad social.

El ideal argentino, fundado en el mito de crisol de razas, unió el racismo a la identidad nacional. Más allá de múltiples diferencias, se esperaba que los habitantes se convirtieran en ciudadanos respetuosos de las instituciones, para lo cual era preciso convencerlos de que eran argentinos.

Mito que surge para promover ese sentimiento de pertenencia en la época del centenario, sugiriendo que todos los grupos étnicos que habitaban la Argentina, nuevos y viejos, se habían fusionado y generado el “ser argentino”. La realidad da cuenta de que ocurrió lo contrario.

El racismo abierto del siglo XIX, se convirtió en un racismo velado, “*los intelectuales formularon una jerarquía racial oculta*” (Adamovsky, 2009:63), fortaleciendo desde diferentes teorías, que el argentino era blanco y europeo, diferente al resto de los latinoamericanos. Cien años después de los orígenes, se plantaba la imagen del ciudadano ideal, atada a la identidad de “clase media”.

Particular caso es el de esta identidad, que no se correlaciona con otras. No se basa en un sentimiento de pertenencia a vidas similares o a una ubicación parecida en el sistema productivo. Por el contrario, se apoya en una enorme heterogeneidad de condiciones objetivas: salarios altos y bajos, empleados y empleadores, chacareros y bancarios etc. Surge más bien, de divisiones fomentadas por la elite, y luego asumidas por amplios sectores que no formaban parte de ella.

La escuela, los intelectuales, la publicidad y en general la cultura dominante, se esforzaron por transmitir nuevas pautas de comportamiento “decente”. Pautas que el mercado extendió en su alcance, con individualismo y nuevas jerarquías, como condición para acceso al empleo.

Las mejores oportunidades del capitalismo fueron aprovechadas por los blancos, muchos inmigrantes europeos que vivían en la región “más civilizada”, la pampa húmeda. Ellos cumplían con el requisito más demandado y menos explicitado: “buena presencia”.

La escuela tuvo un papel fundamental en difundir este ideal, que incluía junto a una forma de vestir, urbanidad de modales y presencia, cierto nivel educativo, lugar de residencia, cierto comportamiento de “mujeres de familia”, la importancia del esfuerzo individual para progresar, ser respetuoso de leyes, buenos modales políticos, no participar de revueltas, etc.

El consumo de vestimentas eran indispensables para indicar el nivel social que cada cual tenía o aspiraba a tener, para diferenciarse socialmente de quienes eran considerados “inferiores”.

La investigación de Adamovsky plantea además, que esa identidad de clase media no aparece ni se consolida abiertamente en la historia argentina, hasta el peronismo. Y como reacción anti-peronista aquella se agrupó por primera vez de forma sólida, a sectores medios para distinguirse de los “*cabecitas negras y grasitas*”, y para diferenciarse de formas colectivas, corporativas para lograr mejores condiciones sociales.

Como en tiempos de Sarmiento y Mitre las clases bajas (en este caso trabajadores negros y peronistas), eran catalogados como barbarie y amenaza a la civilización argentina. En el imaginario de la nación la clase media, que por omisión se suponía blanca, educada, regiones urbanas y modernas etc, era el motor fundamental de progreso y garantía de libertades.

Los pueblos originarios, seguían en el subsuelo, menos que las clases bajas. El peronismo que aparecía representando a sectores inferiores de la sociedad, les reconoció beneficios, pero sólo en la medida en que se constituyeron en asalariados, no como ciudadanos, condenándolos a seguir en la invisibilidad inicial.

El pluralismo que pregonaba el mito del crisol de razas, ha tenido poco lugar en la historia argentina. La identidad de clase media se superpuso y confundió con la nación, mentalidad y manera de ver el mundo, invitando a la gente a imaginarse a sí misma y a los demás, con efectos concretos en su vida. Separó el cuerpo social, quebró identidades, generando opinión favorable a proyectos de la elite y debilitando solidaridades sociales y posibles resistencias.

“Clase media, anteojeas que nos ha enseñado a mirarnos a nosotros y a los demás, identidad que divide y ordena, jerarquiza según modales, residencia, aspecto etc. Esfuerzo de muchas clases bajas por pertenecer a clase media. Manera de ver y verse argentino que se resiste a desaparecer, cuando

²³² Adamovsky Ezequiel (2009) “*Historia de la clase media argentina*” Planeta Buenos Aires..

de ello depende que lleguemos algún día a ver, realmente, “en trono a la noble igualdad” (Adamovsky; 2009: 492)

La categoría social de una persona, y además sus oportunidades de ascenso, quedaron definidas en el cruce de atributos y jerarquías económicas, culturales y raciales. Generación tras generación, la desigualdad económica se reproducía combinada con una división racial, sinónimos de palabras como pobre, bruto, indio, negro; asumiendo que el hombre culto era lo contrario, respetable, normal, blanco.

El mito de la movilidad social, también estuvo condicionado por las mismas clasificaciones, y era el que determinaba los modos legítimos para el ascenso y progreso: el individualismo, refugio en la vida privada, hogar, consumo, ahorro, limpieza, aspiración de “llegar a ser”.

Mito de la modernización argentina, surgido también, dice Adamovsky, con respaldo de intelectuales que como Gino Germani y su sociología empírica, llegaron a mostrar a la Argentina como el país con mayor movilidad social hacia arriba. Fundamentada con estadísticas de distribución del ingreso que, para poder sostener que los cambios fueron en sentido de mayor igualdad, debieron olvidarse de pastores, campesinos libres y pueblos originarios.

Lo que en realidad existió, fue un proceso de profundización del capitalismo que no condujo a una sociedad más igualitaria, sino a una reestructuración de formas de desigualdad y opresión. Disminuyeron oportunidades del trabajo libre, y se empujó a todos a convertirse en asalariados. Las personas sintieron una mejora en su situación personal, expandiendo el consumo, pero con incremento de la dependencia. A largo plazo, acumuló capital en manos de pocos.

Racismo y eugenesia en la sociedad salteña

Para comprender los procesos señalados y sus implicancias en el tema que nos ocupa, hay que puntualizar que los tiempos, no son los mismos en las provincias del interior, y aún muy diferentes, en el interior del interior.

Sonia Álvarez lo resume diciendo que el quiebre con la tradición hispano- colonial no se produce en las provincias del Norte, donde la secularización de la cultura fue un proceso más lento y aún no terminado, a pesar de la creciente influencia de ideas iluministas y positivistas.

“Aldeas de fuertes tradiciones hispánicas, con una estructura social fuertemente segmentada entre la oligarquía criolla que se vanagloriaba de su origen patricio y artesanos, personal de servicio doméstico y un desarrollo insignificante de clases medias y obreras. Poca inmigración de origen europeo comparado, con la que se asentó en la pampa húmeda. El pensamiento predominante de las elites era hispanista, conservador y racista, la política de características feudales, circunscrita a grupos de elegidos que debían respetar esas tradiciones, características de principios de siglo pasado siguen presentes hoy, en estas provincias, fundamentalmente en Salta”²³³

La generación del 80 planteó la necesidad de recuperar para la causa nacional, la integración de la argentina invisible, la del interior mestizo y rural. La interpelación a lo nacional, recuperando lo tradicional y gaucho, marcado como inferior a la cultura blanca europeizante, pero subordinando a su vez a etnias originarias.

Los antecedentes mencionados unifican al pobre, mestizo, criollo o nativo, oscuro y del interior del país. En esa segmentación y operaciones de clasificación que marcaron la subordinación e invisibilidad de una calidad inferior de personas dentro del país, fueron posibles discriminaciones mayores, como la de los collas en Salta, extranjeros en sus tierras.

Cuando Sonia Álvarez da cuenta del racismo y eugenesia en las representaciones sociales de la composición social salteña (Álvarez, 2004:126 y ss²³⁴), refiere condiciones fundamentales para comprender por qué, en 1978, nadie en Iruya se identificaba como colla.

En la ciudad de Salta (muy lejos de Iruya) hasta 1940, en que recién comienza la transición hacia la conformación de un mercado libre de trabajo; los sectores dominantes ejercían un poder estamental, basado en el linaje y propiedad de la tierra. Considerando que era una sociedad bajo condiciones del “antiguo régimen”²³⁵ utilizando categorías históricas que remiten a sociedades pre-burguesas y pre-democráticas, aunque enclavadas en una república democrática.

El proceso de destrucción de formas de producciones anteriores a la colonia, las economías de subsistencia o tributarias, dejó a grandes sectores de población sin medios para vivir, ni protección

²³³ Álvarez, Leguizamón, Sonia (2000) “*Lo social asistencial en Salta*”. Ponencia en Tucumán

²³⁴ Álvarez Leguizamón Sonia (2004) “*La pobreza: configuraciones sociales, relaciones de tutela y dispositivos de intervención*” (Salta, primera mitad siglo XX) en Álvarez Sonia y Rodríguez Susana “*Abordajes y Perspectivas*” . Ministerio de Educación de Provincia de Salta.

²³⁵ Antiguo régimen hace mención a sociedades feudales, previas a los estados modernos.

para enfrentar la pérdida de autosuficiencia, quedando expuestos a la arbitrariedad de sistemas coactivos de utilización del trabajo.

La economía para ellos, reposó en formas semiserviles de contratación -mano de obra de ingenios y plantaciones- y modos comunitarios para resolver contingencias sociales.

En la colonia la explotación de encomienda y mita, en la República instituciones similares, como el “conchabo”²³⁶ se mantienen hasta muy entrado siglo XX. Trabajo forzado en estancias, unidades productivas, donde el vínculo de dominación era el binomio, gaucho decente - peón²³⁷.

La composición social salteña diferenciaba entre habitantes o población por un lado, e indios y chusma por otro²³⁸. Las primeras categorías incluían a criollos y mestizos; los indios no eran considerados parte de la población aunque representaban un tercio de ella²³⁹.

Aparece como categoría con la que se auto refería a sí misma la aristocracia local, la “gente decente”, caracterizada por Bernardo Frías²⁴⁰, a principios siglo XX, como descendientes de clase aristocrática y noble, muy diferente de vagos y aventureros que había llegado a América. Frías afirma que Salta fue destino elegido por inmigración española de clase noble, descendientes de casas de linaje y depositaria de virtudes sociales de la aristocracia española.

La distinción social salteña era claramente estamental y no económica, incluyendo a los gauchos decentes, criadores de caballos, fruto de mezcla de familias ya formadas entre antiguo y nuevo continente, con la inmigración vasca y castellana.

La superioridad que se auto-adjudicaban no se refería sólo a los vínculos con la población criolla nativa que tenían bajo su servidumbre; también con población pobre de artesanos, arrieros, maestros o habitantes del campo de origen nativo.

Junto a esta estructura estamental con fuerte predominio de ideas católicas, hispanistas, Álvarez señala otra característica particular de Salta: su escasa migración y sentimientos de superioridad en relación a migrantes nuevos, que cultivó en las elites una actitud de rechazo opuesta a la apertura que hubo en la pampa húmeda. Eran percibidos como amenazas, por el carácter fuertemente endógeno de la oligarquía local, se los llamaba “arribistas”, paracaidistas, vistos como amenazas en lugares de poder²⁴¹.

El colla era la denominación que las elites daban al poblador nativo de origen quechua. Para Dávalos²⁴² continua siendo un epíteto ingrato, porque con él designan una entidad racial opuesta al fronterizo calchaquí. Llama colla a la raza indígena pura atacameña, que puebla la altiplanicie, raza y comarca que comienza a ser argentina hace pocos años, cuando a raíz del trazado limítrofe el territorio de los Andes, originalmente boliviano, se incorpora a la jurisdicción nacional.

Colla lo homologa a raza indígena pura y de nacionalidad boliviana, en contraste con la palabra Kolla como proveniente de una de las divisiones del imperio incaico, que significa en quichua, natural del altiplano del Titicaca. En diccionario de regionalismos salteños de 1950, José Vicente Solá dice textualmente: “colla es el boliviano o indígena que vive en Salta”

En las configuraciones sociales de Salta, hasta hace pocos años, los collas eran menos que las poblaciones originarias de los valles calchaquíes, los diaguitas. Menos que indios, porque eran indios extranjeros, bolivianos.

Vale contextualizarlo junto al pensamiento “anti-indio” de la doctrina oficial en la Argentina del siglo XX, que justificaba campañas, genocidio, destierro y saqueo. En libro de geografía aprobado como texto escolar del Ministerio de Educación y escrito en 1926 por Eduardo Avecedo Díaz se podía leer:

²³⁶ Sistema que fijaba las poblaciones forzosamente a un patrón. Peones y sirvientes controlados territorialmente controlados por reglamentos de la policía y Código Rural. Quienes no cumplían eran objeto de penalizaciones como cárcel. Tareas domésticas de las mujeres como servicio gratuito a familias de la elite, para hombres contratación en ingenios y plantaciones. Destinada a todos quienes no tengan propiedad o habilidad laboral.

²³⁷ Peón apelativo actual para trabajador rural bajo dependencia. (Del latín “pes” pies, quien anda o marcha a pie” quien trabaja en cosas que no requieren arte ni habilidad. Relación de dominación masculina. Braceros, uso de brazos, trabajo de cosecha. (Álvarez, 2004; Pág. 92)

²³⁸ Mensaje del Poder Ejecutivo a legislatura provincial inauguración del período legislativo 1872. Imprenta Argentina 1872. Chusma según Diccionario Real Academia indios que viven en comunidad, todos los que no eran guerreros, o sea mujeres niños y viejos considerados en conjunto.

²³⁹ Informe de población realizado en 1871 por Juan Martín Leguizamón, Inspector Honorario de Escuelas de Salta, citado por Álvarez (2004: 128)

²⁴⁰ Frías, Bernardo (1971/1902) “Historia del General Martín Miguel de Guemes y de la Provincia de Salta o sea de la Independencia Argentina” Tomo 1. Ed. De Palma. Buenos Aires.

²⁴¹ APSADES (1989) Relatos de profesionales sobre negociaciones con el Gobernador de Salta Hernán Cornejo, dueño de ingenio San Isidro, quien pretendía descalificar al gremio de los profesionales de Salta, cuestionando que hacían huelgas, porque “eran del sur” y no se adaptaban a la ideosincracia del salteño.

²⁴² Dávalos, Juan Carlos (1937) “Collas y gauchos” en “Los valles de Cachi y Molinos, Ed. La facultad en Dávalos Juan Carlos (1996) Obras Completas. Volumen II Honorable Senado de la nación. Buenos Aires

*“La República Argentina no necesita de sus indios. Las razones sentimentales que aconsejan su protección, son contrarias a las conveniencias nacionales”.*²⁴³

Estado, sociedad y salud de los pueblos originarios

Las personas acceden a lo que necesitan para vivir a través del trabajo o capital (distribución primaria o retribución, derivada del proceso de producción) o por intervenciones de la sociedad y del estado en las condiciones de vida y reproducción (operando en la distribución secundaria del ingreso), en apoyo o suplencia de lo que las personas o familias no pueden alcanzar por su participación en la producción.

Esta última forma, las llamadas políticas sociales, son intervenciones que vienen a interferir para hacerse cargo y ocultar al mismo tiempo el problema central, que es el trabajo. Toda la historia de la asistencia juega con la contradicción de cómo convertir al solicitante de ayuda en productor de su propia existencia. Y esa pregunta no se responde desde lo asistencial, sino desde el registro del trabajo. (Castel, 1997: 68)

El incipiente estado argentino, tuvo que enfrentar situaciones relacionadas con la miseria y la pobreza, entre ellas la enfermedad. Las formas en que lo hizo, se han ido anudando, más allá de las condiciones señaladas, con los proyectos socio-políticos en pugna; las formas de entender, representar e intentar resolver los problemas sociales de quienes deciden; los progresos de las ciencias, todo ello, en un proceso fundamentalmente centrífugo: del centro hacia la periferia, desde espacios urbanos, hacia ámbitos rurales dispersos.

En cada época, las acciones u omisiones del Estado, se han dado encadenadas a sus formas de gobierno y estilos de desarrollo o modos de acumulación económica. De ellos han dependido instituciones y responsables para atender los problemas sociales, tipo de poblaciones-objeto priorizadas, y representaciones sobre ellas. Lo que algunos investigadores han denominado “etapas de construcción de lo social”.

En ese proceso se pueden identificar diferentes modelos y lógicas²⁴⁴: desde la caridad cristiana colonial, pasando por la beneficencia o filantropía religiosa y laica, formas de asistencia social pública, el modelo argentino del Estado de bienestar, su crisis y políticas neoliberales; hasta llegar a la etapa actual sin consenso aún en su denominación (“neo-populismo”, “capitalismo de amigos”): un discurso que asigna al estado un rol activo en la redistribución del ingreso, concreta su intervención en re-estatización y subsidios a ciertas empresas (foot-ball, aviones entre otros negocios), pero sin modificar, la suerte de la población en los PSEC.

Los distintos modelos y lógicas descriptas, se pueden identificar como capas geológicas hoy. Ayudan a reconocer los siglos que separan a los centros urbanos centrales del interior profundo y marginal.

“He titulado a este trabajo metamorfosis de la cuestión social. Metamorfosis, dialéctica de lo igual y lo diferente: identificar las trasformaciones históricas de este modelo, subrayar lo que sus principales cristalizaciones traen a la vez de nuevo y de permanente, así sea bajo formas que no permiten reconocerlas de inmediato” (Castel, 1997 17)

A comienzos del siglo XIX; años previos a los inicios del proceso independentista, el contexto socioeconómico, era de relaciones semiserviles de la población nativa con la oligarquía. En lo social estamos en la llamada etapa **colonial de la caridad religiosa**, donde el problema social es entendido como de origen moral, y de ahí la estrategia de segregación. La población objeto o principales destinatarios, son pobres, mujeres y huérfanos, y los religiosos, las personas autorizadas para ocuparse de lo social.

La atención de la salud, era un mero acompañamiento del enfermo, los médicos tenían pocas posibilidades de cambiar el rumbo de las enfermedades. Atención sólo para personas de clases pudientes, en sus domicilios. Los pobres de las ciudades estaban destinados a instituciones como la Hermandad de la Santa Caridad, con el objetivo de aislarlos.

A mediados de ese siglo, en los comienzos de la organización política independiente, en lo social hay una etapa de **transición entre la caridad religiosa y la beneficencia pública**, donde la Hermandad

²⁴³ Citado en Plan Nacer (2006) Módulo 1 “Capacitación para efectores de salud para atención e población beneficiaria de pueblos originarios”. Ministerio de Salud de Nación.

²⁴⁴ Referidas a los señalados modos de entender y resolver problemas sociales. Diferentes autores distinguen como principales lógicas de intervención: a la caridad, como “amor al prójimo sin esperar recompensa”, la beneficencia “hacer el bien” versión laica de la caridad, un deber moral. Caridad como virtud teologal, beneficencia como un deber ser. Filantropía menos asistida por sentimientos de empatía, se trata de dar consejos mas que ayudas- considerando la pobreza parte de negligencia, pereza e ignorancia- condicionando estas a una investigación de sus necesidades, distinguir la indigencia ficticia de la verdadera pobreza y que la asistencia sea a corto plazo. Hasta la acción social estatal, como superación de formas discontinuas, intuitivas basadas en la buena voluntad de la beneficencia pública, asumiendo acciones centralizadas, organizadas, y con personal especializado.

pasa a depender del Ministerio de Gobierno; se fundan Sociedades de Beneficencia, Asilos y casas donde siguen siendo asistidos huérfanos y mujeres. Comienza la feminización de la asistencia, con instituciones coordinadas por damas de sociedad, donde los religiosos seguían siendo los ejecutores de ellas. La lógica de la beneficencia es una asistencia que no genera derechos.(deber de quien la otorga, no derecho de quien la recibe)

A fines de siglo XIX y comienzos del XX, se consolida en lo económico el modelo de acumulación agro exportador, un estado liberal y oligárquico y aparece la necesidad de intervención estatal. En lo social la **etapa de transición de beneficencia al modelo de asistencia estatal**. El Estado comienza asumir responsabilidades en salud y educación. Llegan a las tierras altas los primeros y solitarios maestros, que con su sola presencia, institucionalizaron la educación pública en toda la extensión del país.

Aparecen los primeros logros de las ciencias biológicas: en 1875 el primer microscopio en Argentina y a posteriori, el Informe Flexner, que determina el paso de la educación médica a las universidades, aunque los hospitales de pobres siguen siendo el lugar de las prácticas. Es la etapa en que comienza la profesionalización de la asistencia sanitaria, se crea el Departamento Nacional de Higiene y surgen los primeros higienistas.

Consecuente al proceso de inmigración europea, aparecen las primeras mutuales por nacionalidad; y con el proceso de asalarización, algunos gremios con financiamiento grupal. Surgen como población-objeto los asalariados.

Desde mediados del siglo XX, el modelo de industrialización para sustitución de importaciones y consumo interno da lugar a la expansión del aparato estatal, etapa donde comienzan a implementarse **las políticas sociales modernas y el Estado benefactor**.

Se crea el Ministerio de Salud pública y el Fondo Nacional de Salud, y se desarrolla la red hospitalaria. Al mismo tiempo, los sindicatos transforman las mutuales en obras sociales, amplían su financiamiento con aportes patronales y hospitales propios. Es la época del mayor desarrollo en la atención de enfermedades.

La población objeto, trabajadores y “descamisados”, personas en situación de riesgo. Con el higienismo comienza una lógica de la redistribución, y derechos, aunque se accede a ellos no por ser ciudadano, sino por ser trabajador.

Ramón Carrillo, primer ministro de salud de Perón, duplicó la red hospitalaria pública del país, y llegaron los primeros hospitales a centros urbanos de las tierras altas, (La Quiaca, Humahuaca). A más de 100 años de la primera Constitución, en la época de mayor desarrollo e intervenciones sanitarias públicas, no se llegaba aún a la mayoría de la población que vivía de una economía informal en la extensión de puna y valles del Noroeste.

Mucho menos pudieron ser consideradas estas poblaciones, con las políticas posteriores a la década del 70. Etapa del desarrollismo apertura de la economía, debilitamiento del Estado y fuerte disciplinamiento social de las dictaduras.

En lo social, **etapa de la promoción y acción comunitaria**, donde la población objeto era la comunidad: la lógica de la marginalidad y ayuda a los más necesitados que marca la llegada de los primeros enclaves de salud pública a la región de referencia.

En salud, el congelamiento y descentralización del sector público, traspaso de la infraestructura hospitalaria, con énfasis en la racionalidad técnica y planificación. El Estado no abandona su responsabilidad en salud, pero descarga su financiamiento en la población beneficiaria. La ley de Onganía cambió el rol de las obras sociales, desde proveedor directo a agentes de intermediación financiera para el sector privado, favoreciendo incorporación irracional de tecnología, y abriendo paso a una crisis de la solidaridad grupal. Los coseguros²⁴⁵ que comenzaron a cobrarse, cambiaron la lógica solidaria de las obras sociales y excluyeron a muchos de la seguridad social.

Fueron vaciadas las obras sociales; los hospitales transferidos sin recursos a las provincias; desapareció la industria nacional y cayó el empleo formal. El resultado fue que cada vez más población demandó atención en los servicios públicos que al mismo tiempo estaban cada vez más desfinanciados.

En esta breve síntesis aparecen los tres sub- sectores en los que ha estado dividido el sistema de salud en Argentina: el público (a cargo del Estado), el de las obras sociales (vinculados a la inserción laboral formal) y el privado (pago directo, empresas del sistema pre-pago orientado a los sectores de mayor poder adquisitivo).

Refiere además que la atención de las enfermedades, ha estado siempre atravesada por el juego de intereses económicos, mercantilistas y corporativos. Los conflictos por control de recursos hicieron

²⁴⁵ Se llama “co-seguro” al aporte del trabajador en el momento de uso del servicio. El descuento inicial a la seguridad social, suele ser una proporción del salario, luego equitativo, en cambio los co-seguros son del mismo monto para todos, luego termina aportando más quien gana menos. Con ello a los asalariados de menores ingresos, les siguen descontando obligatoriamente, pero dejan de acceder a sus prestaciones.

fracasar los débiles intentos por lograr un sistema único de salud, o al menos integrar esos sub-sectores.

Las instancias gubernamentales quedaron relegadas a un rol exclusivamente técnico, vacío de recursos, y marginal en su función, que se limitó a brindar asistencia médica, no rentable, a los sectores marginales.

El Ministerio de Salud ha tenido, en perspectiva histórica y en comparación con el Ministerio de Educación que pudo fijar objetivos o políticas nacionales, una posición secundaria, aún en su momento de mayor protagonismo, bajo la conducción de Carrillo. La alianza política con los sindicatos, impidió neutralizar (¿o favoreció?) el modelo de atención de las enfermedades que tiene hoy la sociedad argentina, con predominio de una lógica grupal, a pesar de los declamados principios de universalismo y solidaridad.

El devenir de la responsabilidad del estado en educación, logró unificar subjetividades y prácticas, para sostener una educación pública de calidad.

En la atención de la enfermedad una brecha que nunca pudo saldarse es la que hay entre los servicios públicos, de menor calidad -donde los profesionales trabajan por “beneficencia” hacia los más pobres, o con interés en aprender y practicar sobre sus cuerpos dolientes- Y la aspiración de la gente con recursos a contar con servicios privados, al menos de una obra social.

Hay una división entre profesionales e imaginario de la sociedad, por separación entre una “medicina médico-científica”, que ha renovado su prestigio con incorporación de tecnologías y la salud pública, con sus deficiencias en la atención de la enfermedad.

Una atención individual, hacia ricos, donde “se puede elegir”, con buena hotelería para internación; y otra colectiva de trato estadístico, impersonal, pobres en largas colas y esperas, internaciones sin privacidad²⁴⁶.

La imposibilidad de quebrar la corrupción, el corporativismo de gremios y asociaciones profesionales, el intercambio de prebendas o populismo en el manejo de la salud está refiriendo esa brecha de subjetividades e imaginario que señala Galende, y que abreva en el repaso histórico.

Todo ello resultó en que la cobertura en salud fuera siempre estratificada, heterogénea y fragmentada, alcanzando muy recientemente a poblaciones rurales o marginales a centros de poder, desde la lógica de la asistencia o favor, nunca desde los derechos.

En Salta, donde los tiempos son diferentes, del trabajo de Sonia Álvarez, (2004: 168 y ss) recortamos algunos hitos de la salud pública en esta provincia:

Los Consejos de Higiene fueron las primeras organizaciones a nivel nacional en 1855 y entes consultivos del gobierno conformados por médicos, filántropos y personalidades de la época, se forman en Salta tres años después, durante el gobierno del Gral. Rudencindo Alvarado.

La Sociedad de Beneficencia, organizada en 1864, es la que funda y administra los primeros hospitales provinciales, el Hospital del Milagro (1895) Hospital de Niños (1913), la vieja Sala Cuna (1920), Maternidad Luisa Bernal (1924)²⁴⁷, hasta su intervención en 1947.

En 1945, un discurso pronunciado por el Interventor de la provincia, Arturo Fassio, da cuenta de 145/000 de mortalidad infantil, a partir de inquietudes por las endemias locales. Ramón Carrillo en su plan de salud pública 1952-1958 refiere que el norte era una de las regiones con más carencias sociales, y una mortalidad infantil promedio de 126/000.

El higienismo en el marco ideológico de superioridad de razas, apunta a formas preventivas de intervención por medio de campañas, legislación sanitaria y social, y refiere como primeras temáticas, además de morbi-mortalidad infantil, la tuberculosis y paludismo a fines de la década de 1920.

Ello origina la creación de diferentes direcciones de dependencia nacional, dando cuenta de progresiva influencia de higienistas nacionales en Salta. En 1924, el primer hospital regional del interior, el de Gral. Güemes, también es iniciativa y dependencia nacional.

En 1933, se crea el Consejo Provincial de Salud, en el Gobierno de Avelino Araoz, y se ponen bajo su órbita todas las reparticiones sanitarias provinciales y municipales.

Esos y otros datos, Álvarez los acompaña con un pormenorizado análisis de las características y lógicas predominante de médicos y asistencia pública de la salud. Es fundamental este trabajo para entender procesos posteriores. Tiene un párrafo que sintetiza el entramado entre higienistas y sociedades benéficas, dando cuenta de cómo, hasta aproximadamente 1960, las políticas sociales en Salta eran una extensión de las relaciones domésticas entre patrones y peones.

“La primera mitad del siglo XX los dispositivos de intervención social reflejan las configuraciones tutelares y la composición social salteña. Estos vínculos tutelares e instituciones serviles o semiserviles se entrelazan para constituir configuraciones de una sociedad fuertemente estamental,

²⁴⁶ Galende, Emiliano (2008) “Debate cultural y subjetividad en salud” en Spinelli, Hugo (comp) “Salud Colectiva”. Ed. Lugar Buenos Aires.

²⁴⁷ Ortiz Michel (1983) “Memoria de la epidemia de cólera 1886, 87, 88” Tomo 1. Talleres de la Reforma. Salta

jerarquizada y racista. Gradualmente las prácticas higienistas y una progresiva pero muy lenta liberalización de relaciones de conchabo de las fincas que recién se rompen con el Estatuto del Peón –sancionado por Perón en 1946- van retirando de las relaciones de clase el tono, los vínculos y lazos personalizados y simbióticos entre patrón y peones. Sin embargo no sale de escena el modelo doméstico de control. Hasta la intervención de la Sociedad de Beneficencia en el primer gobierno de Perón -1947- las configuraciones serviles del hogar reproducen los vínculos tutelares benéficos. Existe un entramado de linajes entre prácticas discursivas higienistas y benéficas y la monopolización de los medios de administración del estado por parte de los médicos higienistas de la aristocracia local. Las damas de beneficencia son esposas o hijas de políticos y en muchos casos de higienistas”.(Álvarez Leguizamón; 2004:213)

Las poblaciones rurales en general, y particularmente los descendientes de etnias originarias, con excepción de alguna emergencia durante sus estadías en las zafras azucareras, no tuvieron oportunidad de acceso a los hospitales.

2.- SOBREVIVIENTES AL SEÑORIO DE ESTADO Y SOCIEDAD...

“Contrabandistas de palabras”

“Los pies de Yang Huanyi habían sido atrofiados en la infancia. A los tumbos caminó su vida. Murió en otoño del 2004, cuando estaba por cumplir un siglo.

Ella era la última conocedora del Nushu, el lenguaje secreto de las mujeres chinas. Este código femenino venía de tiempos antiguos. Expulsadas del idioma masculino, que ellas no podían escribir, habían fundado su propio idioma, clandestino, prohibido a los hombres. Nacidas para ser analfabetas, habían inventado su propio alfabeto, hecho de signos que simulaban ser adornos y eran indescifrables para los ojos de sus amos.

*Las mujeres dibujaban sus palabras en ropas y abanicos.
Las manos que los bordaban no eran libres. Los signos sí”*

Eduardo Galeano

“Espejos”

Las viñetas de la historia previa, son registros desde los centros de poder y apertura del telón para entender lo que pasó después, y contextualizan los procesos y miradas locales que dan cuenta del lugar y consideración que la sociedad e instituciones argentinas le dieron a los collas.

Objetos del señorío mercantil

“Nuestra memoria comienza con comunidades andinas con sabios sistemas productivos en los que juntábamos el respeto a la naturaleza, solidaridad entre pobladores y profunda relación con seres superiores”. Los Incas poseían una civilización avanzada con conocimientos y técnicas para acequias, puentes, terrazas de cultivos, censos, si bien existía la dominación del Inca y sus pariente...” La primera conquista por los Incas asimiló a los collas, pueblos originarios de estas tierras, a la cultura andina, y les facilitó resolver sus problemas, antes de la llegada de los españoles”²⁴⁸ (P.I. Oclade 1992: 3)

Después de luchas y resistencias, comienza la colonia de España; las tierras declaradas de propiedad del Rey, y sus pobladores obligados a trabajar para los nuevos amos. La economía de la época giró alrededor de la extracción de minerales de las minas de Potosí, para enviar a España. Por la Mita las comunidades mandaban hombres como esclavos a la Villa Imperial de Potosí. El trabajo era duro y murieron miles.

La zona de la Puna fue zona de abastecimiento en mano de obra, alimentos y fibras para vestidos; además de lugar de paso de animales hacia las minas del centro económico del Virreinato del Perú, del cual dependían políticamente.

El Rey entregaba como premio de la conquista a los soldados españoles, grupos de indios; y los “encomendaba” para la enseñanza del cristianismo. De estas encomiendas (tenencia de gente), y de la distribución de mercedes reales (sistema de tenencia de la tierra), nacieron las haciendas.

Ellas determinaron la base jurídica de la propiedad de la tierra, y aseguraron la dependencia, después de la Independencia. En lo cultural la conquista, además de la imposición de la religión, significó un aplastamiento de costumbres y sabidurías. Lo que pudo ser un intercambio cultural, fue un avasallamiento.

“Esta conquista se hizo no sin resistencias y luchas de los pueblos nativos, pero la pérdida de tierras, de la organización política y cultura de valores profundos relacionadas con ellas, significó que los antepasados de esta zonas, dejaran de ser los principales y activos actores de esta historia” (Oclade , P.I. 1992 3)

Si bien los levantamientos que refiere la historia de la región fueron aplastados, muestran como los pueblos originarios contribuyeron a sostener la conciencia de lucha contra el Imperio, colaborando con los criollos en las luchas por Independencia Nacional. (Olmedo, 1990²⁴⁹: Capítulo II).

“Algunos criollos que ganaron en las guerras de la independencia en el siglo XVIII hablaron de dar tierras y escuelas para los indios, pero los criollos que estaban en el gobierno se opusieron pues eran los propietarios de las haciendas. Algunas comunidades iniciaron reclamos, pero los fallos no reconocían la propiedad comunal y eran declaradas tierras fiscales o propiedad de hacendados” (Oclade, P.I. 1992: 4)

Los movimientos libertadores que dieron origen a la formación del estado-nación en todo el continente, y sus clases dirigentes, pusieron en marcha un plan de ampliación y colonización de territorios, bajo el mismo modelo político, económico liberal naciente en Europa.

No fue un cambio afortunado para los primeros habitantes de América, que sufrieron una nueva conquista, y se produjo el aniquilamiento bajo cobertura legal, de las naciones indígenas que se negaban a integrarse en el nuevo sistema, o a desalojar sus tierras.

En los comienzos de la conformación de la República, la zona de puna y valles continuaban dependiendo cultural y económicamente del intercambio con Potosí, Bolivia. La región tuvo una incorporación tardía al Estado Nacional, a partir de la llegada del ferrocarril en 1904, y de la organización de ciudades alrededor de estaciones de trenes. Entonces cambia el modelo de producción de la tradicional comercialización mercantil-colonial centrada en el Alto Perú- orientándose hacia el mercado nacional e internacional, consolidando la integración de tierras altas al Estado Nacional.

La puna quedó como periferia, abastecedora de productos esta vez de Buenos Aires. La agroindustria naciente pensaba en sus habitantes como mano de obra para ingenios y minas. Los dueños de los ingenios, compraron a herederos de las haciendas las tierras altas, no por interés productivo – era

²⁴⁸ OCLADE-Obra Claretiana para el Desarrollo, (1992)” Sistematización de Trabajos grupales de un proyecto de investigación participativo”. Trabajo monográfico. Abra Pampa. Jujuy

²⁴⁹ Olmedo, Jesús (1990) “Puna, Zafra y Socavón” Ed. Popular. Madrid

una cordillera inaccesible, fría y árida- sino para asegurar mano de obra. Además de pagar arriendos, eran obligados a prestar servicios en los ingenios. (Olmedo, J. 1990:150 y ss)

A principios del siglo XX, los ingenios azucareros y minas fueron, en condiciones laborales de explotación, lo más cercano que tuvieron los collas en su inclusión al proceso de industrialización y economía formal. Las migraciones periódicas les demandaron un fuerte proceso de transculturación, y muchos fueron perdiendo sus prácticas campesinas.

El período peronista mejoró la situación del campesinado aborigen, con el estatuto del peón rural y la exigencia de salarios directos. Pero nunca les llegó la proletarización total, no pudieron separarse totalmente de sus tierras. Jamás recibieron un salario anual que les permitiera desvincularse de la agricultura y ganadería y les permitía subsistir.

Con el comienzo de la apertura de la economía, comenzaron a perderse puestos de trabajo en ingenios y minas; además de la pérdida en la comercialización de artesanías, por la imposibilidad de competir con precios de Bolivia. Así se completó el proceso de exclusión al cerrar el ferrocarril en la década del 90´.

Coincidentemente con ello comenzaron las políticas asistenciales del Estado, con programas de gran fragmentación que llegaban superpuestos a las mismas familias más cercanas a poblados o punteros políticos, que potenciaron el clientelismo y reforzaron la dependencia de la población.

Poco variaron las condiciones de trabajo de los indígenas, desde la encomienda y hacienda hasta las plantaciones azucareras, manteniendo las condiciones de presión extraeconómica, que les impidieron ser trabajadores libres.

Para el desarrollo del capitalismo, trabajador y empleador *“deben encontrarse en el mercado, y tratarse uno a otro en una base de igualdad”*²⁵⁰

Marx excluye al trabajador de hacienda o peón, de la categoría de trabajador libre asalariado, característico del modo de producción capitalista. Señala que el cambio de las sociedades agrarias requiere la desaparición de formas de coacción extraeconómicas, más allá de la extensión de relaciones de mercado y comercio.

Los trabajos de Weber²⁵¹ sobre el desarrollo del capitalismo en sociedades rurales, llega a conclusiones similares a Marx.

*“En América Latina las formas principales de la economía agraria para la región de México y Andina es llamada “señorío mercantil” para diferenciarla de las plantaciones con esclavos de Brasil y Caribe. El señorío mercantil reside en que los trabajadores son siervos disfrazados bajo la forma de un peonaje retenido a través de un vínculo por deuda, que divide su tiempo de trabajo entre el cultivo de sus propias parcelas de tierra y la realización del trabajo compulsivo en las tierras explotadas directamente por el terrateniente.”*²⁵²

La participación de los collas en los ingenios primero y en las minas después, constituye un ejemplo de esa economía mercantil-colonial, que Marx describe como desarrollo del capital, en base a una forma de producción social ajena a él. (Marx 1970; 328).

No habían podido alcanzar la proletarización total, y ya se encontraron fuera de ella, por modificaciones del mercado liberal, producto de la concentración e internalización del capital, políticas de ajuste y reconversión, de la década del ´90.

Hay un ensayo²⁵³ sobre la flexibilización laboral en la selva de Orán, que analiza la participación de los collas en “piquetes y cortes de ruta” en la zona de ingenios y destilerías de Salta. Da cuenta de cómo los pobladores de Tartagal (lugar de las destilerías), quienes habían alcanzado condiciones laborales estables y las perdían, - los nuevos pobres - sienten con mayor dramatismo la situación, al agudizarse el desajuste entre aspiraciones y oportunidades, y se convierten en “piqueteros”, aquellos que actúan en conjunto y luchan.

En cambio los collas de los ingenios, quienes nunca estuvieron plenamente integrados y siempre fueron pobres; aquellos cuyas representaciones sobre el trabajo no estaban asociadas al trabajo asalariado estable, vuelven al lugar del que nunca salieron, regresan sin luchar a las tierras altas.

²⁵⁰ Marx, Carlos (1970) *“El Capital”*. Volumen I. Fondo de Cultura económica. México.

²⁵¹ Weber, Max (1948) *“Capitalismo y Sociedad rural en Alemania”*.

²⁵² Rutledge, Ian *“Cambio Agrario e Integración”* Ed. ECIRA.Jujuy

²⁵³ Aguilar, Angela y Vazquez, Estela (1994) *“Flexibilización salvaje en la selva Chaco oranense”*. Ponencia Taller sobre trabajo y Población en el Noroeste. Tucumán.

Demuestran tener más experiencia vital para enfrentarse con la desocupación, pero menos recursos para luchar o reclamar.

La apertura de posibilidades históricas diferentes, permite producir prácticas diferentes. Sus representaciones, producto de tradicionales y paternalistas relaciones de dominación, los devuelven a sus actividades de subsistencia y los coloca nuevamente en inferioridad de condiciones respecto de los asalariados de las destilerías que quedan desocupados, pero luchan por su reinclusión.

Los que caen, tienen por qué luchar, en cambio los pobres de siempre vuelven a sus estrategias de subsistencia, sin luchar. Se encontraban con las consecuencias del nuevo capitalismo financiero internacional, cuando apenas habían salido de modelos feudales, como sobrevivientes del estado y de la sociedad.

Objetos del señorío estatal

El Estado Nación, producto histórico y creación humana condicionada por diferentes circunstancias, en América Latina en particular, responde a la tradición de una sociedad heterogénea, débil y conflictiva, donde el Estado hace a la Sociedad, no la sociedad al estado.

*“El poder territorial más que la cultura misma, fue el factor que decidió la nacionalidad del Estado. El poder estatal creó la nación, el sentido de identidad y la conciencia-voluntad de pertenencia. Esto sirvió al Estado para una legitimación más profunda y mayor poderío territorial, particularmente por su capacidad militar”*²⁵⁴

Claro ejemplo de ello fue la integración de los collas a la Argentina. El poder territorial más que la cultura, fue el factor que decidió su nacionalidad. Por lazos culturales, tradiciones o identidad, deberían haberse integrado a Bolivia, pero quedaron en inferioridad numérica - problema común a todos pueblos aborígenes argentinos, el 1,8% de la población en una nación que incorporó muchas otras culturas, particularmente europeas.

Ello explica que recién 130 años después de la primera Constitución, con la reforma del '94, lograran el reconocimiento de su pre-existencia al Estado Nación (Art. 75 de la Constitución Nacional).

El prestigio y respetabilidad del Estado es correlativo a funciones sociales de asistencia, desarrollo, seguridad y justicia social, que se constituya en motor del desarrollo económico, impulse industrialización, urbanización, regulación agraria etc. Funciones determinantes para una idea positiva, valoración entusiasta del Estado y para la consolidación de la unidad nacional.

En las tierras altas, en cambio, el Estado Nación marcó su señorío, no sólo por imposición territorial y militar, sino también por las formas con las que llegaron sus pocas instituciones de educación y salud a las zonas rurales, recién a comienzos y mediados del siglo XX. El estado bienestar llegó tarde y tímidamente, con servicios de baja calidad (en 1978 la casi totalidad de escuelas primarias y puestos de salud de Iruya eran ranchos, no había secundarios), escaso y poco capacitado personal. Siempre, con políticas de redistribución secundaria e intención “civilizatoria”. Nunca con políticas de reforma agraria o alternativas de inclusión en condiciones más simétricas en relación al mercado.

Las tierras que los collas habitan desde hace siglos, inhóspitas y de frontera, recién en la década del 1990 comienzan a reconocerse como de su propiedad, y son devueltas con títulos legales. Durante el primer gobierno de Perón, se había logrado que pasaran a propiedad de las provincias, para ser transferidas a sus legítimos dueños. En Jujuy esto se cumplió, pero la transferencia a los dueños recién comienza a efectivizarse a posteriori de la reforma constitucional del 1994.

En Salta no se realizó el traspaso a la provincia, y las tierras quedaron en propiedad de dueños de ingenios, y comienzan a expropiarse y restituirse después de 1997, en un largo proceso que no ha concluido ni aún hoy, en ninguna de las provincias.

El señorío estatal se completa con las prácticas descritas, como ciudadanía de “baja intensidad”, propias de regiones neo-feudalizadas, donde existen sistemas de poder privado o privatizado, no tienen vigencia los derechos y las garantías de la legalidad democrática del Estado, y desaparece el Estado-nación y el orden público que lo sustenta²⁵⁵.

Las características del ejercicio ciudadano y político señaladas en Iruya hacia donde marcamos el inicio de nuestro recorte, dan cuenta de fuerza y vigencia de esa “falta de aptitud política de los pueblos bárbaros, como incapacidad natural y biológica”, con la que habían condenado a los collas, los próceres fundadores de la educación pública, y las configuraciones sociales salteñas.

²⁵⁴ Aguilar Villanueva, Luis (1995) “El futuro del Estado- Nación” Apuntes Maestría Políticas Sociales. Universidad Nacional de Salta.

²⁵⁵ O'Donnell, Guillermo (1999) “Estado. Democratización y ciudadanía”. Nueva Sociedad. Buenos Aires

Objetos del señorío eclesial

La organización de los pueblos originarios, anteriores al estado y al mercado, corresponden a lo que la antropología histórica ha denominado “sociedades campesinas”, “sociedades sin lo social”²⁵⁶, donde no aparecen “lo social”, “lo económico” “lo político”, como dominios separados.

Sociedades que vinculan a sus miembros por redes de sociabilidad primarias, sobre la base de la pertenencia familiar, vecindario y trabajo; y tejen sus relaciones de interdependencia sin que medien instituciones específicas. Sociedades de permanencia, donde los individuos responden en lo esencial, al mandato de tradición y costumbres.

Estructuras cerradas que conjugan relaciones horizontales, en el seno de la comunidad rural, y relaciones verticales de sujeción externa. Sin duda estas estructuras eran diferentes según estuvieran establecidas entre sociedades feudales del occidente cristiano -donde la dependencia era de un “señor”- o entre comunidades aborígenes, sujetadas a jefes propios o hacendados, según las épocas.

En relación al tema que nos interesa, estas comunidades resuelven sus problemas “re-afiliando” a pobres, huérfanos o personas solas, recurriendo al ambiente familiar o comunitario, como sistemas autorregulados, que recomponen el equilibrio movilizando sus propios recursos. Aunque a veces se tuviera que pagar altos precios por esas ayudas, como soportar desprecios o tratos diferentes - no es lo mismo ser el hijo de padre y madre, que “entenado”²⁵⁷.

La precariedad de la existencia, era parte de la condición de todos y no cortaba la pertenencia comunitaria; la pobreza podía ser extensa o general, sin que se planteara “la cuestión social”.

Esas redes de sociabilidad primaria fueron en las zonas rurales estudiadas, los casi exclusivos mecanismos para resolver las desafiliaciones, exclusiones, de una población generalizadamente pobre.

Marginados del estado y mercado, estaban destinados a ocupar el lugar de lo social, y en el contexto de referencia, hasta la década de 90, en que aparecen otras ONGs y programas estatales, fue la Iglesia Católica la única presencia estable para hacerse cargo de ello. Las iglesias evangélicas no tuvieron en la región, como en otros contextos similares, más inserción que ocasionales pastores en los centros urbanos.

Eso debe haber reforzado relaciones de tutela y dependencia, considerando que hablamos de una organización vertical, no democrática, y de gran poder simbólico.²⁵⁸

Las iglesias tienen además la marca registrada de las intervenciones denominadas “lo social asistencial”, porque se construyen a semejanza a esa sociabilidad primaria

“La historia de la cuestión social, se construyó aislada de lo económico y político, para resolver problemas creados por los sistemas nacientes. Lugar de protección cercana, en la significación del modelo del cristianismo, de ayuda a los parroquianos, al prójimo cercano, en peligro de distanciamiento social, e incapaz de solucionar por sí mismo sus necesidades” (Castel, 1997: Cap. I: 50)

La acción evangelizadora de la Iglesia Católica llegó a la región con los misioneros que venían junto a los soldados en la conquista. Pacificados los aborígenes, fueron jesuitas los primeros en aparecer, siguiéndole otros misioneros itinerantes para una gran extensión sin caminos. Desde principios fines del siglo XVIII, comienzos del XIX, religiosos franciscanos y redentoristas, eran los habituales visitantes de paso. La fe cristiana era sostenida por rezadores y catequistas, en base a devociones populares, novenas a santos y misachicos.

En 1968 se erige la Prelatura de Humahuaca²⁵⁹, con su primer Obispo Monseñor José Márquez Bernal, y se encomienda a Misioneros Claretianos de España la organización de parroquias

²⁵⁶ Castel, Roberto (1997) “*Metamorfosis de la cuestión social*” Cap. I. Pág. 33. Ed. Paidós. Buenos Aires.

²⁵⁷ “Entenado” se llama niño asumido para la crianza. Los niños que no tienen su padre biológico, son fácilmente asumidos por las nuevas parejas de la madre, o por tíos o familiares, pero siempre tienen igual trato

²⁵⁸ Torres, Alicia (2000) “*La iglesia que nos robaron*”. Nueva Utopía. Madrid.

²⁵⁹ Prelatura, ya explicado a los efectos administrativos lo mismo que una diócesis, con autonomía y dependencia de un Obispo, sin seminario ni clero local.

permanentes. La jurisdicción eclesiástica coincide casi totalmente con las denominadas Tierras Altas: Quebrada y puna de Jujuy, y desde 1972, se le anexan los departamentos salteños de Santa Victoria Oeste e Iruya.

Desde la creación de la Prelatura, su acción tuvo un claro compromiso con la pobreza de la región, si bien transitó diferentes etapas, lógicas, formas de intervención y financiamiento en sus acciones. Aunque haya recurrido prioritariamente a donaciones o ayudas, la denominada “economía de la salvación”²⁶⁰, su inscripción en un modelo evangelizador de comunidades eclesiales de base, relacionado con la teología de la liberación, distinguió su acción de otras diócesis de la Iglesia Católica Argentina.

En una primera etapa fueron instituciones de caridad religiosa más tradicional (Casa de Caridad, Hogar de Ancianos); después en 1982 con la creación de la Obra Claretiana para el Desarrollo (OCLADE) comenzó una lógica de promoción y organización comunitaria, etapa de proyectos en diferentes aspectos de la realidad social: productivos, de promoción de la mujer, desarrollo infantil, comunicación social y financiamiento de la cooperación internacional europea.²⁶¹

Hacia fines del '90, las políticas neoasistenciales encuentran en la acción social de la Iglesia uno de sus ejecutores más fuertes y confiables de la sociedad civil, casualmente por sus características para-estatales, en contexto de políticos con gran desprestigio, producto de sus prácticas clientelares.

Su lógica mezcla de beneficencia y asistencialismo, que interviene sobre las familias más necesitadas, ubicó a OCLADE como mediador privilegiado para el manejo de fondos para comedores, proyectos y fondos públicos, que el gobierno nacional no confiaba entregar a los gobiernos provinciales.

La Prelatura de Humahuaca ha sido un actor central en la promoción humana y desarrollo de organizaciones comunitarias de la región. Sea por la intensidad de su acción formativa, escuela y génesis de casi todos los dirigentes y organizaciones aborígenes, o por ser interlocutora inevitable de todas las acciones intersectoriales. Aunque sea cuestionada por ello, lo cierto es que ha sostenido una presencia constante y permanente, en todas las necesidades y problemas de las comunidades más aisladas.²⁶²

Como parte de la Iglesia Universal su acción responde a objetivos milenarios, pero sus prácticas no son las mismas por épocas o lugares. La Prelatura de Humahuaca, en el breve tiempo y zona que nos convoca, muestra tensiones entre formas de control y reformismo, adscripción a propuestas desarrollistas, junto a una clara participación en movimientos más emancipatorios.

La información aportada, refiere que su señorío ha contribuido a reforzar relaciones de tutela, pero al mismo tiempo, ha sido uno de los actores que más ha fortalecido la autonomía de los pueblos originarios, gestando o apoyando las acciones que han sido fugas instituyentes de cambios en las relaciones de dominación.

Objeto de tutela, pero siempre vivos

La breve historia sintetizada de talleres comunitarios y recuerdos de los actuales pobladores de la región, da cuenta del sentimiento de haber sido permanentemente tutelados, dominados: desde los Incas, pasando por los españoles y sus hijos, que quedaron como dueños de haciendas, criollos del gobierno ya independiente, hasta políticos, docentes o religiosos de hoy. También hay memoria de su dignidad, intentos de lucha y caminos propios o diferentes, para buscar su bienestar y salud.

Por señalar algunos, (Olmedo 1990:150 y ss) desde las primeras luchas contra los conquistadores que pisaron primero estas tierras (Diego de Almagro, 1535 en camino a Chile y en 1540 Francisco de Pizarro, Virrey del Perú); batallas por cuestiones limítrofes de países o de haciendas (contra el mariscal de Santa Cruz que se apodera de Santa Victoria y en Santa Catalina, contra uno de sus jefes Fernando Campero, señor feudal heredero de antiguos encomenderos que defendía sus posesiones). Específicamente en Iruya, en Colanzuli en 1817 baten a los españoles y en el pueblo de Iruya en 1837 durante invasión boliviana de Mariscal Santa Cruz.²⁶³

²⁶⁰ La economía de la salvación es una economía cristiana inspirada en la caridad terrenal brindada a los pobres a cambio de indulgencias para llegar al cielo, la limosna que borra el pecado (Castel, 1997:46)

²⁶¹ Torres, Alicia (2000) *“La construcción de lo social desde la acción católica en comunidades campesinas del Noroeste Argentino. 1970-2000”*. Trabajo Monográfico. Maestría Políticas sociales. U.N.S.A. Salta.

²⁶² *“Puna promesa y olvido”* (1995) Documento de Cooperativa Punha, API, Proyecto Agroforestal GTZ y OCLADE, Reeditado en 1997 por RED PUNA.

²⁶³ Informe Archivo Histórico de la Provincia de Salta, citado en Artesanías de Iruya. Banco del Noroeste de Salta en 1981

Luchas contra autoridades criollas en defensa de sus tierras ("Abra de la Cruz " un combate con tropas gubernamentales, y la batalla de Quera el 4 de enero de 1875 en la puna jujeña, donde los indios insurrectos fueron juzgados y fusilados). Reclamos al Gobierno con escritos como "Clamor y Petición" en 1881 por sus tierras y denuncias de malos tratos de propietarios; en 1918 una Comisión a Buenos Aires para interiorizar al presidente del problema de latifundios y pedido de suspensión del cobro de arriendos.

En 1925 un informe sobre la Finca de Yavi sobre latifundio de Corina Aráoz de Campero domiciliada en Salta, recomienda acuerdos para compraventa de las tierras; y respuesta desde 1930, donde la finca Yavi fuera alquilada a Robustiano Patrón Costa propietario del Ingenio San Martín del Tabacal.

Marchas renombradas, como el "El Malón de la Paz" en 1946 a Buenos Aires pidiendo a Perón por sus tierras. O luchas más reciente contra administradores de las minas o dueños de los ingenios azucareros.

La mayoría de esas movilizaciones, tuvieron como motivo la propiedad de tierras, el maltrato, explotación o abusos de los que eran objetos. Sólo muy recientemente el reclamo de tierras, está integrado a la defensa de su identidad y derechos como pueblos originarios.

En relación al tema que nos convoca, la memoria del presente trae las resistencias desde los caminos de salud y enfermedad, que transitaban y sostienen ocultos y paralelos a los PSEC hegemónicos, para la sociedad y estado argentino.

"El marco geográfico encierra infinitas bellezas, de la misma manera el habitante de áridas y heladas alturas oculta en su alma una carga valiosa enraizada en antiguas creencias que forman parte hoy de su mundo cotidiano, entre ellas un particular concepto de enfermedad y correspondiente terapéutica que conserva actualidad gracias a la transmisión oral". (Bianchetti, C 1996: 11)

El área de la puna y valles cordilleranos, participan de manera marginal del núcleo andino, y constituye el escenario de una medicina de tradición pre-hispánica, que conserva rasgos más típicos, debido al marcado aislamiento geográfico y cultural en el que se encuentra. (Néstor Homero Palma 1978:13). Aislamiento basado en la deficiente comunicación entre cultura autóctona y cultura occidental, y barrera topográfica parcialmente cubierta por las vías de acceso que presenta.

La cosmovisión andina sustenta una idea de salud como "ser-bien" no como bienestar "estar-bien", sino como un equilibrio que integra diferentes planos-sobrenatural, natural y subterráneo-, relaciones con divinidades, con otros seres humanos y con la naturaleza.

Un equilibrio que referencia diferentes almas²⁶⁴ y cuerpos y una interrelación de niveles por circulación de elementos, fluidos, donde actúan las causas de las enfermedades. Interrelación que permite complementación y convergencia entre los tres reinos (vegetal, mineral y animal), y cuatro fluidos (agua, fuego, aire y tierra), que permiten restablecer el equilibrio cuando se altera.

La enfermedad es percibida como un mal o ausencia de equilibrio, referida como pérdida de un estado de completitud, producido por diferentes razones. Generalmente como acción de un otro no humano -vientos, muertos, tierra- relacionada con un castigo o agresión, que reclama prácticas preventivas o curativas, tales como ofrendas, purificaciones u otros rituales²⁶⁵.

Las etiologías, las múltiples causas más importante que los síntomas, tienen que ver con el contacto con fuerzas sobrenaturales (Susto, maradura, aykadura, pilladura, sopladura); con el contacto con otras personas (susto, gualicho, mal de aire); con la pérdidas de vínculos con personas queridas (teste, tiricia) o con no respetar principios reguladores (falseadura, empacho, ponchadura).

Las terapias tienen el sentido de compensar y resguardar de daños futuros, recuperar simetría entre poderes, y demanda intermediarios. Consisten en acciones de contra (dieta/reposo; animal negro); la interacción del organismo con el contexto, mediante uso de elementos fluidos (aire/agua); la reincorporación o equilibrio cuerpo/alma o tornar favorables circunstancias desgraciadas. (Rubinelli, 1999: 82)

Las curas pasan por reinstalación de relaciones y requiere situar la enfermedad en relación con un universo de seres potentes, por parte de personas iniciadas con vinculación a poderes superiores, que indican procedimientos, rituales, donde suelen ser importante las reiteraciones (hacer tres veces algo), el uso elementos de los tres reinos de la naturaleza y la presencia de los cuatro fluidos.

²⁶⁴ Bianchetti, Cristina (1996) *"Cosmovisión sobrenatural de la locura, pautas populares de salud mental en la puna argentina"* Ed. Hanne. Habla de tres almas: un alma como coraje, que abandona el cuerpo y lo deja incompleto en estado de enfermedad: el alma de las personas recién muertas que se nos presentan en sueños para despedirse, el alma como espíritu superior que representa sople divino.

²⁶⁵ Rubinelli, María Luisa (1999) *"Salud y Enfermedad"*. Universidad Nacional de Jujuy.

La síntesis anterior, realizada desde esquemas o mirada occidental y sustentada por múltiples investigaciones, permite encontrar coincidencias generales de la cosmovisión andina con otras culturas.

La Universidad de Jujuy ²⁶⁶ ha trabajado las relaciones entre culturas antiguas o de civilizaciones lejanas (como alquimistas, griegos), y culturas originarias del norte argentino (chaco salteño wichis, pilagás, collas). Llama la atención las coincidencias entre ellas, al mismo tiempo que su contraste con el llamado modelo médico hegemónico actual.

Todas sustentan una visión de la salud como bien y relaciones de armonía con el universo; tienen vinculaciones con diferentes absolutos o trascendencias físicas, van más allá del cuerpo, y muestran referencias a la enfermedad como estado de incompletitud o falta de equilibrio, relacionado con la agresión o sanción de otros. También todas muestran en sus terapias, interrelaciones o uso de elementos del mundo natural, subterráneo, y trascendente. Y refieren un lugar y reconocimiento especial a quien cura, con un especial proceso de formación revistiendo un hondo contenido mágico-religioso, indispensable para el éxito de su accionar curativo.

Cristina Bianchetti, da cuenta de la persistencia generalizada de esta cosmovisión, entre la gente de la región de puna y valles cordilleranos en la década del 1990, donde ella transcurría muchos meses viviendo e investigando ²⁶⁷.

Comprender, explicar y analizar la persistencia de la cosmovisión andina en el ámbito de referencia, más allá del vital peso ontológico que significa la pertenencia al suelo e identidad cultural, requiere relacionarlos con la ausencia casi absoluta, hasta el comienzo de la historia que nos ocupa en 1978, de los servicios públicos y “medicina oficial”.

²⁶⁶ Rubinelli, María Luisa, coordinadora (1999) “*Salud y enfermedad*”. Universidad Nacional de Jujuy

²⁶⁷ Bianchetti, María Cristina (1992) “*Cosmovisión sobrenatural de la locura, pautas populares de salud mental en la puna argentina*” Ed. Víctor Manuel Hanne. Salta.

CAPITULO V

ACCESIBILIDAD Y EQUIDAD



1.- LOS ÚLTIMOS ERAN LOS ÚLTIMOS.

“Cada hecho está divorciado de los demás hechos, divorciado de su propio pasado y divorciado del pasado de los demás. La cultura del consumo, cultura del desvínculo, nos adiestra para creer que las cosas ocurren porque sí. Incapaz de reconocer sus orígenes, el tiempo presente proyecta el futuro como su propia repetición. Mañana, es otro nombre de hoy: la organización desigual del mundo, que humilla la condición humana, pertenece al orden eterno, y la injusticia es una fatalidad, que estamos obligados a aceptar o aceptar”.

Eduardo Galeano
“Palabras Andantes”

En respuesta al primer objetivo que planteamos, analizaremos en este apartado el proceso de institucionalización del programa de APS realizado por el Hospital de Iruya y servicios dependientes, en relación con una responsabilidad primera y básica de los gobiernos como conductores del estado: *hacer accesibles, poner al alcance de la sociedad, recursos y servicios para facilitar una vida sin enfermedades o sufrimientos evitables, ni mortalidad prematura.*

En todas las épocas y países latinoamericanos, desde la conformación de estados modernos occidentales, donde el capitalismo se posiciona como forma hegemónica de acumulación, la forma en que los gobiernos (el cómo, cuándo, para quiénes o para qué) distribuyen recursos para brindar oportunidades de vida y calidad de vida, particularmente en los PSEC, resultan de arreglos o acuerdos entre las fuerzas del estado, mercado y sociedad, sobre las responsabilidades de cada uno de ellos.

Más allá de diferencias particulares de cada caso, Esping Andersen y Martínez Frazzoni²⁶⁸, definen tres grandes modelos teóricos de los llamados “estados de bienestar, (formas en que los estados garantizan el bienestar de sus miembros). Sonia Fleury aporta el cómo se consideran las inequidades en salud en ellos.

Una síntesis propia nos puede ayudar a comprender el punto de partida del caso que nos ocupa, recordando que los modelos teóricos no se corresponden con ninguna realidad, sólo ayudan a entenderlas y modificarlas.

- ✓ Estado liberal o residual (Esping Andersen) informal de doble proveedor (Martínez Frazzoni) **o de igualdad formal** (Fleury); existe igualdad jurídica ante la ley, y los intercambios del mercado son los que deciden el acceso a bienes. Modelo llamado de ciudadanía invertida, porque el estado interviene sólo donde el mercado fracasa, ayudando a familias como objeto de asistencialismo. El criterio de cobertura es focalización, que si bien ha cambiado en las últimas etapas neoliberales, corresponde en salud a un estado que se ocupa sólo de los más pobres, financiando la demanda. (lo que se pide, no lo que se necesita)
- ✓ Estado corporativo o meritocrático (Esping Andersen) liberal de proveedor único (Martínez Frazzoni) **o de igualdad de oportunidades** (Fleury) amplía la igualdad jurídica para incorporar participación política. La distribución sigue haciéndola el mercado y para los beneficios sobre protección social, hay un criterio solidario y meritocrático: los individuos reciben compensaciones de acuerdo a sus contribuciones salariales, seguros sociales, donde la cobertura es ocupacional –obras sociales, mutuales-. Ciudadanía regulada, basada en la inserción grupal, en la estructura productiva. A nivel de salud corresponden las propuestas de seguros de salud.
- ✓ Estado socialdemócrata (Esping Andersen) estatal de proveedor único (Martínez Frazzoni), **o igualdad de resultados** (Fleury), aparecen los derechos sociales, y exige redistribución de recursos, para corregir desigualdades con criterio de cobertura universal. Considera también necesidades de diferentes grupos sociales, y criterios de diferenciación positiva (dar más a quién tiene menos), alejándose del concepto de igualdad para acercarse a justicia social. Ciudadanía universal que en salud se corresponde con sistemas únicos de salud, y financiación de la oferta (se anticipan necesidades y se prevén recursos)

En las llamadas sociedades campesinas o pre-capitalistas, la protección de las enfermedades y el cuidado de la salud, dependía de sus propios recursos familiares o comunitarios. Con el capitalismo, la supervivencia pasó a depender de la venta de la fuerza de trabajo, y el bienestar, los bienes o servicios para asegurarlo, supeditado enteramente de la participación dentro del circuito económico. Desde los diferentes arreglos o acuerdos entre estado/mercado/sociedad, podemos plantear que existieron poblaciones o regiones que permanecieron invisibles para el Estado, y subterráneas o desvalorizadas, para la sociedad y los estudiosos.

Las familias y niños iruyanos en 1978, inicio del recorte arbitrario de este trabajo, seguramente como muchos otros lugares similares de pobreza estructural, sólo contaron con sus familias y comunidades, para asistir a sus necesidades.

“Cuando no estaba el Hospital, no teníamos donde presentarnos...no nos enfermábamos tanto” refiere Esteban *“Nunca nos faltaron nuestros conocimientos, hierbas o médicos particulares”* dice Martín.

Poblaciones reconocidas y valoradas por su capacidad de trabajo, que hace siglos trabajan de sol a sol, fueron categorizados como “sin trabajo”, porque quedaron fuera de la posibilidad de vender su fuerza laboral. No meritaban o aportaban según criterios predominantes del mercado.

Si existía algún contexto, donde el desequilibrio del mercado exigía la intervención del Estado, aún desde los modelos que proponen menos intervención, eran estas poblaciones. Sin embargo el Gobierno se hace presente para brindar atención permanente, siete décadas después que en la

²⁶⁸ Tomaremos las descripciones que realizan Esping Andersen, G (1993) *“Introducción”* y *“Las tres economías políticas del Estado de Bienestar”* en *“Los tres mundos del Estado de Bienestar”*. Valencia: Ediciones Alfons el Magnanim- Generalitat Valencia (Introducción y Capítulo 1, pág. 17-54). En relación a su aplicación en América Latina a Martínez Frazzoni, J (2005) *“Regímenes de Bienestar en América Latina: consideraciones generales e itinerarios regionales”*. Rev. Centroamericana de Ciencias Sociales. FLACSO. Vol 4 N° 2. Y en relación a ellos Sonia Fleury (1997). *“Estados sin ciudadanos. Seguridad social en América Latina”*. Lugar Editorial. Buenos Aires, donde señala características de la atención de la salud en cada uno de los modelos.

capital provincial, y cuarenta y cinco años después de formarse el Consejo Provincial de Salud, en 1933.

Con la excepción de escasos y ocasionales contactos, la población no tenía acceso a la atención que el Estado brindaba a las poblaciones de otros lugares. Tampoco existía acceso a atención por obras sociales algunos de sus padres eran empleados públicos o zafreros porque ni entonces ni ahora, llegaban a este lugar prestadores o servicios privados.

La primera medición de mortalidad infantil en 1978, da cuenta de esta inaccesibilidad: uno de cada cinco niños que nacían, moría antes de cumplir el primer año de vida. (216/ 000).

La inequidad no se refiere a injusticia en el reparto y acceso desigual, sino al proceso que la genera, el modo de devenir de una sociedad que determina un reparto y acceso desigual que es su consecuencia²⁶⁹. Las desigualdades en acceso y resultados, iban más allá de inequidad.

Cuando la muerte o discapacidad son evitables, y el estado las deja librada a las posibilidades de sus miembros más débiles, consecuencias o resultado de los desequilibrios del mercado, que no prevé, el problema no es sólo inequidad. Lo entendemos como una cuestión de violencia, definida como situaciones donde el desarrollo efectivo de una persona, en términos físicos, psíquicos o sociales, resulta inferior a su posible desarrollo potencial. Diferencia entre realidad y potencialidad. (Galtung; 1975)²⁷⁰.

La realidad de los niños de Iruya en el comienzo arbitrario de esta historia, su diferencia con las posibilidades de vivir en la media de los niños de Salta, refieren a un “Estado de Violencia” en oposición a cualquier Estado de bienestar.

Violencia como relación vincular, como problemática que interroga no sólo a alguien, sino que interroga al sistema²⁷¹. Aquella que no afecta a uno, sino a miles; que aparece como parte de la fisiología (funcionamiento), y no de la patología (como algo excepcional) de esa sociedad. Violencias reales, además de simbólicas, aquellas que la sociedad registra como tales, naturalizándolas; y donde el primer paso para cambiarlas, requiere hacerlas visibles.

Los pobres estructurales, quienes siempre fueron pobres, los últimos, debieron ser los primeros. No fueron visibilizados o lo fueron muchos años después, como objeto de asistencia tardía y focalizada, asegurando la reproducción de la pobreza o desigualdad. Los últimos eran los últimos.

Se podría suponer que gobiernos y organismos internacionales, OMS /OPS, tienen como mínimo la responsabilidad sobre muertes infantiles evitables. Luego, cuando difunden estadísticas con diferencias abismales de esos indicadores, por regiones, están declarando su propio fracaso en el resultado de sus gestiones.

A confesión de partes relevo de pruebas, todo ocurre como si no supieran, no pudieran o esperarán que otros se hagan cargo (¿familias?¿el mercado?). Si quienes debían ser los primeros, eran los últimos, queda la posibilidad de pensar la responsabilidad de los gobiernos en reproducir la desigualdad.

²⁶⁹ Breilh, Jaime (2002) “Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad” Lugar Editorial. Ecuador

²⁷⁰ Galtung Johan, citado por Emilio García Méndez, (1994) “Brasil de infancias y violencias” en “Derechos de la Infancia y Adolescencia en América Latina” Ed Edino. Guayaquil. Pág. 145

²⁷¹ Bokser, Mirta. (2002) Apuntes de cátedra de Maestría de Políticas Sociales. Universidad Nacional de Salta

2.- DEVENIR DE APS EN SALTA

“El jardinero”

“A fines de 1967, en un hospital de África del Sur, Cristian Barnard trasplantó por primera vez un corazón humano y se convirtió en el médico más famoso del mundo.

En una de las fotos apareció un negro entre sus ayudantes.

El director del hospital aclaró que se había colado.

Por entonces, Hamilton Naki vivía en una barraca sin luz eléctrica ni agua corriente.

No tenía diploma, ni siquiera había terminado la escuela primaria, pero era el brazo derecho de Barnard. En secreto trabajaba a su lado. La ley o costumbre prohibían que un negro tocara carne o sangre de blancos. Poco antes de morir, Barnard reconoció:

- Quizá él era técnicamente mejor que yo.

Al fin y al cabo su hazaña no hubiera sido posible sin este hombre de dedos mágicos, que había ensayado el trasplante de corazón, varias veces en cerdos y perros.

En las planillas del hospital, Hamilton Naki figuraba como jardinero. De jardinero se jubiló”

Eduardo Galeano
“Espejos”

El programa de APS, durante el período que estudiamos, respondió a todos los modelos de bienestar descritos: en sus inicios, como estado liberal, programa marginal y atención primitiva para poblaciones más pobres, durante el Plan Carrillo, como estado social, salud en base a derechos,

con un sistema con pretensiones de universalidad, para terminar siendo compatible con un modelo de estado meritocrático, al haber sido integrado al “Plan Nacer”, un seguro para “pobres sin obra social”. Cambios sin duda fruto de la relación de fuerzas que a nivel provincial y nacional, se establecían en esos escenarios, entre los diferentes actores sociales e intereses en pugna.

Sin embargo, el programa permaneció. Los A.S. siguen visitando casa por casa del sector asignado, completando registros, haciendo evaluaciones pre-rondas, como en 1978. Con muy diferentes trayectorias en cada área, insertados en diferentes modelos y estilos de gestión, diferentes exigencias y calidades en cada lugar, representado y valorado de distinta manera por el resto de los integrantes del sector salud y autoridades. Sin embargo nadie en este tiempo anuló o cambió de función a los A.S., y siguen nombrando personas para ocupar esa función.

Su permanencia es la primera característica a analizar. Durante 30 años de profundos cambios sociales, económicos y culturales, tanto nacionales como internacionales, tiempo donde aparecen y desaparecen programas, es un programa que subsiste.

Cambió nombre o ubicación en estructuras del Ministerio u Hospitales; de programa pasó a dirección, volvió a programa o dejó de serlo; refiere variaciones en niveles de financiamiento, formas de contrato del personal, apoyo político y técnico, en motivación, capacitación y calidad de las supervisiones. Ha sufrido modificaciones en su relación o posicionamiento dentro de las políticas de salud provinciales, pero persiste realizando similares actividades.

¿Cuáles son las razones de su permanencia?, ¿fue la institucionalización de los A.S? (incorporación formal al estatuto de trabajadores de la salud en 1987), ¿haber ganado legitimidad social o política?, ¿tiene que ver con intencionalidades políticas, o con sus resultados en las condiciones sanitarias de la población?

Seguramente algo de cada una de esas razones y todas juntas. Inicialmente mostró impacto en el control de indicadores en el interior, (especialmente en mortalidad infantil, desnutrición). En el regreso de la democracia, el haber sido priorizado como eje del sistema de salud e incorporado los A.S. en el estatuto de los trabajadores de la salud (Ley 6422/87), sin duda fueron motivos claros de su permanencia. Hacia los inicios de las políticas neoliberales, la utilidad de la información que proporcionaba, para la distribución de programas y ayudas sociales, debe haber justificado su permanencia.

Los A.S. han pasado a ser parte del paisaje de cualquier localidad del interior provincial y en algunos barrios de Salta, llegando a cubrir el 90% de ellos. Sin embargo no son conocidos reclamos públicos de la población cuando algunas zonas los sectores quedan descubiertas o faltan A.S. Todo ocurre como si su legitimidad y defensa dependiera más de los políticos y técnicos de los servicios sanitarios, que de la gente beneficiada.

La metodología y figura del A.S ha demostrado ser funcional a diferentes intereses, trayectorias y proyectos políticos, a partir de dos cuestiones: la calidad y cantidad de información que relevan y las implicancias o usos que puede tener el contacto periódico con las familias más necesitadas.

“*Su tarea se justifica sola*” solía decir Tanoni, refiriéndose al valor de los registros cuantitativos, a la hora de justificar y demandar recursos para el programa. No es lo mismo decir “tenemos niños desnutridos”, que fundamentar número exacto, o localizar los mayores porcentajes. Contar con un ejército de agentes estatales que se relacionan, casa por casa con las familias más necesitadas, parece ser un recurso importante para cualquier gobierno.

Qué información se releva y cual no; qué se hace en la visita domiciliaria, si son utilizados para ocultar o negar realidades, o tomar decisiones que concurran a resolver problemas de la población, si son eje del sistema sanitario o acciones aisladas y marginales, son, entre otras, cuestiones que harán la diferencia. Pero con una u otra finalidad, son un recurso valioso.

Las razones de su permanencia, no nos eximen de analizar su deterioro: la falta de crecimiento, desarrollo o adecuaciones de sus actividades que implica seguir insistiendo con los mismos temas (saneamiento, nutrición tuberculosis, embarazo), con iguales metas (letrinas, detección, promoción parto hospitalario o extracción de muestras de esputo); no haber incorporado problemas nuevos, ante disminución de nacimientos no ampliar actividades sobre patologías de adultos, problemas de adolescentes, violencia familiar; no haber modificado más que superficialmente formularios y su insistencia en un modelo hegemónico biomédico o cuantitativo; son todas razones para afirmar que, una intervención social que no se transforma en 30 años, se deteriora.

Haber sido inicialmente un programa para poblaciones rurales, haber alcanzado luego una cobertura casi universal con financiamiento provincial, para terminar limitándose a las mismas actividades iniciales hacia personas pobres sin obra social, por dependencia de un financiamiento nacional (Plan Nacer), son datos que también significan un retroceso.

La pérdida de su consideración a nivel de conducción del Ministerio, o de integración con el resto de los servicios; la pérdida de capacitación y niveles de supervisión que le aseguraban calidad, permiten sostener la apreciación “permanece pero sin vida”.

El proceso sintetizado reconoce diferentes etapas, que, si bien no se correlacionan en tiempos y características con la gestión local, presenta condicionamientos importantes a la hora de entenderla.

El servicio sanitario de Iruya se institucionalizó por el Programa de APS; y al mismo tiempo, es un servicio provincial. Es necesario conocer algunas características de la institucionalización provincial, para entender el proceso local, sea en limitaciones, como en características propias.

A los fines del presente trabajo delimitamos cuatro etapas, coincidentes con importantes cambios de contextos y con claras incidencias en la ubicación del programa, y en su relación con las políticas provinciales o nacionales:

Etapas de implementación (1978-1983), Etapa de desarrollo (1983-1987), Etapa de declinación (1988-1995), y Etapa de la reforma sanitaria (1996-2008)

Etapas de “Implementación”. Gestión Roberto Ulloa, 1978-1983

Fue implementado como Programa de Salud Rural desde el entonces Ministerio de Bienestar Social, durante el gobierno de facto de Roberto Ulloa, sólo para cobertura sanitaria de áreas rurales alejadas, zonas críticas por sus indicadores, o donde no se contaba con servicios sanitarios estables.

Los números actuales de las áreas operativas, refieren el orden de aquella implementación: N°1 Colonia Santa Rosa, N°2 Pichanal, N°3 Rivadavia, N°4 Morillo (áreas críticas por condiciones de pobreza, poblaciones aborígenes del norte de la Pcia); N° 5 Santa Victoria Oeste y N° 6 Iruya (las dos áreas más aisladas por su inaccesibilidad geográfica) fueron las primeras en ese año.

Salta se convirtió en una de las pioneras a nivel nacional, después de Jujuy y Neuquén, en la implementación de la estrategia de APS; y si bien fue desde características de un gobierno autoritario (*“todo menos participación comunitaria”* era la consigna), el programa mostró decidido apoyo político desde el mismo Gobernador.

Etapas de formación y “adoctrinamiento” de los primeros A.S., supervisores intermedios y médicos. Cargos por contratos que se renovaban anualmente, supervisores con función asignada por resolución, que cobraban un “plus por desplazamiento”.

Se construyó como experiencia aislada y marginal, tanto por organización y fundamentos ideológicos, como por su relación con el resto del sistema sanitario, pero selló fuertemente forma y contenido de su institucionalización.

Desde sus inicios, el programa comenzó a presionar y demandar cambios en los otros servicios sanitarios. Los A.S. derivaban y demandaban que enfermeros, laboratorios, profesionales recibieran y asistieran a población. Los indicadores que surgían de las evaluaciones pre-rondas, sacudían y exigían respuestas.

No todos los servicios o profesionales aceptaron esto, y eran comunes en diferentes lugares de la provincia, quejas o demandas del personal sobre la marginación y desconocimiento de sus tareas, por parte de los demás servicios y personal.

Etapas de “Consolidación y desarrollo”. Gestión Roberto Romero 1983-1987

Con el retorno de la democracia, y durante el gobierno de Roberto Romero, el Dr Enrique Tanoni fue el Secretario de Salud Pública, función desde la que implementó una definida política de salud: “el Plan Ramón Carrillo” que normatizó todo el sistema sanitario provincial, y plasmó una idea de estado social, con la lógica de derechos sociales. De los documentos elaborados, se desprende enfática consideración de la salud como derecho:

*“La salud de un pueblo es un bien social, es un derecho social básico y universal. Tan enraizado estaba este concepto que se distribuían afiches en todos los hospitales de la provincia con los derechos del paciente en el Hospital Público, donde se explicitaba que el derecho a la atención médica no es un regalo o favor, sino que es un derecho”*²⁷².

El programa de salud rural pasó a llamarse Programa de APS, dependiendo de una Dirección Gral. como organismo normativo de todos los programas de medicina sanitaria. La línea jerárquica se ejercía a través de Directores de Áreas Operativas, que dependían directamente de la Secretaría de Salud; y el programa se instituyó como eje de la movilización y cambios del resto del sistema, extendiendo su cobertura rápidamente a todo el interior provincial y barrios periféricos de Salta.

Muchos de los profesionales supervisores del programa en áreas del interior, pasaron a cargos de conducción en nivel central, o dirección de grandes hospitales.

Los relatos y referencias de quienes vivieron en el interior esa etapa, fundamentan referirla como “época de oro” del programa, justificando haberse constituido en referencia obligada por mucho tiempo, sobre sistemas sanitarios en el país²⁷³.

²⁷² Sacchi de Van Dam, Mónica, (2007) *“Las políticas de salud en Argentina, Análisis y perspectivas”* Mimeográfico Universidad Nacional de Salta, citando Documento de Trabajo Ministerio de Bienestar Social/Secretaría de Salud Pública, Salta. 1983.

²⁷³ Publicaciones de Jornadas Nacionales de APS, organizadas por Universidad de Buenos Aires en años posteriores.

Durante los cuatro años, el presupuesto provincial de salud se incrementó del 8 al 21,7%. Leyes, decretos y circulares normativas, las famosas “Circulares SP”²⁷⁴, siguen siendo modelos de organización sanitaria dentro y fuera del país.

Central fue la Ley 6277/85 y Resolución 370/85 que la reglamentaba, y organizaba la regionalización, descentralización y autonomía presupuestaria, niveles de atención y áreas de responsabilidad. Definía el área operativa como “*unidad funcional de programación, administración y ejecución de las acciones de salud, con un establecimiento cabecera que representa al servicio de mayor complejidad para cada área de responsabilidad*”; y debían ser conducidas por el Director del Hospital base, junto a Consejos Asesores Sanitarios, con participación de diferentes sectores comunitarios. Normatizaba también un Consejo Asesor Provincial, que nunca se concretó.

La organización y medidas apuntaban a un sistema público universal, con eje en acciones preventivas, sistemas de referencia y contrarreferencia, acceso graduado gratuito y de complejidad creciente. Desde inmunizaciones hasta tomografías computadas; producción pública de medicamentos y obligatoriedad de recetas por monodrogas o genéricos; convocatoria y priorización salarial de profesionales con dedicación exclusiva a salud pública; clara asignación de porcentajes de horas profesionales para actividades de atención primaria; agilidad administrativa, supervisiones y capacitaciones permanentes en toda la provincia; ley de trabajadores de la salud; y concursos públicos para todos los cargos de conducción²⁷⁵. (Los últimos realizados en la provincia hasta la fecha).

“Efectivamente, en este período se destinaron partidas presupuestarias importantes, contratación de personal de salud, especialmente médicos y enfermeros destinados a primer nivel de atención, muchos de ellos con dedicación exclusiva, con viviendas, para dedicar todo su accionar al sector público, sumándose a un proyecto sanitario de trabajo comunitario y búsqueda de equidad a través de la ampliación de cobertura...fue el período de mayor expansión y protagonismo de la estrategia de APS” (Sacchi, Mónica, 2007:11)

No demoraron en aparecer los conflictos dando cuenta de algunas de las resistencias que hubo en nuestro país, hacia intentos de sistemas universales. Estábamos además, en la provincia de Salta. Tanoni fue declarado “persona no – grata” por el Círculo Médico de Salta, durante los 4 años en que fue Secretario de Salud Pública, en razón de su enfrentamiento con sectores de la medicina privada. Fue respaldado por el Gobernador Romero y contó con alianzas con sectores del peronismo, especialmente del interior y con el gremio de los trabajadores no profesionales de la salud (ATSA)²⁷⁶. Y costos no previstos: la alianza con gremios parte de la mecánica de intercambios habitual en el ejercicio de poder por el justicialismo, tuvo oposiciones por parte de los profesionales que se resistían a ser tratados como los demás trabajadores, porque perdían privilegios.

Esto le significó a Tanoni en una provincia con las características descritas, enemigos muy poderosos. Sostener el apoyo del justicialismo, le demandó ceder ante intendentes y diputados, cuando éstos entraban en conflicto con personal de los servicios locales. Debió sacrificar o aceptar el traslado de trabajadores y profesionales comprometidos con el Plan de Salud. Sostenerse en la Secretaría le implicó a Tanoni en muchas oportunidades, traicionar sus mismos logros.

Vivimos ese conflicto en Iruya, y aunque nuestro trabajo fue respaldado, no le sucedió a otros lo mismo. En oportunidad en que le reclamábamos su falta de respaldo para compañeros de otros hospitales, comprometidos con la población, supo reconocernos *“en el empeño en el que estoy, mucho más que amigos voy a perder”*.

En realidad no se le demandaba apoyo personal, sino la defensa del sistema que había implementado.

Etapas de declinación o “comienzo del fin”.Gestiones Hernán Cornejo 1988/91 y Roberto Ulloa 1992/95-

La revancha de la corporación médica al Plan Carrillo, vino de la mano de gobiernos posteriores, en lo que llamamos el “comienzo del fin”, inicio de una destrucción en dos tiempos.

Primero, el Gobierno justicialista de Hernán Cornejo, dueño del ingenio San Isidro de Güemes y referente de familias de raigambre salteño, quien entregó la conducción de la salud, Secretaría convertida en Ministerio, a justicialistas representantes del sector privado. Muchos de ellos, perduraron hasta el posterior gobierno del Partido Renovador de Ulloa.

²⁷⁴ SP, llamadas así a las circulares normativas de “Salud Pública” del Gobierno de Salta- 1983 a 1987,

²⁷⁵ Secretaría de Salud Pública de Salta (1983) *“Plan de Salud “Dr. Ramón Carrillo, un derecho de todos Primera Etapa 1983-1987”*. Salta.

²⁷⁶ ATSA: Asociación de Trabajadores de la Sanidad de la Argentina, gremio que agrupa a todos los trabajadores de la salud, no profesionales

De signos políticos diferentes, ambos gobiernos tuvieron conducciones de salud con similares características: funcionarios sin formación ni experiencia en administración sanitaria, en el mejor de los casos, buenos pediatras o cardiólogos, en general demostrando desconocer de salud pública. No entendían lo que era y significaba APS, y buscaban destruir por “tanonista” medidas o profesionales, relacionados con las políticas implementadas en la etapa anterior.

*“Muchos años después en Washington, pidiendo ayuda en la OPS entendí lo reconocido que era el programa de APS. Al decir que venía de Salta-Argentina me dijeron, - de Salta, tiene que venir con el aval de Tanoni”-*²⁷⁷

La gobernación de Cornejo coincide con el comienzo del ajuste fiscal y achicamiento del estado, que se tradujo en la promulgación de Ley 6583 de Reforma Administrativa y Emergencia Económica, y originó inmediata reacción de los gremios estatales en general, y de la salud en particular, expresado en prolongadas medidas de fuerza. (Sacchi, M, 2007)

Desde los profesionales de los hospitales públicos, la mayor resistencia estuvo a cargo del gremio que se formó en 1987, y nucleó a todos los profesionales con dedicación exclusiva²⁷⁸ (APSADE - Asociación de Profesionales con Dedicación Exclusiva de Salta), y que sostuvo una larga lucha en defensa al derecho a la salud y a una política que lo garantizara.

*“El impulso transformador no se sostuvo en el tiempo, a partir de 1987 la aparición de conflictos internos en la conducción de salud pública, la reducción del presupuesto sectorial, conflictos gremiales que paralizaron los servicios, condujeron a un rápido proceso de deterioro de servicios prestados, y la consiguiente insatisfacción de la población”*²⁷⁹

A nivel nacional comenzaron políticas neoliberales; a nivel local las internas del justicialismo y entre los mismos profesionales enfrentados por la etapa anterior. Faltó la falta de direccionalidad y claridad en la conducción de la salud. Estas entre otras fueron las razones del deterioro de los servicios.

La destrucción finalizó con el Gobierno del Partido Renovador, donde el mismo Cap. Ulloa elegido por el voto (1992-1995), en otro contexto nacional, político y económico local, disminuyó al 6% el presupuesto en salud en 1993, y anuló, ilegalmente, la figura de la dedicación exclusiva. Así terminó de dar el golpe mortal a los profesionales que resistían en la defensa del modelo.

A pesar de que el Documento Base para el plan de salud señalaba como eje “lograr la vigencia del derecho a la salud para la población, con la finalidad de alcanzar la meta de salud para todos”²⁸⁰, “y se diera importancia al programa de educación a la salud en la promoción de conductas saludables, se corrió el eje del problema sin dar lugar a los determinantes de la salud, enfatizando el comportamiento individual como central para mejorar la salud de la comunidad” (Sacchi, M ;2007: 11).

El Programa de APS, siguió funcionando, pero librado a su propia inercia. Ninguno de los dos gobiernos cuestionó la tarea del A.S, pero sin un sistema que les diera contención y atención a sus derivaciones, sin capacitación y supervisión de cuadros de conducción no fue lo mismo.

Lo sorprendente de ambos gobiernos, es que no derogaron la mayoría de leyes y decretos del Plan Carrillo. Simplemente las dejaron de cumplir. Prueba de ello es el juicio que aún llevan adelante los profesionales en defensa de la dedicación exclusiva, suspendida cuando regía la ley 6422 que impedía quitarla sin consentimiento del agente.

Etapas de la “reforma sanitaria”. Gestión de Juan Carlos Romero.1995- 2007.-

Juan Carlos Romero justicialista, fue gobernador durante 3 períodos, reforma constitucional mediante. Su gestión vuelve a mostrar conducción en salud, puso orden, en otro contexto y en otra dirección.

Comenzó por un “ordenamiento administrativo”, para pagar en tiempo los sueldos y dejando cesantes a 6000 empleados públicos²⁸¹. A fin de conseguir recursos y financiamiento externo, cambió leyes y normas, el significado de algunas palabras y en consecuencia, las condiciones de los servicios.

Sus funcionarios en salud, muchos de ellos también funcionarios de la época de Tanoni, fueron responsables de la implementación en Salta, de la llamada “reforma sanitaria”, paquete de medidas que, desde los organismos internacionales constituyen la aplicación, de las políticas neoliberales en salud.

²⁷⁷ Llaya, Jorge (2007) Secretario de Salud Pública de Salta, médico perteneciente al Círculo Médico de Salta en la época.

²⁷⁸ APSADE, que pasó después de 1992 a llamarse APSADES, Asociación de Profesionales de la Salud de Salta. Con personería jurídica y gremial, integrante de la Central de Trabajadores Argentinos y FEPROSA, Federación de Profesionales de la salud de la Argentina.

²⁷⁹ Belmartino, Bloch, Báscolo (2006) *“Reforma de la atención médica en escenarios locales”* Apuntes Maestría Salud Pública. Universidad de Salta. 2006.

²⁸⁰ Gobierno de la Pcia. de Salta. Documento base para la salud 1993-1995, Ministerio de Salud Pública, /Secretaría de Salud Pública/Secretaría de Medicina Sanitaria y Medio Ambiente, Salta 1993, pág 47

²⁸¹ En Iruya, correspondió en salud a 3 agentes que habían actuado en política partidaria con el partido renovador, hecho que surge de los relatos y da cuenta de gran repercusión e incidencia a nivel local. Entre ellos los dos únicos choferes de la ambulancia.

En la década del '90, el discurso instalado en la sociedad argentina hablaba de achicar el gasto estatal, la llegada de empresas y grupos económicos. Tanto el estado como la seguridad social debían convertirse en partícipes naturales de la puja distributiva, a partir de obtener un desempeño más eficiente y mejor calidad prestacional.

Se produce así *“una ruptura del principio de solidaridad grupal, el aporte de cada trabajador a la seguridad social, es de su propiedad y puede entregarlo a la institución que quiera. La génesis de las transformaciones derivadas de proyectos del Banco Mundial es plasmada en el Proyecto de reforma del sector salud (PRESSAL) del Ministerio de Salud de la Nación, que con créditos de este organismo se pone en marcha en el país en abril 1993”* (Sacchi. M, 2007: 8)

En Salta el 12 de diciembre de 1995 se fijan objetivos y estrategias del Plan Provincial mediante Decreto de Necesidad y Urgencia N° 68, que se transformó después en la Ley 6841/96. Allí se daba el diagnóstico de una situación terminal del modelo de prestación de salud, para dar lugar a otro basado en *“la solidaridad en la etapa de recaudación de fondos para su financiación y mecanismos de asignación de aquellos con técnicas de mercado, para asegurar eficiencia del gasto”*. Manifiesta la transferencia de lo público a lo privado, de la salud social a la particular, la salud como obligación de los individuos: *“quienes puedan pagar por la salud, deberán hacerlo en una actitud solidaria y porque la preservación de la salud es una obligación según art. 40 de la Constitución Provincial, para fundamentar los hospitales de Autogestión, eje de la reforma”*. (Sacchi. M, 2007:13)

Si bien en los fundamentos de la ley, la atención primaria se declama como central, todas las medidas tomadas apuntaban en otra dirección: la inicial cesantía de trabajadores, los hospitales de autogestión, tercerización de servicios, privatización del Hospital Materno-Infantil de referencia provincial. Además la reestructuración del Instituto de Seguros, para colocarlo como responsable de un seguro de salud, trasladando el financiamiento de un subsidio a la oferta por uno de subsidio a la demanda²⁸². Todas recomendaciones de los organismos internacionales de moda en la época, y a los que Salta adhirió fervientemente, por ser una de las provincias seleccionadas como modelo para recibir su financiamiento²⁸³.

Si bien negocios y contratos que *“significaron el control oligopólico de servicios por parte de entidades representativas del sector privado, sólo se extendió en esta provincia a la Capital, Tartagal, Güemes, Metán y Rosario de la Frontera; en el resto de la provincia tuvo presencia dominante, y exclusiva en región oeste (a la que pertenece la zona puna y valles andinos, Iruya), el subsistema público, ya que por la dispersión de la población y la limitada producción de excedentes de sus actividades económicas, las tornó poco atractivas para la radicación de instituciones privadas”* (Belmartino, Bloch; 2006: 43).

En las estructuras del Ministerio, Atención Primaria pasó de ser Dirección general, a Programa, para después dejar de contar con Jefatura; cientos de agentes sanitarios cumplían funciones con contratos “en negro”²⁸⁴ con fondos nacionales; la carencia casi absoluta de mecanismos de supervisión y capacitación de recursos humano en APS, indicaban una clara ubicación marginal del mismo. A fines del 2004 se realiza designación interina a muchos de ellos, que llevaban hasta 10 años en precaria situación laboral.

Desde un criterio eficientista de gestión, hay algunas medidas que en teoría, podían reconocerse como apropiadas para mejorar la calidad de los servicios. En su aplicación posterior, aparecían las reales motivaciones, porque fueron normas que no eran leídas, ni consideradas para mejorarlos, sino para disminuir el gasto.

Ejemplo de ello, fue la exigencia de Cartas de Servicios, o las evaluaciones periódicas (semestrales o anuales) de todo el personal y servicios de salud, medida que obligaba a que todos los responsables de hospitales, en reuniones zonales, dieran cuenta de procesos y resultados, lo que hasta entonces era una exigencia exclusiva para los A.S.

No eran evaluaciones nominales o bajo responsabilidad personal, como la de los A.S.; no todos los servicios o personal participaron de la misma manera; y fundamentalmente no demostraron ser consideradas para corregir inequidades o irregularidades en el funcionamiento y distribución de recursos. Pero brindaron la posibilidad de conocer y analizar los servicios, que en el caso de Iruya, resultó altamente positiva.

Los cambios nacionales desde 2003 con el Gobierno de Néstor Kichner, tienen consecuencias directas en el Programa de APS. Lo que podrían haber sido beneficios para la salud pública y APS, porque aparecía desde nación financiamiento para programas de medicina social; al ser otra imposición vertical y centralizada, con una lógica marginal de seguros hacia poblaciones carenciadas,

²⁸² Banco Mundial (1993) *“Invertir en salud”*. Informe sobre desarrollo mundial, Oxford University.

²⁸³ Belmartino, Susana, Bloch, Carlos *“Reforma de la atención médica en escenarios locales”* Apuntes Maestría Salud Pública de Universidad de Salta.

²⁸⁴ Contratos sin aportes a obra social ni aportes jubilatorios, por 20 horas semanales, a los que se hace alusión como problema en reiteradas oportunidades en los relatos de Iruya.

desde la identificación de APS como primer nivel o CAPS, (Centros de APS) terminaron produciendo efectos negativos en el programa de Salta.

Con el diagnóstico del deterioro de los índices de pobreza, la estrategia para mitigar efectos en salud de la población, firmada en el Acuerdo Federal de San Nicolás²⁸⁵, aparecen políticas que, sin cambiar condiciones generales de accesibilidad a los servicios, brindan recursos puntuales, desagregados y/o superpuestos a los provinciales, desde el financiamiento externo: Plan de Médicos Comunitarios, Seguro Materno-Infantil/Plan Nacer; Plan Remediar y leyes de Salud Sexual y Reproductiva.

Eran propuestas sin marco legal o definición estratégica sobre objetivos, responsabilidades y financiamiento del sistema, y aparentaban más interés en manejar información local que en producir cambios sustentables. Entregaban la capacitación a docentes universitarios con poca experiencia en terreno, ignoraron trayectorias y recursos de las jurisdicciones locales, que a su vez estaban superadas por las propias carencias, lo que las condicionaba a aceptar cualquier ofrecimiento. En general constituyeron reformas de limitado alcance ya que, aportaron financiamientos sin sustentabilidad en servicios totalmente fragmentados y atomizados, por lo que no lograron revertir la realidad anterior de desprotección de la población ante PSEC.

²⁸⁵ Gobierno de la Nación Argentina, Plan Federal de salud, Ministerio de Salud Pública de la Nación (2003) Buenos Aires.

3- INSTITUCIONALIZACIÓN Y ACCESIBILIDAD LOCAL

“ Los perdidos serán hallados, cantaba el poeta Sabino, y en la tierra brotarán estrellas que humillarán a las estrellas del cielo. Los mudos serán locutores y habrá hospitales sin enfermos donde hoy sólo hay enfermos sin hospitales. Cantador de cantorías en los mercados de pueblos alejados de la costa, el poeta Sabino cantaba las profecías de la vaca roja. La vaca que volaba en sus sueños, le había anunciado que el desierto será mar y habrá verdor en los pedregales, y quien era de saber sabía, que habrá nacer sin morir y todos los días serán domingo”

Eduardo Galeano
“Palabras Andantes”

El aislamiento y condiciones socioeconómicas del municipio, las características de inserción del programa y particularidades de gestión local explican un devenir distinto del programa en Iruya. Durante tres décadas, la cantidad y conformación de la población se mantuvo relativamente estable, con cierta concentración en el pueblo cabecera en desmedro de comunidades del interior. Las

migraciones transitorias en busca de oportunidades de trabajo, sólo cambiaron fuentes laborales de ingenios y minas, por cosechas del tabaco o frutas en el sur.

Aumentaron los planes de empleo “transitorios” (que llevan más de 13 años!) aunque su precario aporte, implicó que las familias nunca abandonaran las prácticas de subsistencia. Disminuyó el tiempo destinado a otras formas de producción (artesanías, trueque etc), para destinarlo a tareas comunitarias exigidas como contraprestación en programas asistenciales.

La creación de dos colegios secundarios en el Municipio (1985 en Iruya, 1998 en Rodeo Colorado) fueron medidas con incidencia cultural importante, aunque cuyos efectos quizás puedan conocerse a más largo plazo. En lo inmediato delimitaron un lugar para los adolescentes, que antes no existía, como período de transición entre niñez y adultez: antes los púberes asumían precozmente trabajo y crianza de hijos.

Sin embargo la dificultad de continuar estudios terciarios o universitarios (distancias, costos, deficiencias y desfasaje de la educación local), sólo posterga por unos años el ingreso laboral en empleos de baja calificación.

Recién en los últimos años, algunas becas privadas o a través de organizaciones aborígenes, permiten que un promedio del 10% de los jóvenes, tengan posibilidad de continuar estudios. Hoy como hace muchos años, siguen siendo policía y fuerzas armadas, las mejores posibilidades para los jóvenes de Iruya. (Proporcionan vivienda y comida mientras cursan, aseguran sueldo y trabajo estable al finalizar).

Las posibilidades que se abren con la institucionalización de organizaciones de base propias, particularmente con personería aborígena, es un capítulo que recién abierto.

El rápido y esquemático pantallazo del contexto, sirve para fundamentar que durante los 30 años recortados, las condiciones locales no muestran transformaciones o cambios significativos en cuanto al acceso o participación de la población en la distribución de bienes económicos o simbólicos, con posibilidades de impacto en la pobreza estructural de su población. Tampoco para que abandonaran las propias pautas o recursos, ni su dependencia del Estado para atender cuestiones de salud o enfermedad.

El proceso de institucionalización del programa en Iruya no ha tenido igual devenir que en el contexto jurisdiccional. Sin negar obvias dependencias, aparecen claramente condiciones propias de la gestión local, en sentido diferente al devenir provincial.

Se pueden identificar tres grandes etapas y dos períodos de transición: etapas como espacios de varios años, con las mismas personas en la conducción local o poco cambio de los profesionales, que muestran un estilo particular de gestión local.

Los períodos, como lapsus más breves de tiempo, no más de 3 años, con muchos cambios en la conducción que no permiten identificar un estilo local propio. Allí también sobresalen dos ingredientes: por un lado, los trabajadores locales sosteniendo el trabajo cotidiano; y por otro, el Ministerio de Salud que logra “bajar” o imponer políticas y estrategias externas.

Etapas de organización inicial. 1978-1985

Corresponde a etapa de gobierno militar y primer año del retorno de la democracia. Permanece el mismo profesional en la conducción de la Estación Sanitaria, y varios años como único médico. El inicio del Programa tiene fuerte y rápido impacto, sobre condiciones de accesibilidad anteriores. Etapa con escasos recursos provinciales donde aparecen dos improntas locales propias: la conformación de un equipo de trabajo conjunto, con clara inserción en un trabajo intersectorial (iglesias, escuelas, artesanos etc.).

Institucionalización vertical que ignora la cosmovisión local, pero en la que el trabajo integrado y la implementación de Comisiones de Salud en cada comunidad, permite registrar resistencias e inmovilidad de ciertos indicadores, y cambiar estrategias.

Etapas de desarrollo y consolidación. 1985-1995

Corresponde a Etapa Plan Carrillo y “comienzo del fin” a nivel provincial. Cambió en un promedio bianual la conducción del Hospital, pero permaneciendo durante todo el tiempo, profesionales con fuerte compromiso de trabajo y con APS. Sostienen durante casi todo el período el funcionamiento de CAS, el eje y apoyo al programa y trabajo de equipo interno, y relaciones intersectoriales.

En los primeros años contó con fuerte apoyo del Ministerio, agilización y aumento de recursos presupuestarios, capacitación, supervisión y desarrollo de APS y del resto del sistema.

Cuando a nivel provincial comienza el deterioro, el equipo local logra sostener la impronta y fuerza del programa, con altos costos personales, especialmente de los profesionales que permanecieron. Entre 1989 y 1992 quedó sólo el médico que estaba desde 1985, la dirección a cargo de la bioquímica. Y entre 1992 y 1995, la dirección a cargo de la única médica ginecóloga. Con el agotamiento de ellos, perdió el área profesionales de alta calidad.

Período de transición. 1995-1997.

Comienzo etapa de la reforma sanitaria en Salta. Mucho cambio de profesionales, que permanecen poco tiempo. Llegaron a enviar un cirujano plástico con régimen de 30 horas, de lunes a viernes, que dejaba al hospital sin médico los fines de semana.

Etapa de “gestión colegiada y conflictos” 1997-2005

Etapa reforma sanitaria en Salta. Cambian conducciones, pero permanece todo el período como médico quien fuera Director en la primera etapa. Iruya por su pertenencia a zona oeste, -región pobre y baja densidad poblacional- es excluida de medidas de reforma sanitaria, aunque aparecen fuertes barreras de accesibilidad a los servicios de mayor complejidad de Salta.

Época en que se duplican los cargos de agentes sanitarios y auxiliares de enfermería, con contratos nacionales precarios por muchos años. Etapa que comprende la época crítica en recursos de fines del 2001, pero donde la gestión local refiere muchos logros.

Los acuerdos conseguidos, la conformación del Consejo Técnico Asesor (CTA) como conducción participada del servicio, logra gran compromiso y esfuerzo del equipo; y la normativa provincial que exige evaluar procesos y resultados de todos, son cuestiones que confluyen en logros no registrados con anterioridad.

La gestión participada a nivel local, con buen nivel de información, plantea cuestionamientos internos – hacia quienes no trabajan – y externos- hacia políticos locales y funcionarios del Ministerio. Comienza una etapa de alta conflictividad.

Período de transición 2005-2008

Desde el Ministerio se envían varios Gerentes, que anulan CTA y CAS, hay una fuerte conflictividad interna e interferencias políticas partidarias en el Hospital. En 2006, llega la reforma sanitaria a Iruya, con la implementación del Plan Nacer. Se muestra un retroceso en cantidad y calidad de indicadores y un deterioro en el clima de trabajo de conjunto.

La evolución de indicadores cuantitativos preservados y guardados por tantos años; actas e informes de reuniones pre-rondas; relatos y experiencias rescatadas, dan cuenta de los dispositivos particulares de gestión local en relación a la accesibilidad y la equidad.

Resumiremos aquellas condiciones que, en función de objetivos y variables definidas, han permanecido como regulaciones o prácticas locales, con alcances o limitaciones que se señalan en cada caso.

Cobertura total con visitas a familias, como contacto permanente y periódico con los servicios.

Desde la primera ronda en junio de 1978, las visitas domiciliarias a todas las familias de cada sector del Municipio, más allá de la sencillez de la medida, significaron un giro copernicano en condiciones de inaccesibilidad previa, descripta como “*Estado de violencia*”.

Ese contacto como mínimo trimestral, más frecuentes para familias consideradas críticas, planificado y sostenido por personal institucional, con consignas “ida y vuelta” -prescribir y al mismo tiempo relevar condiciones, y derivar- aunque haya tenido condiciones diferentes según las épocas, han sostenido una vía de comunicación y demanda permanente con y del servicio.

Esa puerta de entrada, ha implicado para casi todas las familias – nunca menos del 95%- censo de población y condiciones sanitarias de vivienda; educación y promoción de medidas de higiene doméstica y saneamiento ambiental; promoción y acceso a ciertos recursos familiares o comunitarios para agua potable, información para prevención y detección precoz de enfermedades endémicas más comunes; diagnóstico y tratamiento para la tuberculosis; promoción de controles y cuidados del embarazo, parto y puerperio; inmunizaciones o vacunas según calendario nacional; control de crecimiento y desarrollo nutricional, promoción de lactancia materna y educación alimentaria de todos los niños menores de 6 años, con aporte de leche en polvo al menos, para todos quienes estuvieran desnutridos. Y además, todos aquellos que refieren síntomas de alguna enfermedad, reciben un formulario de derivación o “cita” para estudios y atención profesional en el Hospital.

A estas prestaciones permanentes se deben sumar campañas específicas: salud bucal, prevención de caries mediante topicaciones; educación sobre métodos y medios anticonceptivos, información sobre planes y ayudas sociales, información y detección retraso psicomotriz de niños o sobre violencia familiar, capacitación sobre planificación y gestión de proyectos etc. Estas últimas prestaciones estuvieran limitadas a algunos períodos, pero que cuenta de la factibilidad de su implementación con accesibilidad total.

Cuando se dejaba de visitar una familia, esto era inmediatamente advertido para visitarla en la ronda siguiente. Consta en actas repetidamente: “*Aps no se evalúa lo que se hizo, sino lo que se dejó de hacer, la familia que quedó sin visitar puede ser la que más necesidad tiene de ello*”.

Prestaciones de enfermería y consultas de urgencias, en cada comunidad

En los primeros años, eran A.S. viviendo en cada Puesto, pequeños ranchos o piezas precarias, sin comunicación, quienes brindaban atención primera lo más cerca posible de las familias. Se los

capacitaba para actividades de enfermería de urgencias (inyectables, tensión arterial, curaciones, asistencia de enfermedades más comunes y entrega de medicamentos básicos). Sólo seis comunidades tenían enfermeros.

La tarea de los A.S. significó que las comunidades comenzaran a demandar su enfermero. Progresivamente, en la medida que se fundamentaba aumento de actividades y necesidades, se incrementaron esos servicios.

La cartografía e identificación de todas las viviendas de cada sector, orientaba la distribución y significó la subdivisión de sectores. Con el criterio de aislamiento de las familias, se fueron justificando nuevos puestos. No importaba que fueran pocas, si estaban aisladas se buscaba que tuvieran su AS y Puesto lo más cerca posible.

Se construyeron, habilitaron y equiparon hasta diecisiete Puestos sanitarios, casi siempre con mano de obra comunitaria y ayudas externas o donaciones. De igual manera se consiguieron equipos de radio comunicación, con los cuales se evacuan consultas diariamente desde el Hospital, y llegado el caso, se organiza el traslado de los pacientes.

En 1997 todos los Puestos Sanitarios, contaban con enfermero y auxiliar, en ese momento muchos con contratos precarios. Actualmente todas las comunidades tienen enfermeros y agentes sanitarios residiendo en la comunidad, y con comunicación con el Hospital a través de equipos de radiocomunicación (aunque no siempre funcionan)

A fin de asegurar que los Puestos Sanitarios estuvieran abiertos todo el día, aún en épocas de escaso personal o períodos con contratos precarios por 20 horas semanales, el Consejo Asesor Sanitario decidió que permanecieran en cada comunidad 15 días continuados al mes, turnándose para que estuviera cubierto el mayor tiempo posible. En Iruya, nunca se aceptó lo que hicieron otras áreas, de que el personal de enfermería o A.S. no vivieran en el lugar.

Entre puestos y hospital ha existido una comunicación permanente, aunque con características propias de los lugares aislados. Desde palomas mensajeras, comunicación radial y registros de referencia y contrarreferencia, seguimiento de ficheros, actividades de supervisión intermedia, de enfermería y profesionales; comunicaciones escritas u orales a través de vecinos, distribución de leche y medicamentos con los que se contaba el Hospital.

El Puesto Sanitario funciona como sala de atención de emergencias, con atención primera de A.S. y enfermeros, quienes vía comunicación radial, realizan interconsultas y refieren haber resuelto gran cantidad de emergencias.

Atención primera de enfermería y profesional ambulatoria, programada en Puesto Sanitarios, y en forma permanente en el hospital, con capacidad de resolución de la mayoría de las enfermedades más comunes

Los puestos contaban con visitas programadas y periódicas de profesionales, aunque siempre estaban supeditados a la voluntad de ellos y disponibilidad de recursos.

Las derivaciones de los A.S. y la comunicación permanente entre personal y servicios hicieron accesible a toda la población, las prestaciones y recursos con que contaba el Hospital.

Hubo medios de diagnóstico y tratamientos ejecutados por enfermeros y médicos generalistas, que demostraron capacidad de resolución del 80% de las enfermedades más frecuentes, la mayoría de problemas sanitarios de baja y mediana complejidad. Hubo consultas externas e internación, laboratorio y bioquímica, atención de partos y problemas traumatológicos que no demandaran cirugías. Hay que contar también la atención odontológica, nutricionista y de salud mental así como estudios de radiografías, ecógrafo y electrocardiogramas, en algunos períodos.

Las evaluaciones de períodos en que se cuenta con información, constatan buena capacidad de diagnóstico diferencial y resolución para su complejidad. No derivaban a servicios de mayor complejidad más que el 20% de los internados, con una mortalidad hospitalaria y general, dentro de parámetros compatibles con promedios provinciales.

A pesar de exiguos recursos, los servicios que funcionan todo el día, no rechazan población, con las excepciones detalladas en algunas épocas por falta crítica de médicos, y especialmente por escasa disponibilidad de odontólogos.

Hubo breves períodos donde profesionales, con poca experiencia o formación, no atendían ciertas complicaciones, y derivaban con más frecuencia. De igual manera en los períodos en que la falta de insumos era tan crítica que se requerían derivaciones innecesarias.

El personal refiere *“gracias a Dios contamos la mayor parte del tiempo con buenos médicos”* haciendo referencia con esto, a que lo que se contaban, no tenía que ver previsiones del Ministerio, sino con la casualidad o voluntad local, donde la mayor parte del período estudiado, la cantidad de recursos humanos y financieros, ha sido más que insuficiente, en relación a los estándares.

Los servicios muestran un lento pero progresivo incremento en recursos y servicios, tal lo refieren las fechas de incorporación. De igual manera que los Puestos Sanitarios, el Hospital fue progresivamente fundamentando y demandando ampliación de prestaciones (como consta en evaluaciones de servicios), más médicos, odontólogos, medicamentos e insumos. Hubo una extensión de su cobertura

hacia el interior, asignación de una ambulancia a Rodeo Colorado, la justificación de creación de Centros de salud y médicos permanentes o el proyecto de nuevo Hospital de Iruya.

Hay claras referencias de que todo lo conseguido, era después de mucho tiempo y pedidos, con múltiples demandas sin respuesta, y en general, que la mayoría de los logros, fueron resultado de gestiones y financiamientos logrados por esfuerzo y trabajo local. Todo ocurre como si fuera un servicio que generó su propio crecimiento y desarrollo, adaptándose y esforzándose internamente, para romper las barreras organizativas desde otros niveles o responsables.

A través del Hospital y sus derivaciones, accesibilidad a atenciones de urgencia o programadas a servicios de mayor complejidad en Salta y Jujuy.

La organización escalonada del primero y segundo nivel de atención, y las relaciones del Hospital con un sistema externo, permitió el acceso a toda la población a servicios de mayor complejidad de otros lugares.

Durante el período estudiado, toda la población accedía a la red pública de mayor complejidad por emergencias y atenciones programadas para especialidades. En caso de que los pacientes contaran con obra social o posibilidades de acceso a servicios privados, se respetaba esa elección.

Esto significó en la etapa del Plan Carrillo, que si una familia en el cerro más alejado necesitaba una prestación de máxima complejidad, por ejemplo cirugía especializada o tomografía, accedía a ella, sin ninguna traba o condición.

Antes o después de esa etapa, el Hospital de Iruya coordina derivaciones de igual manera, pero dependía de recursos eventuales para el traslado (ambulancia, combustible) o de las trabas con que se encontraban en destino (cobros, turnos o esperas en hospitales urbanos), la accesibilidad a prestaciones más complejas.

Constan las resistencias permanentes de la población a derivaciones fuera de Iruya. Además de dificultades personales y aquellas atribuibles a la inaccesibilidad geográfica, tienen especial incidencia en ello, las condiciones de atención en los servicios de destino.

Claras diferencias de accesibilidad cultural, económicas, y organizativas de los hospitales de mayor complejidad, sean estos hospitales de autogestión -que exigen cobros inaccesibles para quienes tienen obra social- u hospitales de gerenciamiento privado, por las premuras en la atención y las altas que parecen desconocer condiciones de origen de las poblaciones del interior.

Esto plantea la importancia de regulaciones y prácticas similares en todos los niveles. Un buen trabajo preventivo, sin asistencia tiene poco alcance. Un buen nivel de complejidad, sin buena calidad de atención o diagnóstico diferencial en servicios cercanos a la población, tampoco alcanza.

Accesibilidad con oportunidad y rapidez, sólo limitada por condiciones geográficas, y en ocasiones de disponibilidad de recursos

Todas las prestaciones señaladas, han estado limitadas por la oportunidad y la rapidez, a disponibilidades financieras, las condiciones geográficas y climáticas. Han sido prestaciones oportunas para quienes residían en el pueblo de Iruya y en las comunidades más cercanas.

Pero las distancias han condicionado la oportunidad y la rapidez para la accesibilidad a las prestaciones de segundo nivel, especialmente para niños pequeños, ancianos y mujeres embarazadas de comunidades más alejadas.

Desde el personal y dispositivos locales, se constatan múltiples estrategias para facilitar la oportunidad y la rapidez de atención: controles preventivos, priorizar turnos o lugar de residencias, algunas normativas en contra de disposiciones ministeriales para acercar medicamentos, etc.

Las adversas condiciones locales, no han constituido un obstáculo insalvable para el personal, pero siempre ha quedado en su voluntad y esfuerzo el hacerlo. No aparecen en general, normativas o recursos especiales por parte del Ministerio, para superarlas; y por el contrario se refieren trabas e incomprensiones, para la disponibilidad de recursos necesarios a nivel local (medicamentos para uso de enfermeros, animales, combustible o de alfa para alimentar mulas y caballos).

Las condiciones geográficas y climáticas son obstáculos muy difíciles de vencer, especialmente si sólo se cuenta con recursos y esfuerzo local para hacerlo.

Acceso universal y equitativo al mismo tipo de servicios

Todas las prestaciones señaladas, con la graduación y condiciones mencionadas, han constituido en todo el período estudiado, un único sistema sanitario público para todas las personas que viven o están de paso en Iruya, sin otro tipo de discriminación social.

Todos los servicios y personal atienden a todo tipo de personas, sin ninguna clasificación o condición social limitante. La población con obra social, turistas, extranjeros, niños, adultos, es asistida con iguales condiciones y tipo de prestación.

Las únicas limitaciones de accesibilidad social, tienen que ver con la lógica médica y positivista que prioriza determinados problemas o destinatarios, o con el modo racional o grupal de relación, con la que se orienta la accesibilidad.

Así tienen menos accesibilidad los adolescentes, ancianos y hombres, cuyos problemas no son de interés sanitario, “*en nuestras casas no vienen seguido porque no hay niños*”. O bien tienen menos acceso los jóvenes o niños pequeños porque no demandan el tipo de comunicación racional y discursiva propia de estos servicios.

Acceso económico gratuito en el momento de la prestación.

El hospital y sus servicios, aún en épocas de crisis y carencias severas de recursos, nunca ha recurrido a cobro alguno ni de bonos “voluntarios”, en el momento de la prestación.

En la práctica por obvias razones de distancia y aislamiento, todas las personas con obra social, para atenciones preventivas, de primer y segundo nivel con los respectivos medicamentos e insumos, son asistidos en la mayoría de las oportunidades, por el único servicio público local.

La accesibilidad económica también refiere ser consecuencia de esfuerzos, iniciativas o aportes propios del personal, o resultado de gestiones locales a través de ayudas o donaciones voluntarias, por fuera del sistema sanitario.

Los datos sobre financiamiento permiten afirmar que la accesibilidad y prestaciones, en idénticas condiciones y calidad y gratuitas en el momento de la prestación, corresponde a un esfuerzo local inequitativo y regresivo.

Inequitativo, porque servicios y poblaciones más pobres y aisladas, reciben proporcionalmente menos, que el promedio nacional de gasto por persona desde el sector público.

Regresivo, porque terminan aportando más quienes tienen menos. Tanto por insignificante o nulo aporte de las obras sociales, como porque sólo aportaba la obra social con menos recursos.

Acceso tanto a acciones preventivas como a asistenciales

La información refiere el peso en las prioridades del servicio, de acciones de promoción y prevención, de detección precoz, como tarea sistemática y de conjunto en la gestión local. Si bien se realiza prioritariamente desde el modelo biomédico, los datos cuantitativos e insistencia de relatos, refieren de manera permanente una mirada y acción sobre las causas, y no sólo consecuencias de las enfermedades.

Vale decir: medidas organizativas sostenidas como cartografía, localización y salir casa por casa, advertir determinados signos y síntomas y derivar a la consulta médica; el trabajo de vigilancia epidemiológica colectivo y personalizado con paneles y ficheros; la planificación y capacitación mensual de todo el personal, instrumentación en diagnósticos diferenciales etc.

Como dato cuantitativo, un indicador de 0% de mortalidad materna por 10 años, sin más que 75% de partos hospitalarios, y 20% de derivaciones a servicios de más complejidad es difícil de explicar sin la fuerza de acciones de prevención.

Muy significativa resultó la insistencia de las pre-rondas: “*Las distancias y carencias, nos obligan a estar siempre alertas, a prepararnos a ver antes de que vengan los problemas, porque cuando se presentan no hay tiempo de hacer nada*” “*Qué pudimos hacer como equipo, y no hicimos antes para que esto no ocurriera*”

El peso o carga laboral del que da cuenta el trabajo comunitario e intersectorial, la cantidad de proyectos, talleres, y capacitaciones sobre desarrollo socioeconómico en las que participó el personal, tiene sus frutos.

Al mismo tiempo, el funcionamiento del servicio y su personal refieren una preocupación constante por coordinación e integración con prestaciones asistenciales. Junto a lo cuantitativo y colectivo, aparece la preocupación nominal y personalizada de tratamientos.

La presión y movilización sobre los servicios hospitalarios, a los que se ha tratado de brindar respuesta, la evaluación y seguimiento de pacientes, análisis de historias clínicas que se realizan en pre-rondas, las comunicaciones radiales, la valoración que hace el servicio del equipo de APS, son todos signos de que el programa ha funcionado además, como puerta de entrada a los demás servicios.

No en todos los momentos esa integración fue buena. Consta en evaluaciones de equipo y pre-rondas, que cuando por alguna razón los profesionales no atendían a la gente, o existían trabas a prestaciones en Puestos u Hospitales, los A.S eran los primeros en plantearlas, fundamentado que ello quitaba confiabilidad o sentido a su propia tarea.

Realizar prevención y no asistencia, determina un sistema limitado para pobres. Profesionales y técnicos de salud pública suelen cuestionar a la población que sólo demandan asistencia y no se preocupan por prevenir, sin embargo esto es explicable porque en la asistencia suelen estar las deficiencias de hospitales.

La prevención es fundamental acción desde la organización de los servicios para racionalizar y hacer más eficiente el gasto. Desde la mirada de la población, lo que duele o importa es la enfermedad de cada uno, y no dar respuesta a ello, consolida un modelo discriminador y sin legitimidad social.

El haber logrado integrar ambas funciones, sin discriminaciones y con similar calidad para todos, implican un logro no menor, en función de los obstáculos y las brechas señalados. Y sin duda ello ha influido en el crecimiento progresivo de la aceptación y la confianza en el servicio y prestaciones, que no eran propias de la cosmovisión local, según lo refieren indicadores de consultas, crecimiento y desarrollo de los servicios, etc.

Servicio que demuestra responder a todo tipo de accesibilidad, para prestaciones exigidas como atención primaria, por la Convención de Derechos de los Niños

Las prestaciones que tomamos como regla para evaluar la accesibilidad, aquellas incluidas en el art. 24 de la Convención de los derechos del Niño, con rango constitucional desde 1994 o las que desde hace apenas algunos años pregonan como derechos para todos los niños y embarazadas los afiches del Plan Nacer, son prestaciones a las que efectivamente, los pobladores de Iruya han tenido acceso ininterrumpido desde 1978.

Prestaciones a las que, aunque parezca extraño, no tienen acceso hoy muchas personas de medios urbanos con mayor cercanía a más tipo de servicios.

El resumen la puntualización de prestaciones brindadas en forma casi permanente, o como mínimo en condiciones idénticas y gratuitas para todos, una vez alcanzadas -con las limitaciones geográficas o de recursos señalados- dan cuenta de la posibilidad de garantizar exigencias constitucionales, con muy baja inversión.

- ✓ En el domicilio un mínimo de 4 visitas al año, con educación sanitaria sobre enfermedades prioritarias y derivación para la atención profesional.
- ✓ Cerca del domicilio, prestaciones de enfermería, mañana y tarde en días hábiles, urgencias todo el día, con asistencia por radio desde el hospital base.
- ✓ Inmunizaciones obligatorias según calendario nacional, domiciliarias o Puestos. Eliminación de la mayoría de enfermedades inmuno-prevenibles.
- ✓ Control domiciliario o cerca del domicilio, de crecimiento y desarrollo de niños menores de 6 años, vigilancia de episodios de desnutrición aguda, apoyo alimentario con leche en polvo y educación alimentaria. Eliminación de la mayoría de episodios de desnutrición grave.
- ✓ Educación domiciliaria sobre puerperio y lactancia materna, detección precoz de enfermedades de la infancia prevalentes en cada comunidad. Disminución progresiva y control de mortalidad infantil por causas evitables en un porcentaje mejor que en áreas vecinas, alcanzando porcentajes iguales o menores a la media provincial.
- ✓ Educación y captación domiciliaria, control de enfermería y detección precoz de problemas de embarazo, parto y puerperio; derivación y acceso al hospital para la atención médica, odontológica, psicológica; análisis de laboratorio y ecografía a embarazadas. Eliminación casi total por 10 años de la mortalidad materna (sólo una muerte difícilmente prevenible).
- ✓ Educación domiciliaria, apoyo y organización en cada comunidad para gestión de recursos para acceder a agua potable, disposición sanitaria de excretas y basuras. (Aunque la mano de obra de tales servicios quedara en el mayor porcentaje a cargo del trabajo comunitario voluntario).
- ✓ En todas las comunidades, de información para proyectos productivos y gestión de financiamiento de la cooperación internacional.
- ✓ Información en el domicilio y acceso en puestos sanitarios a medios inyectables y anticonceptivos prescriptos; en hospital a consejería, libre decisión, Paapanicolao, controles profesionales y uso de todos los métodos anticonceptivos aprobados. A través del hospital, acceso programado para métodos definitivos, en hospital de más complejidad.
- ✓ En el domicilio, recursos y asistencia técnica para prevención, detección y tratamiento completo de tuberculosis como enfermedad endémica.
- ✓ En las comunidades de manera programada y en el hospital en atención médica general, laboratorio y medicamentos básicos para enfermedades prevalentes. Con registros continuos de toda prestación en historia clínicas y con resolución del 80% de problemas sin derivación.
- ✓ Desde el Hospital acceso en urgencias y programada a todos los servicios de mayor complejidad de la red pública de Salta y Jujuy.
- ✓ En el hospital, estudios complementarios de rayos X, laboratorio, electrocardiogramas, ecografías.
- ✓ Provisión gratuita de monodrogas básicas para enfermedades o problemas de urgencia en cada comunidad, bajo consulta profesional por radio, y en atenciones médicas y odontológicas de las enfermedades más comunes, en promedio al 90% de la población.
- ✓ En el domicilio acciones de prevención, detección precoz y derivación programada para asistencia en el hospital, de problemas odontológicos más frecuentes.

- ✓ En el domicilio información, detección precoz y derivación programada al hospital por problemas en salud mental.
- ✓ Vigilancia epidemiológica permanente y sobre toda la población, de las condiciones sanitarias de las personas, vivienda y ambiente, enfermedades de interés sanitario y notificación obligatoria por ley.

Prestaciones biomédicas ¿culturalmente aceptadas?

La cobertura, tipo de prestaciones y condiciones de accesibilidad de los servicios públicos de salud en Iruya responden al modelo biomédico de atención de la salud.

Las adaptaciones o resoluciones locales se relacionan con cuestiones de organización y relaciones con actores e instituciones locales, pero siempre respetando normativas y regulaciones provinciales o nacionales.

En relación con la accesibilidad cultural, la información da cuenta de una lenta y progresiva aceptación y uso de los servicios, por parte de una población que, al comenzar el programa, no tenía experiencia previa ni contacto con este modo de definir o responder a enfermedades.

No existen referencias en el período analizado de que la población de Iruya haya rechazado o puesto condiciones a ninguna de las prestaciones, pero nobleza obliga advertir que tampoco constatamos nunca negativas al ofrecimiento de programas o actividades desde cualquier institución o actor social.

Por el contrario hay referencias de la capacidad para percibir lo que puede ofrecer cada institución, autoridad o programa externo; qué puede serle útil, y en función a ello, modifican, niegan o reelaboran necesidades y condiciones locales, para poder acceder a lo que les ofrecen. Si hay posibilidad de conseguir alguna ayuda o recurso, todo se acepta. Después aparecen los rechazos encubiertos.

“Hace años que decimos lo mismo, pero no escuchan”. “No dicen que no a nada, pero como todas las ayudas, les exigen tareas o aportes propios, después no pueden cumplir, son siempre los mismos para hacer todo”

Se cuestiona en estos contextos, las afirmaciones de evaluaciones de programas o intervenciones que dicen responder a *“necesidades sentidas”* o *“ejecutados con participación o consulta a los destinatarios.”*

El tiempo, los procesos y resultados son los que pueden referir mejor aquello realmente aceptado, cuando la población demuestra haberlo asumido. Sea porque responde a una necesidad o problema pre-existente, o porque se incorporan como pautas propias. Decisión propia, todo parece indicar que eso ocurre pocas veces, sólo sobre los recursos o tácticas de los que deciden o disponen efectivamente.

La visita domiciliaria, no ha tenido rechazos abiertos ni siquiera en sus inicios; las recomendaciones en las que insisten los A.S. refieren aceptación lenta, variable o no aceptación. En los últimos tiempos, aparece en las pre-rondas, y aún como sugerencia a incorporarse como factor de riesgo el término *“rechazo encubierto”*: el personal ve que esas familias, a las que hace años se les indica determinadas conductas, muestran escuchar o aceptarlas, pero no las llevan a la práctica.

Los servicios y las prescripciones del A.S., han tardado a veces mucho en ser aceptadas, particularmente aquellas referidas a saneamiento ambiental, cuestiones relacionadas a embarazo, parto, puerperio, alcoholismo. Otras, demuestran que las resistencias o dificultades tienen más relación con las condiciones del servicio, que con el interés de la población: prestaciones de anticoncepción, parto hospitalario, o las mismas prácticas en salud mental.

Las prestaciones mejor aceptadas, son sin duda las visitas domiciliarias y atención profesional en las comunidades (mucho antes que en el Hospital), las indicaciones sobre el cuidado de los niños, nutrición, vacunas y atención de enfermedades infecciosas o traumatismos. De igual manera fueron rápidamente aceptados los servicios de odontología, y de salud mental cuando se relacionaron con problemas en los vínculos, dificultades de crianza de los niños o situaciones de violencia familiar.

Los indicadores cuantitativos refieren una relativamente buena calidad, y en general una progresiva buena aceptación: el incremento de consultas por habitante/año- los logros en indicadores de morbilidad, las excelentes coberturas en inmunizaciones, control de desnutrición grave, el incremento del uso de sueros de rehidratación oral, son entre otros, indicadores de ello.

En lo cualitativo, el que no se hayan instalado servicios de obras sociales o privados en Iruya, ni siquiera en forma ocasional (con un 28% de población que aporta a ellas) puede indicar que en temas o problemas del modelo biomédico, el hospital tienen una aceptación mayoritaria de la población.

El otro dato importante en relación con la accesibilidad cultural, es que la gente no rechaza abiertamente, ni expresa conflictos entre su cultura y el servicio, como tampoco da un cheque en blanco. Cuando las condiciones o modos de atención, no los satisfacen, se retiran, dejan de concurrir. Ejemplo de ello son las fluctuaciones en las consultas médicas.

Todo indica que la población se tomó su tiempo para confiar, y en la medida en que el hospital estuvo abierto en forma permanente, y su personal llegó hasta sus viviendas, comunidades y preocupaciones, confió rápidamente.

Ello no significó abandonar sus prácticas y recursos para PSEC, más bien fue incorporando el hospital al paisaje terapéutico.²⁸⁶ Todo ocurre como si la población haya recurrido al más elemental principio científico, la medicina basada en la evidencia: se tomó el tiempo para constatar y comprobar efectos de prescripciones y terapias ofrecidas por el hospital, pero al mismo tiempo no otorga una aceptación sin condiciones. Al mismo tiempo, está refiriendo que la población no siente ni considera al servicio como propio de su modo de vivir o de su pertenencia.

Finalmente, la información sistematizada está dando cuenta de límites y dificultades que tienen los servicios de salud, para revertir determinadas problemáticas. Por más esfuerzo, compromiso y trabajo, la desnutrición aparece como un problema que los trasciende. De igual manera el control de la mortalidad infantil. Aún las mismas condiciones de saneamiento, cuando dependen sólo del esfuerzo propio y ayuda mutua.

²⁸⁶ Concepto que suele usar Guillermo Arrue “Willy”, médico rural de muchos años en Neuquén con el que refiere la actitud de la población que toma recursos y prestaciones de diferentes modelos de atención de enfermedades, aunque respondan a concepciones contradictorias.

4 - REGULACIONES Y PRÁCTICAS.

“Exilio”

*“¿Cuál es la distancia que separa un campamento minero de Bolivia y una ciudad de Suecia?
¿Cuántas leguas, cuántos siglos, cuantos mundos?”*

Domitila, una de las cinco mujeres que derribó a una dictadura militar, ha sido condenada al destierro por otra dictadura militar y ha venido a parar con su marido minero y sus muchos hijos, a las nieves del norte de Europa.

De donde todo falta a donde todo sobra, de la última miseria a la primera opulencia: ojos de estupor en estas caras de barro: aquí en Suecia se tiran a la basura televisores casi nuevos, ropas apenas usadas, muebles, heladeras y lavaplatos que funcionan perfectamente.

Van al muere los automóviles penúltimo modelo.

Domitila agradece la solidaridad de los suecos y les admira la libertad, pero el derroche la ofende. La soledad, en cambio, le da pena: la pobre gente rica a solas ante el televisor, bebiendo a solas, comiendo a solas, hablando a solas:

-Nosotros – cuenta, recomienda Domitila - nosotros, allá en Bolivia, aunque sea para pelearnos, nos juntamos”

Eduardo Galeano

“El siglo del viento”

Las condiciones en que los servicios locales refieren accesibilidad, oportunidad, calidad, equidad, integralidad, junto a sus limitaciones, pueden relacionarse con normas y prácticas provinciales, locales o interrelación entre ambas.

Algunas reglamentaciones provinciales no se aplicaron en todos los servicios o no tuvieron continuidad a nivel local. Existen prácticas locales que incidieron en accesibilidad y equidad, y no perduraron.

El Consejo Asesor Sanitario sancionado por ley 6277/85, ley que nunca fue derogada, no se conformó en muchas áreas de la provincia, y en Iruya no siempre fue convocado. No se respetó siempre el presupuesto descentralizado, y datos numéricos respaldan en algunas épocas, una progresiva y fuerte centralización en el manejo y asignación de los fondos. No todos los hospitales funcionan todo el día, o no siempre a nivel local, hubo los mismos porcentajes de derivaciones.

“¿Qué cuestiones incidieron en las mejores condiciones de accesibilidad y equidad en que se brindaron los servicios? ¿Cuáles fueron las normas y prácticas que la facilitaron u obstaculizaron? No importan los nombres, sino las prácticas”

Analizando respuestas que el personal de Iruya aportó a esas preguntas trabajadas en grupos, recortando insistencias y discrepancias sobre ellas, “paloteando” como aprendimos en APS, surgen con fuerza las siguientes características de gestión local:

a) Favorecieron la accesibilidad

Los márgenes de autonomía y descentralización que se consiguieron.

Las mayores insistencias sobre facilidades, tienen relación con espacios o etapas en que se lograron posibilidades de decisiones locales, en un servicio centralizado y vertical en su funcionamiento habitual.

Lo que la teoría denomina descentralización, expresado por el personal como *“lo mejor fue cuando respetaron la autonomía del área operativa”* *“cuando pudimos adaptar las normas a nuestra realidad”*, *“cuando contábamos con información y podíamos analizar y decidir nosotros, cuando podíamos conseguir fondos y decidíamos entre todos cómo usarlos”*, parece referido como la regulación más importante.

Las prestaciones básicas han sido y son decididas desde el Ministerio de Salud de Salta (en los últimos años con mayor incidencia de programas nacionales). Normas, a veces transmitidas en forma escrita, generalmente como indicaciones verbales, son aplicadas sin cuestionar por los profesionales, directores/gerentes, que ejercen autoridad local.

Las condiciones locales son desconocidas o muy difíciles de comprender por quienes deciden en Salta, pero la norma se aplica, porque quienes las transmiten, además de tener una función de conducción, son profesionales, “de afuera” y “saben más”. Difícil o casi imposible resistirlas.

El modelo sanitario implementado fue y sigue siendo biomédico y centralizado, sin embargo a nivel local, se consiguieron reglas y prácticas que respondían a la cosmovisión local. Hay referencias a iniciativas autónomas y en orden a dar respuestas a otras necesidades que las exclusivas del modelo médico hegemónico, a saber: la experiencia con parteros empíricos; las derivaciones para prácticas como “manteo” o el apoyo a curas milenarias para problemas mentales; el asesoramiento a macroproyectos con financiamiento internacional, dirigidos por A.S. Iniciativas como disposiciones internas para crear el Consejo Técnico Asesor, regular salidas o capacitaciones por fuera de normas provinciales, manejo local de medicamentos, experiencias como trabajo de desarrollo psicomotriz de los niños, programa de sanidad animal, premios e investigaciones, intercambios y pasantías con instituciones científicas nacionales e internacionales de las que participaron trabajadores locales.

Constan también iniciativas locales, entre otras, propuestas de cambios a formularios provinciales (sugiriendo incluir factores de riesgo psicosocial, no sólo biomédicos, e inclusive factores protectores²⁸⁷), o hacia normas nacionales. Algunas no tuvieron respuesta, otras lograron beneficios para el hospital local o hacia otros similares. (Reforma al Programa Remediar a través de Cáritas Nacional, Proyecto de Salud Sexual)

El reconocimiento del personal, sobre importancia de autonomía del área, refiere valoración a iniciativas y capacidades locales, no sólo repetir o reproducir; también decidir y alterar normas que entorpecen accesibilidad.

Posibilidad y permanencia de espacios de participación internos y externos

La autonomía o posibilidades de decisión y creación local, están claramente relacionadas por el personal, con un trabajo de conjunto o del equipo: *“trabajamos mejor, cuando funcionaron el CTA y CAS, donde había realmente participación interactiva”* *“Cuando analizamos, compartimos los*

²⁸⁷ Propuesta Área operativa VI- Iruya. Junio 2004, sobre modificaciones del Formulario N° 1. Desde el Ministerio siempre hubo resistencias a incluir problemas sociales con la excusa de que significar más trabajo para los agentes sanitarios. A los AS registrarlos no les significaba más trabajo, el tema es que después algún ámbito del gobierno debería encaminarlos o darles respuesta. Hubieran permitido no sólo dimensionar magnitud de muchos de ellos, sino inclusive diagnosticar más certeramente, las mismas condiciones biológicas.

problemas y decidimos entre todos, así aparecen las mejores soluciones, y no da temor aplicarlas o mantenerlas, aunque al Ministerio no les gusten.”

“Gracias al Consejo Asesor, tenemos diálogo con otras instituciones” “Aparecen soluciones, sino somos nosotros, de afuera nadie se acuerda de aquí” “Allí surgieron y se consiguieron un montón de proyectos, fondos y recursos con que no contábamos”.

Son referencias a una autonomía que no implica aislamiento o conducción unipersonal, sino integración interna y con otras instituciones, en las que aparecen soluciones. Autonomía como apertura a relaciones, recursos e intercambios por fuera del Ministerio, parece ser factor importante para una mejor accesibilidad.

Desde el Ministerio existieron reglamentaciones que en alguna época favorecieron la descentralización y autonomía local: los CAS en épocas del Plan Carrillo, la gestión local, da cuenta de Comisiones de Salud en cada comunidad, antes de la norma provincial, y después, haber sostenido el CAS en muchas oportunidades, cuando en otras áreas nunca se formó. El mismo Consejo Técnico Asesor, es una creación local, que demuestra clara incidencia en el mejor clima de trabajo, capacitación y calidad de gestión, más allá de correlación entre buenos indicadores de procesos y resultados, variedad de proyectos e iniciativas.

Tomás Torres lo refrenda diciendo *“Los mejores indicadores cuantitativos y mayor cantidad y calidad de iniciativas y procesos, no fueron durante los 10 años que fui Director, sino cuando funcionaron el Consejo Técnico Asesor y Consejo Asesor Sanitario, entre 1997 y 2005, épocas de crisis económica, y período donde sólo fui gerente menos de 2 años ”*

Tema fundamental es analizar por qué, espacios creados y valorados por el equipo local, dependen para funcionar de que Directores o Gerentes lo hayan permitido o convocado. El personal en conjunto, aún con ley vigente, no ha podido poner en funcionamiento el CAS, sin apoyo de la conducción.

Los espacios de participación sostenidos dan cuenta de otra característica poco común en otros servicios: la capacidad de diálogo y aprendizaje en plano de igualdad de personas no sólo de diferentes disciplinas, sino de diferentes culturas. Pero exige alterar jerarquías y prácticas corporativas prácticas habituales en las instituciones.

Procesos y prácticas permanentes de supervisión, capacitación, investigación y planificación, comunes para todo el personal. Gestión sustentada en sistema de vigilancia epidemiológica colectiva e individual de toda la población

El programa de APS, sostenido como eje de los demás servicios, implicó para el personal un ejercicio cotidiano de planificación, supervisión, capacitación, todos sustentados en la vigilancia epidemiológica.

“El trabajo es de mejor calidad cuando tenemos supervisión, para nosotros eso es acompañamiento y capacitación en terreno, tanto desde el Ministerio, como desde la conducción profesional”

“La mejor práctica para mejorar nuestra tarea, es cuando entre todos comparábamos y analizábamos problemas”. “Cuando tenemos que encontrar razones por las que no se conseguían objetivos”

“Cuando decíamos “esto no es para calientes” “teníamos que aprender a criticarnos y criticar, también a los profesionales”

El esquema organizativo de hacerse responsable de toda la población, el censo actualizado, reuniones periódicas de análisis *“las pre-rondas son sagradas”*; resultan un verdadero ejercicio de investigación /acción /participativa, como insumo de decisiones compartidas.

Constituye una práctica sistemática la vigilancia epidemiológica, *“lo que está encima de los pueblos”*, como fundamento del proceso de planificación. Vigilancia sobre el total de población, y al mismo tiempo, personalizada, identificada por casa, familia, historia clínica, con un acompañamiento personalizado posterior. “Palotear” si bien puede ser una acción cuantitativa, permite orientar y dirigir procesos y decisiones, con algún grado de relación con la realidad.

Puede cuestionarse la profundidad de análisis o el tipo de planificaciones, si son sólo actividades o se planifica por objetivos, si es planificación normativa y no estratégica, pero aparece claramente una correlación del proceso entre diagnóstico, planificación, gestión y evaluación, que muchos teorizan, y en este lugar de manera sencilla y cotidiana, se realiza hace años.

“Mediante paneles, banderitas por cada desnutrido o embarazada con el número de su casa; el apoyo del supervisor intermedio o médico que acompañaba en la visita para “convencer” de la necesidad o posibilidad de resolver un problema si se concurría a estudios en el hospital. Así se trabajó con tuberculosis, embarazadas, inmunizaciones, nutrición para hacer seguimiento de tratamientos, controles o dosis”

Proceso que además, desde las normativas de pre-rondas provinciales se han incluido en algunas épocas, y en Iruya las actas lo muestran como práctica abierta. De manera permanente participaban de ella los demás integrantes del equipo y referentes comunitarios. Los jueves debe compartirse el análisis con todo el personal del servicio; y el último día, los viernes, con el CAS o referentes comunitarios, donde se informa y se reciben aportes sobre problemas detectados.

La población conocía que había un día, cada tres meses, en que un cartel en la sala de espera anunciaba *"En tal fecha, sólo se atenderán urgencias, el personal está de evaluación"*.

Esa mecánica también guiaba el proceso de capacitación conjunta del personal, no sólo de APS, *"las mejores épocas eran cuando entre todos planificábamos y concretábamos programas de capacitación en encuentros mensuales de dos días"* La variedad y originalidad de temas tratados, y la mecánica de los talleres elegida son rescatados también.

Esa tarea de vigilancia epidemiológica, en cuanto a información colectiva fue reforzada y ampliada entre 1997 y 2005, cuando se preparaba y analizaba, también entre todo el personal, informaciones integradas de todos los servicios, con indicadores de consultas e internación, diagnósticos odontológicos y aún financieros, lo que daba base a posibilidades de comprensión y cuestionamientos de gran alcance.

La profundidad de esos procesos tiene relación sin lugar a dudas, con los conflictos que vivió el servicio. Cuestionaba desde el cumplimiento o diferencias de responsabilidades locales, hasta incoherencias de autoridades locales y provinciales. Constituían prácticas que fundamentaban y demandaban transformaciones a lo instituido, y ello nunca es gratuito.

Sentido de pertenencia, relaciones cercanas no sólo instrumentales, con cargas y beneficios equitativamente distribuidos

Significativamente, surge de todos los profesionales entrevistados, insistencias en una valoración especial del clima o condiciones de trabajo locales, referidos como calidad humana y profesional, excepcional. Esta apreciación externa, coincide con claras referencias del personal local, sobre los momentos con mejor clima, motivación y calidad en los resultados del trabajo.

Cuando uno indaga a qué lo adjudican, los profesionales refieren *"el espíritu de familia, cercanía, solidaridad"* *"el compromiso, calidad y esfuerzo compartido"*, *"la mística dada por apoyo y trabajo conjunto con otras instituciones"* *"El apoyo y cercanía de una iglesia comprometida"*.

Y el personal local refiere cuando *"compartimos la vida y el trabajo sin diferencias de títulos"* *"Cuando los profesionales salen al campo, visitan a las familias acompañándonos"*. *"Compartir adversidades y dificultades, no sólo el trabajo, sino la vida, festejo y buen humor"* *"Cuando los profesionales no eran menos porque salen al campo con nosotros y se acercan a la gente"*. *"Donde nadie es menos porque ensilla caballos" se "bancan" (aguantan) dormir en el suelo, comer lo que venga," "Cuando quienes vienen respetan nuestras costumbres"*

Las salidas al interior y las visitas domiciliarias, aparecen como prácticas valoradas tanto por el personal, como por la gente, al ser representadas y significadas como un trabajo o esfuerzo sin paga o retribución. Se inscribe en una relación no instrumental u obligada, sino en el orden de lo afectivo y gratuito.

La referencia a la "mística inicial", al compromiso excepcional del cura que cumplió funciones de supervisor intermedio, y el reconocimiento especial a la cercanía y acompañamiento de los sacerdotes e Iglesia. *"Estaban siempre en las pre-rondas, nos ayudaban a conseguir financiamiento para proyectos, y apoyaban nuestras notas y reclamos laborales"*.

Se representa y significan positivamente, relaciones más parejas para afrontar la carga laboral, sin privilegios; que incluyen esfuerzo pero también festejos y buen humor. Aparece como lógica valoración en un contexto y experiencias de aislamiento y olvido, y donde las relaciones con los de "afuera" son representadas generalmente como atropello, uso y abuso; intercambios y prebendas.

Todo ocurre como si hubieran coincidido y potenciado, disposiciones similares, provenientes de intereses y culturas diferentes, expresadas como similitudes entre: sentido de comunidad y reciprocidad andina; un cristianismo de comunidades de base y emancipatorio, y la profesionalidad desde una medicina social.

Apertura a otros servicios, estímulos y reconocimientos al trabajo

Finalmente hay una cuestión señalada desde distintas apreciaciones, como contribución al mejor clima y calidad del trabajo, expresada por todo el personal, es la existencia de estímulos o reconocimientos de orden no económico.

Desde los profesionales *"lo que aprendimos de gente sencilla y humilde, no lo aprenderemos en otro lugar, es un capital muy valioso y poco común"* *"el apoyo y el reconocimiento de la gente, fue el sostén ante la adversidad"*.

Reconocimientos y estímulos ya señalados como capacitación y trabajo de conjunto, las oportunidades en que se reconoció el esfuerzo y mérito. Por el contrario es marcado como obstáculo *"Cuando nombran los políticos, o designan desde Salta, nunca se tiene en cuenta antecedentes, y esfuerzos realizado"*.

Se reconoce muy positivas las aperturas y relaciones externas, que permiten conocer realidades diferentes y valorar lo interno: *"épocas en que todos decidíamos a quien le correspondía la designación, las becas o invitaciones"*. *"Cuando todos podíamos señalar y reconocer el esfuerzo y mérito para algún premio o las pasantías"* *"Las selecciones internas que implementamos"*. *"Los*

encuentros y salidas, y las visitas de otras áreas” “Cuando compartíamos con otros agentes sanitarios, nos dábamos cuenta de todo lo que sabíamos, valíamos y hacíamos nosotros, por las capacitaciones que teníamos”. “Nos estimularon los pasantes y residentes que venían y querían aprender de lo que nosotros hacíamos” “fue mejor el trabajo cuando tuvimos reconocimiento, no sólo que nos pagaran “en blanco” dignamente igual a todos, sino cuando nos valoraron y capacitaron, eso no nos quita nadie”

En general los reconocimientos y estímulos que se señalan son locales o por fuera del Ministerio. Muy pocas referencias a reconocimientos desde la conducción de Salta. Hay reconocimientos desde Nación y no desde la Provincia ²⁸⁸

b) Obstruyeron la accesibilidad

En este punto, sintetizamos aquellos obstáculos y responsabilidades desde la conducción del Estado, en coherencia con el posicionamiento teórico sobre accesibilidad y equidad. También por insistencia en actas, entrevistas y talleres focales, sobre aquellas dificultades reconocidas como más importantes.

En la información y actas de reuniones aparecen permanentemente obstáculos atribuidos a la responsabilidad de trabajo local, aquellos que pasan *“por falta de compromiso, unión, trabajo de equipo, o capacidades”*, donde quienes asumen más responsabilidad, son los trabajadores subalternos; pocas veces los profesionales.

Abundan asimismo responsabilidades asignadas a la población: *“analfabetismo”, “bajo nivel de alarma”, “dependencia”, “falta de preocupación o dejadez de la madres”*

Los procesos locales, expresión y participación en las decisiones y relaciones de poder sobre responsabilidades locales será tema de análisis posterior. Las demás insistencias en los obstáculos pasan por:

Las carencias extremas de recursos tanto de la población, como del servicio.

Este punto refiere por lejos, la mayor carga de carencias y limitaciones, señalados en reuniones grupales o entrevistas, como limitaciones para el trabajo local: *“Saben que aquí ponemos nosotros lo que falta”. “Tuvimos que derivar por falta de suero” “Llevamos años trabajando “en negro” (contratos precarios sin aportes ni estabilidad)” “No tenemos ni alimentos para los animales y poder andar por el cerro” “El puesto sanitario es una pieza, piso de tierra, sin luz y los agentes sanitarios que, con contratos precarios menos, deben llevar la garrafa en mula, sino no tiene para cocinar”.*

Junto a las carencias económicas suelen señalarse las injusticias en la distribución de recursos o los privilegios, *“el gerente cobra viáticos para ir a Salta, a nosotros nos niegan la comida cuando nos llaman a las pre-rondas”. O la falta de aportes desde las obras sociales, “no tenemos medicamentos en los puestos, y el hospital que provee remedios a los jubilados y el Pami no aporta nada”²⁸⁹.*

El no reconocimiento por parte de las autoridades de las condiciones de extrema pobreza de la gente *“Iruya no existe para los gobernantes”.*

Las limitaciones y carencias materiales, son señaladas como obstáculos a nivel local por el personal, pero profesionales y pasantes que visitaron y acompañaron en parte el trabajo local, las encuadran en inconcebibles en nuestro país y en estos tiempos.

Puestos sanitarios en medio de la montaña, piso de tierra, techo de chapa, ventanas rotas con varios grados bajo cero, sin ninguna calefacción, ni agua corriente o luz; donde el personal trabaja durante todo el día, con un contrato “en negro” por 20 horas semanales; que además costear y llevar en mula, por varias horas de camino, una garrafa y comestibles para comer; entre muchas otras carencias, son fácilmente nominadas por quien viene de otro servicio urbano, como condiciones compatibles con la esclavitud.

La distancia, desconocimiento y falta de políticas adecuadas desde el Ministerio

Relacionado con lo anterior la falta de conocimiento de la realidad local por parte de las autoridades del ministerio *“pasan años y si no hacemos lío, no vienen” “las mejores épocas eran cuando venían en todas las pre-rondas”,* es señalado en normas incompatibles, órdenes y políticas ajenas a la realidad local.

Desde la falta de reconocimiento económico a las adversidades del trabajo local, hasta la falta de políticas adecuadas en recursos humanos, según necesidades de la población. Tanto en cantidad como en calidad apropiada.

²⁸⁸ Hubo premios desde el Programa Remediar en dos oportunidades al personal (Al Tomás Torres, en el día de la medicina social 2004, y a Edmundo Díaz, trabajo sobre atención de partos en 2005) y premios de concursos y financiamiento de proyectos nacionales y/o de Universidades en varias oportunidades.

²⁸⁹ PAMI, Programa de Asistencia a Mayores, obra social más grande del país, que cubre a pensionados y jubilados de todo el país.

Hay complicaciones que derivan de contar con personal trabajando bajo diferentes jurisdicciones, tipos de contratos y designaciones, válidas para ciudades u otro tipo de tareas *“Tenemos contratos por 4 horas diarias, y nos lleva 12 horas llegar al puesto sanitario” “No nos pagan durante meses, la Provincia le echa la culpa a la Nación, la Nación a la Provincia y nosotros lejos de todos”*.

La expresión *“tuvimos suerte de tener buenos profesionales”* da cuenta de lo que lo anterior implica en relación con los profesionales. Nadie asegura el número ni la calidad de personal necesario.

Profesionales que trabajan solos por días y meses, demandan capacidad no sólo para resolver todo tipo de problemas, sino muy buena capacidad de diagnósticos diferenciales, lo contrario implican altos costos en vidas o en derivaciones innecesarias. Además deben saber gestionar servicios y personal, con elementales condiciones de empatía o respeto a poblaciones diferentes. *“Nos mandaron un médico que no atendía a la gente porque tenía olor a patas”*. *“Mandan al que consiguen, no importa si hacen falta al menos 5 médicos por la cantidad de población a atender”*... *“Soy ginecóloga, y me mandaron a Iruya porque nadie quería ir, me dijeron que me mandaban por seis meses y me dejaron sola 3 años”*.

Y con mucha insistencia, por ser un tema muy cercano y doloroso desde que han fallecido cuatro trabajadores por la adversidad geográfica local, la falta de reconocimiento a un trabajo causal de riesgo y envejecimiento precoz, derecho que tiene el personal policial y docente local, y no el personal de salud.

“Llevamos seis años y tres muertos, cuantos más hacen falta para que se enteren las autoridades que nunca vinieron, ni se imaginan nuestro trabajo”

Aspecto central, en función del peso que tiene la conducción local de los servicios, aparece el problema la carencia de procedimientos respetuosos de la realidad particular, para elegir la conducción del servicio.

“Todo depende de quien conduce, cuando es bueno lo sacan” “Los cambian desde Salta y mandan gente que ni conoce ni quiere venir, viene sólo porque los mandan de Gerentes” “El trabajo se arruina, cuando vienen gerentes que no conocen la forma de trabajar de aquí, ni preguntan y ordenan, desconocen y no respetan nuestra cultura”. *“No me sacaron, pero me dejaron solo y me tuve que ir”*.

Dificultades burocráticas, administrativas, centralización y superposición de información.

Los profesionales que han permanecido en Iruya, coinciden en señalar que el mayor obstáculo para el trabajo no son las condiciones geográficas, lejanía y falta de servicios o recursos por duras que sean. Producen más desgaste y cansancio, las trabas burocráticas, la centralización de gestión, compras, asignación de recursos e irracionalidad de requisitos contables.

“Hay que pasarse días en Salta, para que te den combustible”. *“Exigen proveedores del Estado de Salta o ponen trabas con facturas de Jujuy, nuestros proveedores inmediatos”*. *“En el Ministerio todos te dicen “vuelva mañana”, no saben que estamos a 6 horas de viaje, y que cada día que nos tenemos que quedar, la gente de Iruya se queda sin médico”*, *“el Ministerio compra 1000 aspirinas y las reparte a ojo, no importa que si a Iruya llegan 10, ¡que tiene que repartir entre 15 puestos! y aquí, lo que no tiene el Hospital, nadie lo tiene, porque la farmacia más cerca está a 3 horas de viaje”*

En contraste refieren como buenas épocas, aquellas en las que el presupuesto era descentralizado, o cuando había funcionarios conocedores y sensibles a la realidad local: *“sabíamos que teníamos un límite para imputar, pero era ágil disponer de fondos cuando los necesitábamos”*

Las trabas administrativas, pasan también por las exigencias de información que tiene cada programa o dependencia, demandando al personal cumplimentar varias veces los mismos datos, empleando en eso un tiempo que restan de tareas asistenciales.

“Ellos tienen en la mesa de al lado los datos, pero nos lo piden otra vez a nosotros” “Ellos la usan para presentar trabajos en Congresos, nunca para devolvernos análisis o comparaciones que nos sirvan para mejorar la tarea”. *“Nunca tienen en cuenta la información que nos piden, para mandarnos los recursos que faltan”*

El problema del flujo centrípeto de la información, sin devolución, ni resguardos de que esa información sea analizada y útil para quienes la generan, a nivel local, le da especial valor a la normativa del Programa de APS.

Parece importante analizar razones por las cuáles, cuando el personal ha tenido y valora la experiencia de manejar y procesar localmente la información que generan, no sostienen la práctica, si el Ministerio plantea otra forma de hacerlo. Ejemplo es el fichero de embarazadas, que surgió como acuerdo y normativa local, que produjo en poco tiempo gran impacto en la atención de embarazadas y excepcional logro en mortalidad materna. Pero cuando el Plan Nacer solicita otro tipo de información a remitir vía soporte informático, se abandona el sistema de registro y análisis local.

CAPITULO VI DOMINACION Y RESISTENCIAS



1.- CONSTRUYERON UNA CASA EN CASA DE OTROS.

*“Trabaja como negro, dicen los que también dicen, que los negros son haraganes.
Se dice el blanco corre, el negro huye.
El blanco que corre es hombre robado,
El negro que huye es el ladrón.*

*Hasta Martín Fierro, personaje que encarnó a los gauchos pobres y perseguidos,
Opinaba que eran ladrones los negros,
Hechos por el Diablo para tizón del infierno, y también los indios:
- El indio es indio y no quiere/ apiar de su condición /
ha nacido indio ladrón /y como indio ladrón muere-
Negro ladrón, indio ladrón: la tradición del equívoco manda
que los ladrones sean los más robados.*

*Desde tiempos de la conquista y de la esclavitud, a los indios y negros les han
robado los brazos y las tierras, la fuerza del trabajo; y también la palabra y la
memoria”*

*Eduardo Galeano
“Patás Arriba”*

Planteamos investigar las características de la conducción del Gobierno, sobre las conductas de salud y enfermedad de estas comunidades. Cómo se estructuran a nivel local las relaciones de dominación y resistencias, a fin de comprender en qué medida, programas que proclaman

participación y respeto por sus destinatarios, favorecen o amplían la capacidad de expresión, decisión y autonomía de los grupos subalternos.

Hemos advertido desde posiciones teóricas sobre equidad y accesibilidad, que un componente fundamental a facilitar como condición de los servicios, es la accesibilidad cultural o sea su compatibilidad con los códigos y pautas de las poblaciones. Tanto en definiciones sobre las enfermedades, momentos de consultar o recursos para tratarlas.

Una cuestión es la facilidad para el uso de los servicios que el Gobierno garantiza, otra distinta y relacionada, lo que ocurre cuando los mismos no responden a pautas culturales de los destinatarios, cuando la población no está de acuerdo con su funcionamiento, por las implicancias obvias que eso puede tener en evitar enfermedades o desarrollar una vida saludable.

Los pueblos originarios dueños de las tierras altas de Salta, en el punto de inicio del recorte del presente trabajo, vivían en claras condiciones de desigualdad y pobreza, en relación al resto de la sociedad argentina. Eran objeto de diferentes dominaciones por parte del estado, instituciones sociales y mercado. Sobrevivientes a siglos de prácticas de discriminación racial, no sólo étnica o cultural.

Al territorio argentino llegaron, y en él encontraron posibilidades de concretar sueños y construir futuro, muchos pueblos de otras latitudes. Curiosamente a ninguno de ellos se los llamó “etnias”.

Sólo los pueblos dueños de estas tierras, fueron condenados por ser diferentes, sólo a ellos se les negó el derecho a soñar y crecer según su cultura. Se les construyó una casa dentro de su propia casa, y fueron expropiados de posibilidades de elegir y ser elegidos.

Desigualdades y diferencias no siempre significan lo mismo, sin embargo en el contexto de referencia, parece imposible separar la dominación de clase -ser inferiores, explotados, por su ubicación en el sistema productivo capitalista- de la dominación étnica- ser desvalorizados por tener diferentes modos de vivir, hablar, organizarse o curar.

Pero el tema que nos convoca no fueron las diferencias culturales, tampoco el poder en sí mismo. El problema eran las relaciones asimétricas, entre sujetos individuales o colectivos diferentes, y lo que esto incide en las posibilidades de decir y decidir, sobre condiciones o códigos de salud y enfermedad.

¿Qué posibilidades realmente podían tener estos pueblos, que habían sido objetos de múltiples y prolongadas dominaciones, de vivir según sus convicciones? ¿Existía algún modo en que se expresaran, nada menos que ante el poder legítimo más coercitivo o sea el poder gubernamental?.

¿Qué posibilidades tienen aún hoy, de dejar de ser “sujetos sujetos a alguien” por medio del control o dependencia, y poder llegar a ser “sujetos autónomos” o sea sujetos ligados a su propia identidad y conciencia, con capacidad de autodeterminación²⁹⁰? ¿Cómo, porqué o bajo qué aspectos existen posibilidades de “agonismo”²⁹¹ resistencias propias de lo que la teoría advierte como inherente a toda relación de poder?

El problema central no son las desigualdades o diferencias, sino desde ellas, las posibilidades de acordar, escapar o resistir, al poder gubernamental.

Analizaremos el juego local de relaciones poder que se corporizaron o cristalizaron en la institución sanitaria, concientes de que ellas tienen un punto de anclaje o sostén que debe encontrarse por fuera, ya que son un modo de acción sobre acciones enraizadas en el tejido social, no reconstituidas por encima de la sociedad. Las relaciones que analizaremos no son solo institucionales, aunque nuestro estudio las centralice.

²⁹⁰ Foucault, Michel (2001) Post-scriptum “*El sujeto y el poder*” en Dreyfus H. y Rabinow P. “*Foucault Michel: mas allá del estructuralismo y la hermenéutica*” Ed Nueva Visión. Buenos Aires.

²⁹¹ Neologismo de Foucault basado en el griego, “agonista” que significa combate. El término podría implicar aquí una respuesta física, en la cual los oponentes desarrollan una estrategia de reacción y se tensan mutuamente como en lucha libre.(Foucault ; 2000:254)

2 - DE LA DOMINACIÓN

*“En el siglo XVI, algunos teólogos de la iglesia católica legitimaban la conquista de América,
en nombre del derecho a la comunicación:*

Jus communicationis: los conquistadores hablaban, los indios escuchaban.

La guerra resultaba inevitable y justa, cuando los indios se hacían los sordos.

Su derecho a la comunicación, consistía en el derecho a obedecer.

*A fines del siglo XX, aquella violación se sigue llamado encuentro, mientras se sigue llamando
comunicación, al monólogo del poder”*

*Eduardo Galeano
“Patás Arriba”*

“En los primeros años en Iruya, en oportunidad de haber solicitado apoyo para una cooperativa de artesanos para ayudar en la comercialización de sus productos, punto crucial en ese emprendimiento, visitó Iruya una experta del Banco Mundial, Ruth Dayan, la primera esposa de Moshé Dayan. Una persona muy agradable y capaz en su tema, que hablaba sólo inglés. Ella proponía que se usara el telar español con lanzadera, en lugar del telar pequeño que utilizan los artesanos de Iruya, y con el

cual según ella, en el tiempo que los artesanos hacían una frazada podían hacer dos. Nos pareció muy buena posibilidad, porque la cooperativa tenía mucha demanda y los artesanos no alcanzaban a satisfacerla. Ruth Dayan pidió hablar con un artesano, y mi esposa la llevó con Artemia Gallardo, en Colanzuli. La lentitud del diálogo por la necesidad de traducir, sin saber mucho inglés, demandó tiempo. Artemia, después de toda la tarde, llegó a decir - No sé si nos conviene hacer dos frazadas en lugar de cuatro, porque en lugar de 6 kilos de lana, tendré que hilar 12, para lo cual, tendré que dejar mi chacra y hacienda. Y no sé si con la venta de las frazadas, pueda comprar lo que tengo por cultivos y ovejas”

(Profesional /T.T)

Esta experiencia da cuenta mejor que mil palabras, de las diferencias de miradas entre modos distintos de habitar el mundo, y que no siempre se tienen presentes en las relaciones sociales. Desde la mirada de quien vive de un salario, mientras el ingreso es mayor, mejor. Desde la cultura andina, el trabajo del que participan todos y es *“crianza de la vida del mundo, vida de la Pacha en todos sus componentes y en todas sus formas”*²⁹², es una actividad diversificada, donde no es posible depender de un solo ingreso, aunque sea mayor.

El mayor obstáculo en estas relaciones, es dar por supuesto que el otro es continuidad de uno mismo, y cuando hablamos el mismo idioma no decimos lo mismo. En el relato se refiere que gracias a la necesidad de traducir a una extranjera, escuchamos, lo que hablando el mismo idioma durante años de convivencia, no habíamos comprendido.

Vale como introducción, para el análisis de las características o modos con que el gobierno intervino en los procesos de salud y enfermedad de estas comunidades.

Una institucionalización centralizada, de afuera hacia adentro

Más allá de discursos y encuadre en una estrategia que proclaman el respeto por la cultura local y la participación de los destinatarios, más allá de las mejores intenciones de quienes la implementaron, el programa de APS, desde su origen transitó una institucionalización centralizada, vertical, de afuera hacia adentro.

El gobierno de la época carecía de legitimidad democrática, y estaba necesitado de cierta legitimidad social, luego diseñó una llegada a poblaciones marginales, donde objetivos, manera de trabajar, temas, organización administrativa, provinieron de un diseño central e idéntico para todas zonas lejanas de la provincia. Ningún gobierno democrático posterior cambió esa modalidad.

Dependiente de recursos provinciales o nacionales, las prestaciones respondieron siempre a decisiones tomadas desde afuera, marcando la principal asimetría: quienes manejan los recursos, definen curso, modelo, cultura o sentido de ellos.

El financiamiento fue centralizado en su formulación, y con excepción de una breve etapa - 1984/1987- centralizado en su ejecución, con escasos márgenes de decisiones sobre bienes y servicios a nivel local. En los últimos años, el Plan Nacer implementó un pago por prestaciones que asignó un monto importante para el manejo local, sin embargo al no intervenir o desconocer el personal en qué se usa, sigue suscribiendo a la misma lógica de imposición.

En la mayor parte del período estudiado, cuando desde la conducción local se pretendió definir alguna actividad o proyecto propio, por fuera de aquellas actividades normatizadas, debió gestionar también por otro lado su financiamiento. Aún muchas de las tareas u objetivos definidos por el Ministerio, demandaron la búsqueda de fuentes de financiamiento alternativas.(Ej. medicamentos básicos).

Las actividades y problemas en los que se trabajó, desnutrición, tuberculosis o falta de agua potable, fueron siempre elegidos por funcionarios del Ministerio.

El interés y el esfuerzo demostrado por la población con el programa de sanidad animal en 1985, con idéntico esquema organizativo de APS, da cuenta de otra historia de institucionalización y apropiación local cuando los problemas son definidos por la gente. Ese programa se extendió a varios municipios de la región, consiguiendo por presión de las comunidades diferentes fuentes de financiamiento, y a veces era la gente la que afrontaba con sus propios recursos las vacunas de sus animales.

Una expresión común del personal sanitario *“las madres no tienen buen nivel de alarma, no dan valor a la vida de sus hijos, no los traen al hospital porque no tienen con quién dejar las ovejas”*, contrastada con la expresión de una mujer defendiendo el Programa de Sanidad Animal, *“De las ovejas vivimos y comemos todos, tenemos que llevarlas a pastar todos los días, por eso queremos vacunarlas para que no se enfermen”*, da cuenta de la diferencia de visión e identificación de necesidades.

Los registros y normas (más allá de alguna consulta con apariencias de formalidad ya que nunca se dio curso o espacios propios para las a propuestas locales) fueron siempre decididos por el nivel

²⁹² Van Kessel Juan (2005) *“El trabajo aymara: ¿producción de bienes o crianza de vida?”*. Antropología N° 3. Universidad Nacional del Altiplano Puno. Perú

central. La institucionalización no muestra haberse flexibilizado, ni avalado incorporación de adaptaciones locales. *"Solicitamos formularios de supervisión que incluyeran evaluación de supervisores". "Seguimos reclamando letrinas, ya podríamos pensar en que nuestra gente necesita baños con arrastre de agua"*.

Las dependencias institucionales, la dirección de las normas, la indicación de capacitaciones, supervisiones o controles, siempre parten desde Ministerio hacia las diferentes áreas, desde afuera hacia adentro. En dirección contraria, hacia el Ministerio, sólo circulan los cumplimientos, la devolución o remitos mensuales de información para dar cuenta de lo realizado. El flujo de la información separa claramente decisores de efectores, confirmando la dirección, centralidad y dependencia de los procesos.

La relación de dominio en la institucionalización responde a grupos con funciones y niveles de poder diferentes, produciendo la consecuente estratificación de grupos subalternos, a saber: a) Ministerio de Salud Pública, b) Gerente/profesionales de afuera, c) Trabajadores no profesionales/ de dentro, y d) Población

Cuando se dice Ministerio, no es lo mismo decir Ministro que un jefe de programa; no tienen el mismo poder el Gerente que los demás profesionales. Pero los relatos marcan esos agrupamientos y posiciones, con claros niveles diferenciales de poder.

Aún sin presencia física en Iruya, o reconocida legitimidad en el saber de salud, las decisiones se operan siguiendo esos agrupamientos: una orden verbal de un administrativo del Ministerio, que no es médico y desconoce la realidad local, tiene más fuerza y legitimidad para ser ejecutada, que la opinión de todo el personal local.

Ejemplos extremos de ello fueron en los primeros años, la orden de cargar combustible en Salta, aunque la ambulancia debiera viajar cinco horas sólo para eso. O en los últimos tiempos, la indicación de que todo el personal debía pasar a cobrar por cajero automático, demandándoles a algunos 4 días de viaje hasta Humahuaca, donde estaba el cajero más cercano.

La centralidad administrativa tiene un enclave local en la conducción del servicio, siempre ocupada por personas "de afuera", para aplicar políticas centrales. *"Mientras hagas lo que el Ministerio dice, no tendrás problemas"*

En las instituciones sanitarias, la legitimidad y autoridad del médico como "depositario del saber y poder de descubrir el mal y curarlo" es pocas veces cuestionada, aunque generalmente sean médicos del mismo servicio o lugar, excepcionalmente de afuera.

En el contexto particular que nos ocupa, la conducción fue siempre "extranjera", sumándose en las últimas etapas, gerentes como delegados expresos del poder político central. Se refieren ejemplos de que, tanto legisladores como directores de hospitales, fueron a conocer Iruya, después de elegidos o designados, práctica raramente aceptada en otros contextos, y que viene a reforzar el imaginario local *"todo lo de afuera vale más"*.

La información sistematizada también muestra en la gestión local quiebres o irregularidades en esa línea de mando o conducción, aunque fueran superficiales, o con poca duración. *"Decidimos no realizar campaña de vacunación por que estaban todos los niños vacunados" " Propusimos una franquicia para todo el personal, para salidas por trámites a Salta"*.

A nivel local en algunas épocas, aparecen normas o prácticas que abren la consulta y la participación al personal y a la población, para adaptación o cambios de sentidos en la institucionalización provincial, aunque en realidad no alcanzan a modificar sustancialmente el modelo impuesto. El Consejo Técnico Asesor, disposiciones internas, proyectos locales son ejemplos de ello.

La necesidad de conseguir otras fuentes de apoyo y financiamiento, el alto costo en conflictividad, la fragilidad y poca duración que esas decisiones tuvieron, dan cuenta de que son prácticas que no lograron alterar el sentido vertical de la acción del gobierno.

Una institucionalización desde una visión positivista, que extiende la gubernamentalización y biopolítica

La población antes del programa de APS, contaba exclusivamente con sus propios recursos para entender y tratar las enfermedades. Tenía una cosmovisión propia de salud, como equilibrio de relaciones con la naturaleza, con las demás personas y con su propia idea de trascendencia y de la enfermedad como ruptura de ese equilibrio o bienestar. Una mirada totalmente diferente a la medicina que llegaba.

El Programa avanzó sobre la vida cotidiana de la gente, la cual pasó a ser normatizada, ordenada, desde el estado y donde alcanza centralidad casi exclusiva la denominada gubernamentalización como forma de poder:

"Mecanismos prácticos, reales, locales y aparentemente nimios a través de los cuales las autoridades pretenden conformar, normalizar, guiar, instrumentalizar las ambiciones, aspiraciones, pensamientos y acciones de los otros a los efectos de lograr fines deseables. Inocentes mecanismos ritualizados,

banalizados a través de los cuales las autoridades buscan instaurar la práctica del gobierno".(Marinis Cúneo 1997:87)²⁹³

La influencia del gobierno pasa del dominio de las familias al de las poblaciones, amplía funciones y normas, desde tácticas que definen aquello que le compete al gobierno y lo que no, qué es lo público o lo privado. Lo que se llama biopolítica o política de la vida.

Los temas y actividades del programa constituyen un ejemplo claro de este modelo de injerencia en la vida de las personas. El estado toma como motivo de saber y control, la natalidad, la mortalidad y la demografía; usa técnicas como censos y estadísticas, definiciones de normalidad y vigilancia, y las aplica a la población en su conjunto. Los rasgos biológicos de la especie humana se constituyen en parte de la dominación, el poder se materializa deja de ser algo jurídico o abstracto, y busca disciplinar cuerpos y almas, para asegurar conductas sumisas.

Como todo poder, no es sólo negativo, también busca proporcionar a las personas determinados atributos y destrezas para desarrollar su autocontrol, las considera susceptibles a la instrucción. No es sólo un poder represivo, también otorga capacidades, el cuerpo humano como máquina debe educarse, higienizarse e integrarse al sistema de producción.

Desde esa mirada, son considerados factores de riesgo para la salud, condiciones prioritariamente biomédicas y estructurales, no de funcionamiento. Hay mayor riesgo de enfermarse por estar embarazada, o tener un hijo recién nacido (siete cruces de criticidad), que por falta de alimentos (una cruz). Es considerado de riesgo pertenecer a una familia uniparental, ser madre soltera, sin que aparezcan tener relación con la salud aspectos de funcionamiento familiar, como por ejemplo, la violencia o carencias de apoyo y contención.

Desde el Ministerio se descalificaron propuestas realizadas por el área, hacia factores funcionales o psicosociales (con la excusa de que no había que agregar actividades a los agentes sanitarios), suscribiendo una lectura parcializada en compartimentos estancos del ser humano. Un ejemplo es el factor de riesgo "familia monoparental o embarazo" y nunca haber incluido por ejemplo, tipo de vínculos que dan cuenta de ello.

No es lo mismo, ni desde las exclusivas enfermedades biomédicas, un embarazo aceptado de una adolescente soltera dentro de una familia extensa y sin mayores conflictos, que no tiene salario, pero cuenta con animales y cultivos; que un embarazo no aceptado, en una pareja de padre y madre con muchos hijos, con violencia familiar e ingresos estables pero que no les alcanzan para comer.

El programa impone una forma hegemónica de entender los PSEC, la vida cotidiana fragmentada desde disciplinas que definen lo normal o patológico; la preeminencia de enfermedades o causas biológicas; las estrategias que priorizan relaciones racionales a través de palabras; talleres educativos como espacios "discursivos deliberativos" con una concepción en apariencia neutra de educación; la preeminencia de lo cuantitativo para dar cuenta de la realidad; la rigidez de procesos y metas sociales, suscriben todos a modos positivistas de entender la realidad y el ser humano: como sujetos individuales, pensantes, apostando a que la sola razón guiará y cambiará sus conductas.

En la gestión local, la fuerza del contexto conmueve lo rígido del abordaje y produce una desestructuración en la mayoría de los profesionales, que llegaron de fuera. Las prácticas de trabajo en conjunto con el personal local, motivaron el aprendizaje, abrieron otras miradas y sentidos. *"Tuve que aprender de nuevo", "Si seguía con mi verso no llegaba a ningún lado"*

Normas que se hacían inaplicables, indicadores que no se modificaban a pesar de la insistencia en modos elegidos por el programa, y sobre todo, prácticas locales que rompían meros esquemas racionalistas, dieron apertura a otros caminos sin que se abandonara aquellos trazados desde afuera.

La experiencia refiere intentos, tardíos de acercamiento a otros modos de entender los PSEC, pero en la institucionalidad o formalización propiamente dichos, nunca fueron más allá de esfuerzos por integrar la cultura local a los objetivos del servicio, proceso de asimilación de aspectos superficiales o puntuales en el trabajo, con excepcionales espacios de diálogos o relaciones entre pares, en la vida cotidiana.

La gestión local muestra un reconocimiento de modos diferentes, pero tardíamente y siempre dependientes del modelo hegemónico, sin capacidad de transformar o cambiar la forma y contenidos dominantes.

Relación fundada en objetivos de asistencia y tutela hacia quienes son representados en condición irregular

La historia de la salud pública argentina suscribe prioritariamente a objetivos de asistencia, en la lógica de atender a los más pobres. La ausencia de un sistema de salud universal basado en derechos de los ciudadanos, las sucesivas formas que adquirieron sus servicios -beneficencia,

²⁹³ Marinis Cúneo, Pablo de (1997) *"Gobierno, gubernamentalidad, Foucault y los anglofoucaultianos"* en *"Globalización riesgo y reflexibilidad"*. CIS. España.

filantropía y asistencia pública marginal y derechos sólo de trabajadores- construyeron un imaginario social donde el hospital nunca dejó de ser el lugar de los pobres. Para todos los que no tienen recursos u otro modo de asistir sus enfermedades.

El programa de APS normatizado con el criterio de cobertura total, dando importancia a una acción preventiva, a fin de lograr “salud para todos”, en la realidad provincial, empezó y terminó siendo una propuesta sólo para áreas rurales o urbano marginales, nunca para todos.

Su nominación inicial de salud rural, destinada a las regiones más críticas o necesitadas, marca su impronta de “asistencia a los más pobres”. Si bien en la etapa del Plan Carrillo, se plantea como propuesta desde los derechos para toda la población, nunca fue más allá de áreas marginales, y después, pronto volvió a reducirse a ellas.

Colocó como central las actividades y funciones de AS. y supervisores (hasta hoy la representación hegemónica de APS en Salta) donde los médicos cumplen voluntariamente una acción de supervisión, lo que refiere un modelo “preventivista”, (exageración de lo preventivo) en clara desvalorización de la necesidad de asistencia profesional.

La ubicación marginal del programa en las políticas sanitarias provinciales, durante la mayor parte del tiempo estudiado, son cuestiones que ayudan a considerarlo no en función de lo que hemos definido como atención primaria, sino *“como una atención primitiva, de menor calidad para pobres”*

Cuando políticas, profesionales o servicios públicos, aceptan brindar diferentes respuestas, según la forma en que se representa a las personas, particularmente en relación a su capacidad de pago, cuando brindan diferente trato, calidad o condiciones en la atención están dividiendo personas y considerando “menos” o “irregulares” a algunas de ellas.

A unos se los atiende de “favor”, porque se es bueno, lógica asistencial, y no porque el otro tenga derecho, lógica de ciudadanía. Se instauran servicios públicos “gratuitos” (separando su financiamiento previo vía impuestos, que los conforma en realidad como un servicio “pre-pago”), funcionando una pocas horas en la mañana, donde se atiende apurado y mal; curas médicas junto a campañas moralizantes, donde algunas familias necesitan ser visitadas, controladas y educadas y otras no.

Son todas prácticas que refieren la presencia en salud de la llamada *“doctrina de la situación irregular”*²⁹⁴ (García Méndez, Emilio -1994- doctrina jurídica, anterior a la Convención de los Derechos del niño, que consideraba a la infancia en conflicto con la ley, dividida en dos: por un lado adolescentes que permanecen bajo control y acción socializadora de las familias y escuelas, y por otro, los “menores” que están afuera de esos circuitos, “en situación irregular”, niños pobres, sin familias ni posibilidades de estudiar que deben ser protegidos-reprimidos por el Estado. Cuando roban o matan, los primeros quedan bajo el cuidado de sus padres, los segundos van a institutos de menores.

Esa división que avala diferentes respuestas por parte de los jueces, en una tendencia a patologizar cuestiones de pobreza de origen estructural, tiende a quitarle valor a la palabra del niño o familia pobre y termina en la negación explícita y sistemática de sus derechos.

Si ante el niño desnutrido de familia pobre, la propuesta es enseñarle a cocinar o el valor de los alimentos, y esa no es la alternativa ante el hijo desnutrido del maestro; desde el momento que se aceptan diferentes soluciones según condiciones sociales, se concluye negando derechos.

El dividir personas demanda además procedimientos para distribuir ayudas: *“La leche corresponde solo a desnutridos graves o en riesgo nutricional”*, hace necesarios intermediarios que puedan distinguir la “indigencia ficticia” de la “pobreza verdadera”; remite a prácticas clientelares y dependencia hacia quienes tienen atribución para decidir quien necesita comida y quién no.

Condicionar ayudas a investigar necesidades reclama una penetración en la vida de los pobres. Refiere conexión entre lo moral y lo económico que sustentan las intervenciones filantrópicas, al mismo tiempo que vigilancia, enseñanza moralizante, delatando la intención de tutela o guía hacia personas inferiores a las que hay que proteger, controlar, educar, cambiar hábitos.

Hemos señalado que la tutela es un concepto jurídico que justificó que algunas personas asumieran la dirección y decisión sobre otras, por alguna razón consideradas incapaces de gobernarse a sí mismas o peligrosas para el orden social.

Una individualidad tutelada consolida la subordinación y la baja autoestima, aunque sea de un padre bueno. Aún desde la mejor intención, el paternalismo siempre hace revocables los derechos.

La gestión a nivel local, muestra haber sostenido un sistema universal, gratuito en el momento de la prestación, con idéntico trato y exigencias de buena calidad para todos, no sólo para la prevención sino también para la atención de enfermedades. Todos son indicios, entre otros, de haber logrado escapar a una lógica de asistencia y declarar derechos.

Sin embargo, la forma en que se representan a sí mismos en relación con los demás, tanto profesionales como el personal local, advierte características de una relación asistencial. En los

²⁹⁴ García Méndez, Emilio (2002) *“Legislación infanto- juveniles en América Latina”* Apuntes Cátedra de Maestría de Políticas Sociales. Universidad Nacional de Salta,

profesionales “siempre quise trabajar en el Norte, para ayudar a quienes menos acceso tenían a la medicina”, “vine a dar y fue más lo recibido”. Desde los primeros agentes sanitarios “quería ayudar a mi comunidad siempre tan postergada y olvidada”. “Me prestó un manual de agente sanitario y lo empecé a leer con mucho entusiasmo, recordando la muerte de mis hermanos”. “Llegar a los más aislados y necesitados”. O expresiones desde la iglesia local de “hicimos lo que debía hacer el gobierno”, “somos voz de los sin voz”

Relatos que dan cuenta de una representación de sí mismos como “salvadores”, “buenos y servidores de los demás”, “solidarios con quienes sufren”, configuraciones paternalistas que marcan inferioridad o carencias de los destinatarios.

Paternalismo generalmente cuestionado desde dentro como equipo, cuando no se sabía cómo romper la dependencia de la gente, dependencia estructurada desde la misma intervención.

La dimensión e importancia del financiamiento proveniente de donaciones o ayudas de buena voluntad, de la llamada “economía de salvación”, suscriben también a una lógica asistencial. Si bien es financiamiento que logra sostener un sistema universal y accesibilidad más pertinente a un enfoque de derechos –ante el abandono del Estado- no deja de ser un financiamiento irregular o de precaria continuidad.

El caso da cuenta tanto del esfuerzo y posibilidades locales por romper la lógica asistencial predominante y defender una lógica de derechos, como de las limitaciones y dificultades que tienen para hacerlo.

Relación de control y educación con intención de cambiar al “Otro”

Las estrategias y actividades prioritarias, están marcando una intención de control, enseñanza, transmisión de una manera de entender y cuidar la salud, desde un saber legitimado con tecnologías y mecanismos prácticos, por los cuales las autoridades conforman, normalizan guía las aspiraciones de otros para alcanzar los fines que desean.

La importancia y centralidad de la visita domiciliaria, el censo y vigilancia de condiciones de vivienda, especialmente cuando no son prácticas dirigidas a todos, refieren una clara intención de control. La tarea preventiva entendida fundamentalmente como educativa, “charlas o talleres”, la dirección de supervisiones y capacitaciones desde Ministerio hacia las áreas, desde los profesionales hacia no profesionales, desde el Hospital hacia los Puestos Sanitarios, desde el personal hacia la población, suscriben la importancia del dispositivo educativo en la relación.

Esto integra dos condiciones señaladas: la unidireccionalidad de transmisión de contenidos y capacidades acabadas y la representación de los destinatarios como personas que por alguna razón, siendo adultas, no tienen las competencias que necesitan para no enfermar y vivir sanos.

Da cuenta de una forma “oficial” de entender la salud y la enfermedad; por un lado voces autorizadas, y por otro, la población necesitada de guía y control, reforzando el concepto de tutela.

Además plantea una forma privilegiada de transmitir la información que responde al modelo de culturas académicas. Quienes pasamos por ámbitos formales de educación, representamos a la misma como espacios de información y palabras. En la cultura local, la educación es un proceso cotidiano de trabajar o hacer juntos. Hacer sin palabras. “Me gustó la charla, pero no la entendí”.

El modelo educativo plantea un saber legítimo “científico”, confrontado con saberes de menor valor “creencias”, y pretende que la información modifique conductas. Suscribe a dos errores “científicos” desde la pedagogía: nadie cambia o crece sin autoestima que deviene de la valoración de los otros y los razonamientos o palabras, son cuestiones totalmente insuficientes para modificar conductas.

“Me pregunta Ud. si las sociedades de control y comunicación podrán suscitar formas de resistencia capaces de dar alguna forma de organización transversal de ciudadanos libres. Es posible, no sé, pero de serlo no lo será porque las minorías recuperen la palabra. Es posible que la palabra y la comunicación estén ya podridas. El dinero las penetra enteramente, no accidentalmente, sino por naturaleza. Hace falta apartarse de la palabra. Crear ha sido siempre distinto a comunicar. Puede que sea importante crear vacuolas, espacios, de no comunicación, interruptores para escapar del control” (Deleuze 1995:275)²⁹⁵

El dispositivo pedagógico, aparece como portador y trasmisor de mensajes o destrezas en apariencia neutrales y que al dominar la relación entre lo pensado y no pensado, actúa de manera selectiva sobre el significado posible. Da cuenta de dos clases de conocimientos: aquellos ya pensados, concretos, “esto es así”, y aquellos abstractos que abren a lo no pensado y a la creación.

“En las sociedades sin alfabetizar, división sencilla del trabajo, lo abstracto lo impensable está regido y controlado por sistemas religiosos o cosmologías a las que dan lugar. En las sociedades modernas lo impensable, lo no dado está controlado esencialmente por niveles superiores de la educación.

²⁹⁵ Deleuze, Gilles (1995) “Conversaciones 1972-1900” Pretextos. Valencia

*Control sobre abstracción que une o separa dos mundos, el material y el abstracto. Quien controla lo abstracto, controla los significados. Las posibilidades de salirse de lo concreto, de lo dado, de lo real, lo no pensado”*²⁹⁶ (Bernstein 1996: 59)

Las relaciones de poder distribuyen lo pensable de lo impensado, diferencian y estratifican grupos, de allí el poder de los sectores universitarios en las respectivas disciplinas, con relación a quienes las adquieren. El control simbólico traduce las relaciones de poder en discurso y el discurso en relaciones de poder.

En la gestión local, las estrategias establecidas por el programa han podido ser utilizadas con otros sentidos, creando lugares potenciales de cuestionamientos y perspectivas de creación.

Sólo lo pedagógico no determina sus consecuencias. La distribución de poder que se expresa a través del mismo, puede servir a intenciones de reproducción de las desigualdades, y de igual manera, como alternativa para cuestionarlas. Aunque no basten.

La visita domiciliaria, en estos alejados parajes, es representada como preocupación y cercanía del servicio y personal sanitario por la gente. La visita en la casa refiere también la posibilidad de una relación más simétrica, que la que ocurre en la institución. *“Allí nosotros pedimos permiso”*.

El caso muestra que cuando la visita escapa a la formalidad de control, censo y prescripción monótona, abre una posibilidad de conocer una realidad inimaginable desde cualquier otro lugar, y además, es recibida como un gesto con valor de interés sincero y gratuito.

En el imaginario social de comunidades aisladas y desvalorizadas, la educación es la diferencia *“entre ser animalito y persona”* y la visibilizan como la única alternativa para tener una vida menos dura y con menos sufrimientos. De ello da cuenta el monitoreo sobre la legitimación social de la escuela realizado en la región, y los múltiples esfuerzos que coloca la población en aceptar, concurrir y movilizarse para las convocatorias a talleres, reuniones.

Las acciones de capacitación tienen un valor diferente, en la medida que no son sólo espacios discursivos, donde unos hablan y otros escuchan, y son aprovechados para analizar en conjunto problemas, organizarse y actuar en conjunto. En la medida en que no son sólo espacios unidireccionales, sino que contribuyen a intercambios, son ámbitos importantes para preparar y fortalecer transformaciones, aunque no alcancen por sí mismos para cambiar la realidad.

En contextos donde el aislamiento es un obstáculo para construir y actuar en conjunto, los espacios pedagógicos parecen haber sido aprovechados tanto por personal como por la gente, con otros fines de aquellos para los que fueron planificados. Y surgen como criterios que hacen a una diferencia de sentido y valor de las acciones educativas: si ellas sólo se usan “en lugar de” o como únicas alternativas de resolver la pobreza; si son válidas sólo para determinadas personas por su condición social, o si se cierran dando voz autorizada sólo para algunos.

Clasificaciones que inmovilizan al “otro” como clase negativa, inferior y continuidad de uno mismo

Toda intervención en las conductas de otros tiene implícita una manera de representarse tanto de quien interviene, como aquel sobre el que se interviene. Ambas representaciones están siempre fuertemente vinculadas con la estructura social y configuraciones que se establecen entre grupos.

El poder pone en funcionamiento diferencias determinadas por ley, tradición o estatus, que son condiciones y efectos, operaciones de clasificación que ubican a uno mismo y al otro.

Estas configuraciones explican procesos de largo plazo y conforman lazos de interdependencia mutua que unen y separan, y a la vez jerarquizan individuos o grupos con diferentes estilos de vida.²⁹⁷

Damos cuenta de esas configuraciones a partir de los discursos que presentan quienes se consideran portavoces legítimos para interpretar la sociedad, nombrar los grupos que la componen o asignarle atributos²⁹⁸.

Las consideraciones prioritarias sobre la población, desde la intervención sanitaria estudiada, muestran una construcción negativa, estática e inferior de los destinatarios. Objetivos, estrategias y actividades, refieren a un “otro” necesitado, ignorante, siempre igual en el tiempo, y además dando por supuesto que tienen los mismos intereses de quien interviene.

²⁹⁶ Bernstein Basil (1990) “Educación, control simbólico y prácticas sociales” en “La estructura del discurso pedagógico” Fundación Paideia. Ed Morata y Bernstein Basil (1996) “El dispositivo pedagógico” en “Pedagogía, control simbólico e identidad” Ed Morata. Barcelona.

²⁹⁷ Elías Norbert (1996) “La sociedad cortesana” Fondo de Cultura Económica. México, refiere como configuraciones relacionales actitudes compartidas, conexiones colectivas entre posiciones sociales involucradas.

²⁹⁸ El concepto voces autorizadas proviene de Bordieu. Supone la aparición de especialistas, expertos de distinto orden que poseen una autoridad legítima, delegada por la institución política que tiene poder para delegar. (Estado, Iglesia, Universidad) Bordieu y Wacquant (1995) Autoridad que también deviene de su posición social y reconocimiento público.

Cuando se señalan incapacidades, se están sobrestimando conocimientos y saberes, al tiempo que se designa y legitiman voces como las únicas autorizadas para enseñar. Suscribe una valoración, asimetría y división social del trabajo sanitario.

Esta división reproduce la asimetría interna del equipo de salud entre profesionales y no profesionales, profesionales omnipotentes, con privilegios, y no profesionales evaluados y controlados.

Las explicaciones y lecturas que se realizan en las reuniones pre-rondas, marcan una alteridad excluyente²⁹⁹ (el beneficiario es otro que está por fuera, debajo, ajeno a quien interviene y nombra) pero además, responsable principal cuando las acciones de salud fracasan *“Bajo nivel de alarma”, “No les importan sus hijos”*.

Personas y familias clasificadas por sus males - *“familias críticas”, “sospechosos de TBC”* - nunca relevados en sus recursos o potencialidades o en modos propios de organizarse y actuar. Encuadradas según factores de riesgo, muchos de los cuales son en sí mismos, una violación de derechos *“sin trabajo”, “sin alfabetización”, “sin agua potable”* de las cuales aparecen como únicos responsables.

Incapaces e ignorantes señalados por sus carencias, pero a quienes se responsabiliza, individual o colectivamente para que ellos mismos resuelvan sus carencias *“deben hervir el agua, y construir los puestos sanitarios”*.

Criterios en relación a parámetros de normalidad o patología definidos, desde una fragmentación de necesidades (biológicas, psicológicas, sociales) determinando a priori que algunas son las más importantes y factibles de modificar, separadas del contexto.

Clasificaciones que cristalizan en su formulación estructuras y males fijos - familia monoparental - nunca como una situación transitoria o funcionamiento complicado y pasajero de una *“familia con problemas”*.

La asignación de todos a categorías grupales, dificultan percibir diferencias de condiciones, habilidades, capacidades o valores personales. Fijan en una desigualdad categorial *“madres solteras”* invisibilizando atributos desempeños o inclinaciones individuales diferentes. No todas las familias críticas según factores determinados, tienen las mismas limitaciones.

Se invisibiliza la distinción entre desigualdad y diferencia. La pobreza no se entiende como carencia de ingresos sino como una suerte de nominación genérica de las clases consideradas como inferiores por las élites. Unifica categoría pobre y colla, anulando la separación que existe entre esas condiciones.

El relato del profesional, quien reconoce haber descubierto recién después de tres años de trabajar en Iruya la existencia de los parteros empíricos, puede dar dimensión de las severas dificultades que existen para reconocer las diferencias. O el relato sobre la artesana, que muestra obstáculos para entender que el otro, no es una continuidad de uno mismo, son por demás elocuentes.

No es lo mismo sostener igual dignidad de las personas, que representarlas idénticas a uno, pensar que los otros aspiran o rechazan lo mismo, y además, dando por supuesto que eso que buscan, no pueden gestionarlo por ellos mismos y se lo debemos dar nosotros.

A nivel de la gestión local, la centralidad del programa de APS e institucionalidad señalada, deja poco margen para cambiar clasificaciones y nominaciones sobre unos y otros o para alterar las voces autorizadas. Sin embargo aparecen grietas, prácticas que debilitan y cuestionan las clasificaciones y jerarquías.

El compartir la vida cotidiana, las adversidades y alegrías profundas; aperturas como investigaciones sobre factores protectores; acciones encuadradas desde una visión diferentes que aquellas sanitarias prescriptas, la fuerza del trabajo intersectorial; el reconocimiento aunque tardío de la cultura local, y fundamentalmente espacios donde se aceptan cuestionamientos propios, abre relaciones no sólo instrumentales, sino personales que rompen clasificaciones. *“Nadie es menos por que se ensille el caballo”*.

Relaciones que facilitan que el “Otro” retumbe, desestructure, modifique, prácticas a las que hacen referencia muchos relatos, aunque no sean avaladas ni resguardadas por las regulaciones institucionales.

Desde racionalizaciones higienistas ¿científicas?

Una última categoría que tomamos en el análisis del poder son las racionalidades, los discursos desde los que se legitima y hacen aceptable, las condiciones de dominación. Dijimos, que es una relación consentida, luego hay razones que justifican que aceptemos válidas para nosotros, las decisiones ajenas.

²⁹⁹ Rosenfeld Mónica y Cardanelli Graciela, (1995) *“Las Lógicas de acción de las asociaciones voluntarias”* en *“Público y privado”* Ed Losada /UNICEF. Buenos Aires. Clasifican las organizaciones en su intervención sobre otros, en un espectro que va desde una alteridad incluyente- quienes se organizan y trabajan por ellos mismos- hasta una alteridad excluyente- quienes se organizan y trabajan sólo por otros-

Requiere analizar en las tramas de la intervención, aquellas explicaciones que sostienen las jerarquías, estructuras o relaciones desiguales.

En general en una sociedad jerárquica, lo que se presenta como verdad suele ser la manera de ver el mundo de quienes tienen el poder. Las explicaciones o referencias al conocimiento y modos de hacer muestran como único un sólo modo de representar el mundo.

La legitimación de la intervención del Estado y gubernamentalización que avanzó sobre la vida de familias de Iruya continúa siendo la lógica de los procesos civilizatorios que hicieron presente las anteriores instituciones públicas en este lugar. La conscripción primero, la escolarización después, finalmente el higienismo y la eugenesia, como estrategias para conjurar la barbarie y atraso de poblaciones nativas y del interior.

La biopolítica higienista en la Argentina, como tecnología de control estatal y de las instituciones médicas, fue un saber que al decir de Sonia Alvarez³⁰⁰, atravesó ideas liberales, positivistas, católicas y socialistas. El progreso que propugna no es sólo moral sino material, discurso que fundamenta la necesidad de hacer accesible bienes básicos para todos, y que sobresale dentro de las justificaciones del programa que analizamos.

La biotipología, rama de la eugenesia que plantea la idea de poblaciones divididas en grupos humanos con caracteres psicosociales, con sus propias enfermedades, relacionados con ideas de normalidad y prevención, son todas cuestiones también presentes en la intervención descripta.

La norma prioritaria de cobertura total desde diferentes consignas *“hay que llegar a todas las familias, hay que vacunar a todos, sino están todos vacunados, siempre hay peligro latente de que todos nos contagiemos”* o *“la más aislada, puede ser la familia más excluida o marginada en sus derechos”* confluyen para que la profilaxis pública aporte al imaginario social de igualdad, que justifica la intervención del Estado, para cuidar a la sociedad de peligros internos.

La biopolítica y los discursos higienistas y eugenésicos que la fundamentan, está legitimada desde razones “científicas”, posiciones aparentemente neutras que tienen por detrás, una idea de ciencia única, propia de la modernidad, aquella que subordina como de menor valor otros saberes, y con ellos, personas con menor categoría. Como lo demuestra la intervención estudiada, en el reconocimiento de diferentes derechos laborales, según lugar de nacimiento.

Esos discursos y racionalizaciones han condenado a la APS y a los A.S, a una ciudadanía de segunda en los servicios de salud, - *“de jardinero se jubiló”*-. Lo que no es especialidad y máxima complejidad biomédica, es de menor valor. Las mismas nominaciones sanitarias consagran la desvalorización, hablando del primer nivel de atención como el de menor complejidad.

La problemática de salud y enfermedad más frecuente, aquella que alcanza a toda la población, es de mayor complejidad e integralidad, demanda conocimientos y competencias poco desarrolladas desde ciencias y disciplinas positivistas, esto es la complejidad de interrelación y diálogos interdisciplinarios e interculturales en un mismo nivel. Y desde esas múltiples miradas y saberes, articulación de respuestas, calidad de diagnósticos referenciales, derivaciones como acción de sumar y no de restar o desentenderse desde compartimentos estancos.

Los servicios sanitarios menos frecuentes, aquellos que demandan en proporción menos personas, con estudios y aparatología sofisticadas, son de mayor especialidad tecnológica y biomédica, pero menor complejidad científica, desde posiciones defendidas.

En el caso que nos ocupa, las racionalidades biomédicas han producido un velo muy difícil de correr para entender modos locales de definir y resolver necesidades de salud y enfermedad. Discursos que además avalan jerarquías institucionales que funcionan como claras barreras entre los códigos de los servicios, sus trabajadores y las pautas de vida de la gente.

Lo mismo ocurre cuando los servicios de salud quieren atender problemáticas (como adolescentes, adicciones, etc.) que no se pueden abarcar desde el modelo médico hegemónico.

Todo lo cual nos desafía a pensar que sino sería tal vez más respetuoso que el aporte de especialistas y técnicos provenientes de “otras culturas” fuera a través de mediadores culturales, tanto en la relación con los pacientes, como especialmente en la conducción de los servicios, y que posiblemente su rol más apropiado fuera de asesoría y no de dirección.

La gestión local muestra apertura a saberes y conocimientos de la población en relación a PSEC, sin que ello haya modificado significativa ni sustentablemente los discursos prioritarios. Es evidente que se reconocen tardíamente los caminos de bienestar propios de la gente, habiendo incorporado algunos de ellos a las políticas estatales, pero siempre como explicaciones subordinadas a las “científicas” hegemónicas.

Ello resulta en que los servicios financiados por todos, admiten un único modo de entender la salud y la enfermedad y que en este caso particular, excluye el modo prioritario de los destinatarios, que debe resignarse a circular por fuera de ellos.

³⁰⁰ Alvarez, Sonia (2004) *“La pobreza: configuraciones sociales, relaciones de tutela y dispositivos de intervención, Salta primera mitad de siglo XX”* en *“Abordajes y Perspectivas”*. Secretaría de Cultura. Ministerio Educación de Salta

El conocimiento y el saber autorizado y legitimado en salud pública sobre administración y planificación de servicios, ese expresado como principio de participación de los destinatarios y reconocimiento a la cultura de la población, aparecen más como doctrina que como ciencia. El mejor “deber ser” se da de frente, con procesos organizacionales que imponen y cierran modos de hacer que sean respetuosos de las diferencias.

3 - DE LAS RESISTENCIAS

“Pájaros prohibidos”

“Los presos políticos uruguayos no pueden hablar sin permiso, silbar, sonreír, cantar, caminar rápido ni saludar a otro preso. Tampoco pueden dibujar ni recibir dibujos de mujeres embarazadas, parejas, mariposas, estrellas ni pájaros.

Didasko Pérez, maestro de escuela, torturado y preso por tener ideas ideológicas, recibe un domingo la visita de su hija Milady, de cinco años.

La hija le trae un dibujo de pájaros.

Los censores se la rompen a la entrada de la cárcel.

Al domingo siguiente, Milady le trae dibujos de árboles.

Los árboles no están prohibidos, y el dibujo pasa. Didasko le elogia la obra y le pregunta por los circulitos de colores que aparecen en la copa de los árboles, muchos pequeños círculos entre las ramas.

-¿Son naranjas? ¿Son frutas?

La niña lo hace callar - Sssshhh.

Y en secreto le explica

- Bobo, ¿No ves que son ojos? ¿Los ojos de los pájaros que te traje a escondidas”

Eduardo Galeano

“Espejos”

Desde la definición de poder que asumimos toda relación de dominación es consentida y como tal, posible de ser resistida. Luego, requiere analizar y comprender las respuestas de los grupos

subalternos. Según diferentes niveles de poder en la institucionalidad a nivel local, aparecen dos grupos y tipos de resistencias.

Como prácticas del personal: la identificación, delación y discursos ocultos

Todo ocurre como si hubiera una fuerte dependencia hacia el poder central del Ministerio, relación que es reproducida, hacia la conducción local desde el personal, particularmente no profesional. Las mayores asimetrías, entre afuera /adentro, y entre profesionales /no profesionales, están atravesadas todas, por la dependencia laboral e institucional.

Ello no ha impedido que en la gestión local, cuando se han logrado construir acuerdos, haya habido posibilidades de decisiones autónomas, más pertinentes y respetuosas tanto para el personal como para la población.

En las instituciones sanitarias en general, aparece como central la dominación de profesionales médicos, función que anuda la confluencia del poder formal- ocupan cargos de conducción - económico- referentes de clases productivas más altas- y simbólico - depositarios del saber sobre la vida y la muerte –.

Esto no se refiere exclusivamente a los “médicos”, como dice Menéndez, sino a un modelo hegemónico de entender y actuar en PSEC, que en general asumen las prácticas de todos los profesionales de la salud.

En otros lugares otras ciencias han ido ganando espacio –sanitaristas, administrativas, económicas y sociales–, y además la presencia y peso de organizaciones sindicales, desestructuran asimetrías y favorecen la expresión, la confrontación y las negociaciones de grupos subalternos, al menos en aspectos institucionales.

En Iruya, si bien el personal está afiliado (generalmente a los fines de recaudar pagos de coseguros, para cuando tienen que utilizar obras sociales en la ciudad) es casi inexistente la presencia de asociaciones gremiales, en la defensa de condiciones salariales o conflictos laborales locales. El trabajador del estado, sea profesional o no, queda solo frente a la dominación jerárquica. Pasa lo mismo que con las obras sociales; aportan, pero no reciben beneficios, por no residir en la ciudad.

El “*síndrome del ordenanza*” que desde el Hospital se describe en relación a cuadros agudos de ordenanzas de las escuelas, agotados por su condición de empleados del director y no del estado, aparece como rasgo distintivo y común a todos los trabajadores del estado en estos contextos, también del personal sanitario.

Levet dice que diferencia entre sociedades feudales y los estados modernos, es el paso de la dependencia de personas, hacia la dependencia de principios o normas. Poco cambiaron las dependencias de los pobladores de Iruya, desde el hacendado, el patrón de finca o capataz del ingenio, político, religioso, director de escuela u hospital. Los relatos del personal sanitarios sobre su relación con profesionales y/o directores, dan cuenta de relaciones semiserviles más que democráticas.

En los espacios internos, pocas veces y pocas personas, expresan lo que piensan, dicen abiertamente su opinión de alguien, casi nunca de un superior o profesional. En general las diferencias circulan por afuera, en los pasillos. Pocos se animan a confrontar individual o grupalmente, con quien es visualizado con algún tipo de poder.

Desde los comienzos aparecen como formas de resistencia del personal, prácticas contrarias de aquellas en apariencia aceptadas, como no incluir en su modo de vida las mismas indicaciones que le dan a la población, “*nos dimos cuenta de que sus mismas mujeres no venían a tener su parto en el hospital*”

Son las denominadas “transcripciones o discursos ocultos, que se diferencian de las transcripciones públicas, como distinción entre lo que es dicho en la cara del poder y lo que es dicho a espaldas³⁰¹, y que aparecen como prácticas de expresión a las que deben recurrir, como estrategias de sobrevivencia, grupos humanos condenados aún hoy a vivir relaciones semiserviles.

Aparece como prácticas comunes y reconocidas la identificación con quien manda. Desde la simple aceptación de normas con las que no se acuerda, “*para no tener complicaciones*”, hasta la sobreactuación de aquellos agentes locales, que después de estudiar afuera, “son más papistas que el papa”, niegan sus orígenes, y son los más duros críticos de sus pares.

El personal sanitario, refiere una aparente identificación con directivas, normas y modo de intervenir que el gobierno o profesionales desde afuera le imponen, pero luego no son asumidos en prácticas que responden a otro sentido o modo de vivir. Si bien aparece como característica más común en el personal local, también corresponde con mucha frecuencia a profesionales ante el Gerente y de éstos ante autoridades del Ministerio. “*Se acepta ciegamente lo que se manda*”.

³⁰¹ Scott, James (1990) “*Dominación y el arte de la resistencia*” Universidad de Yale. Capítulo II, traducción realizada por Marcelo Ibarra docente Maestría de Políticas Sociales. Universidad de Salta. Mayo 1999.

Aparecen verdaderos casos de “obediencia debida”, en la implementación de órdenes verbales e irracionales, como actitud de la conducción del área hacia el ministerio, o de profesionales hacia el Gerente.

Los reclamos se canalizan generalmente en conversaciones personales con la autoridad local, sin registros escritos, con lo que pasaban meses esperando respuesta. Pocas constancias existen de notas conjuntas de reclamos del personal. Como acción colectiva, sólo en una oportunidad, cuando llevaban más de seis meses sin salarios quienes tenían contratos precarios, se planteó una retención de información –no enviar a Salta los informes de ronda–.

Fue una decisión no avalada por el Gerente, pero donde el personal habían logrado el apoyo escrito de las autoridades políticas del Municipio.

En la medida en que hubo espacios y posibilidades de acuerdos locales, respaldo y apoyo de profesionales o directores, sin confrontar, aparecen referencias de que la gestión local adaptaba y cambiaba normativas.

El Consejo Técnico Asesor surge como un espacio que favoreció acuerdos locales y resistencias a órdenes de afuera. Se originó casualmente para romper la dependencia personal del Gerente, ya que al no existir reglamentación sobre salidas en un lugar tan aislado, los profesionales estaban supeditados a la buena voluntad, premios o castigos encubiertos, para ver a su familia o cobrar haberes una vez al mes. Dependencia que el mismo Ministerio promovió en los últimos años, con normativas que dejaban a criterio de la Gerencia otorgar o quitar adicionales del sueldo, funciones jerárquicas, etc.

Cuando funcionaron espacios como el CAS y CTA, aparecen disposiciones internas, algunas de ellas con propuestas claramente contrapuestas a normas provinciales. (Como el caso del uso de medicamentos por personal no profesional)

Sin apoyo de profesionales, de la conducción o de otra autoridad, difícilmente el personal se unía para defender esos espacios, disposiciones o medidas que entre todos consideraron positivas para ellos, y para la población local.

Aparece como práctica común “*buscarse padrinos*”³⁰², ganarse el favor de la autoridad interna del Ministerio, o de referentes políticos para conseguir ventajas individuales, aunque eso significara traicionar acuerdos o compañeros.

Aparecen en este contexto prácticas de delación, la traición a compañeros por “acomodarse” con quien tiene autoridad, favorecer subgrupos, e incluso len algunas situaciones a negar el propio modo de vivir. Ello tiene clara incidencia en las dificultades que muestran para organizarse y actuar en conjunto, presos de esas subdivisiones. “*Esto nos pasa porque estamos desunidos*”.

Desde afuera, el Ministerio, políticos y en muchas oportunidades desde la misma conducción local, se favorecieron esas prácticas, como forma de sostener la propia autoridad o dominio. Dejan que se profundicen diferencias, buscan aliados internos ofreciendo alguna ventaja personal, impidiendo que se acerquen las partes, o negándose a reuniones o espacios de diálogo.”*No quería problemas por eso suspendió el CTA*”

En talleres grupales realizados en 2009, defienden y recuerdan como mejores condiciones del servicio, cuando había “*participación interactiva y funcionaba el CTA,*” “*Cuando disponíamos de información sobre cómo se gastan los fondos*” o cuestionan “*conducciones que se llenan la boca con los pueblos indígenas, pero no respetan cultura local o tratan mal a la gente*”, pero se acomodan sin cuestionar a decisiones y modos de gestionar que establece cualquiera recién llegado. “*Algunos decimos algo en alguna reunión interna, otros alguna broma, pero nunca nos unimos para reclamar lo que queremos para nuestra gente*”.

En algunas oportunidades donde aparece buen clima y prácticas de espacios compartidos, hay referencias a que algunos, se animaron a cuestionar profesionales o directores “*el Goyo no se calla, le llamamos Ministro de Economía, porque le cuestionaba al Gerente los viáticos y la falta de plata para nuestras necesidades*”. De esa época surgió como broma “*esto no es para calientes*” (se dice de quienes se enojan fácilmente), como forma de quitarle seriedad o importancia a la crítica.

Los relatos marcan con insistencia, la diferencia de clima interno antes y después de 1996, cuando algunos compañeros fueron despedidos por su participación como candidatos políticos. Desde esa experiencia hay insistencias que marcan que se pierde el clima de confianza o de familia, y aparecen claras referencias de miedo o temor a confrontar dentro del hospital.

Sin duda no fue solamente ese hecho, más allá de su importancia porque ninguno de los cesanteados, ni sus compañeros lograron implementar reclamo alguno. Desde esa fecha aparecen otras regulaciones de flexibilidad laboral: dificultades para designaciones de planta permanente: muchos años de contratos precarios, sin aportes ni estabilidad; la ausencia de concursos o procedimientos democráticos para ingresos y acceso a cargos jerárquicos; la gerencia como función

³⁰² El “padrino” figura del bautismo cristiano, es común en Iruya, que sea una figura buscada entre personas con poder, y de hecho quienes tienen más ahijados suelen ser el médico, director de escuela, profesor o autoridad política.

claramente interventora del poder central. Todo ello, sumado al desconocimiento de leyes y derechos y la lejanía de las asociaciones gremiales, conforman un contexto con serias limitaciones para expresar diferencias, realizar reclamos o decidir autónomamente.

Desde el Ministerio no hay referencias a políticas que ayuden a resolución de conflictos. Todo lo contrario “*mientras no haya conflictos no vienen*”, y cuando se hacen insostenibles porque trascienden al servicio o se hacen públicas, las soluciones pasan por trasladar personal, lo que refuerza jerarquías y poderes establecidos, sin consideración por el funcionamiento, clima institucional o el mejor servicio para la población.

En el cruce de relaciones de poder local, aparece el papel de “dobles agentes” que asumen los profesionales en la conducción local. Según sus alianzas, pueden balancear claramente las decisiones hacia el Ministerio, o hacia el servicio, hacia el personal o hacia la población. Y con ello, tienen posibilidades ciertas de hacer la diferencia hacia más dominación, o hacia la ampliación de autonomía y capacidad de autodeterminación de los grupos subalternos.

En esa posibilidad, son fundamentales los reaseguros democráticos para la designación de quienes cumplen funciones de conducción, cargos profesionales además de la acción de órganos colegiados para que se expresen diferencias y amplíen posibilidades de grupos subalternos. El no asegurar las exigencias de concursos o procedimientos democráticos para la elección de quienes deciden, el no asegurar rotaciones para esas funciones, son prácticas que suscriben la dependencia, más allá de cualquier discurso en sentido contrario.

Como prácticas de la población: discursos ocultos y tácticas de tiempo

La población fue aceptando, en apariencia rápidamente, la intervención, aunque no respondiera a su cultura y necesidades. Con el tiempo y años de insistencia en ciertos cambios de hábitos y conductas, que los indicadores desmienten, aparece la necesidad de otras lecturas.

Las autoridades recurren a explicaciones de falta de acciones educativas o el no uso de técnicas pedagógicas más adecuadas; desde el personal se adjudican responsabilidades a las condiciones de “carencias” culturales de la población a la que pertenecen: “*Analfabetos, bajo nivel de alarma*”.

La gente se toma su tiempo para confiar y comprobar resultados y beneficios, y sin abandonar sus tradicionales prácticas y recursos para asistir enfermedades, va incorporando a su paisaje terapéutico aquello que demuestra ayudarles.

Transitan el mismo camino que todas las culturas, cambian y se modifican, a medida que constatan y deciden incorporar aquello que consideran les mejora su calidad de vida.

Quienes intervienen parecen creer que las demás culturas están petrificadas, son “petroglifos”³⁰³, y la única cultura que cambia, es la propia.

La información demuestra que la población acepta más fácilmente aquello sostenido por relaciones cercanas y de confianza del personal de los servicios, especialmente de aquellos que demuestran esfuerzo y compromiso por acercarse y respeto en el trato. Todo ocurre como si respondieran más a relaciones personales, que a acciones institucionales.

Las prescripciones con las que no acuerdan, simplemente no las asumen aunque aparenten aceptarlas. Cuando no están conformes con el servicio, cuando el trato o la forma de atender no los satisface, simplemente lo abandonan. Los iruyanos pocas veces se quejan, “*aguantan demasiado*”. Simplemente dejan de concurrir, se retiran, sin cuestionar ni demandar cambios.

Pareciera que ocurre con el hospital lo que antes pasó con su inclusión en el mercado laboral³⁰⁴: cuando ingenios o minas los dejaron sin trabajo, pocos iruyanos se plegaron a piquetes o movilizaciones, simplemente volvieron a sus tierras o buscaron otras cosechas.

Aquellos cuyas representaciones sobre salud y enfermedad no están asociadas al Hospital, vuelven al lugar del que nunca salieron, al “curandero o médico particular” La apertura de posibilidades históricas diferentes, permite producir prácticas diferentes, sus representaciones, producto de tradicionales formas de atender sus enfermedades, los devuelven a ellas, y los coloca nuevamente en inferioridad de condiciones respecto a los habitantes de las ciudades.

El hospital nunca dejó de ser una institución ajena y extraña. Lo financian y sostienen, pero no lo consideran propio. Al ser una organización que les impusieron, quizá no imaginan la posibilidad de cambiarla o hacerla según sus necesidades.

Cuando funcionó el Consejo Asesor Sanitario, lo entendieron como una reunión más, pero no como espacio donde se podía demandar o participar para cambiar los servicios. Nadie reclamó o exigió su funcionamiento, cuando dejó de ser convocado. Obviamente no lo hace ni el mismo personal, que conoce la ley nunca derogada.

En los conflictos o problemas con profesionales o conducción del hospital, cuando correspondía defender personas, aquellas que entendían los trataban y atendían bien, la población mostró mayor

³⁰³ Dibujos e inscripciones en las piedras que dan cuenta de culturas o civilizaciones anteriores.

³⁰⁴ Trabajo de Aguilar, Angela y Vázquez Estela mencionado sobre “*Flexibilización laboral en la selva de Orán*”

capacidad de reclamo, movilización y acciones colectivas que el mismo personal, dando cuenta de la fuerza de la dominación institucional.

En las acciones colectivas³⁰⁵ que se registraron en 30 años, aparece como configuración identitaria del colectivo, ese que les permite el pasaje a la acción, la categoría de víctima o atropello a su dignidad elemental, relacionado con su cultura de la tierra, y la discriminación de agentes públicos.

El formato de protesta más común, (reuniones comunitarias, notas de reclamos, asambleas de los pobladores), da cuenta de la pasividad y aceptación como práctica mayoritaria. En pocas oportunidades se organizaron movilizaciones a Salta capital, casi nunca y sólo en los últimos años se animaron a ir a medios de comunicación masiva. En general la mecánica es, hacer notas a Salta, viaje de algunos dirigentes- con grandes costos y esfuerzos- y las asambleas u ocupaciones pacíficas cuando no tienen respuesta por mucho tiempo a hechos graves y de larga data.

El primero, más profundo y sentido motivo de agresión externa, es el reconocimiento y conciencia de que les han expropiados las tierras que habitan hace siglos. El personal del servicio sanitario en algunas etapas, lo entendió como reclamo parte de su salud, y acompañó o gestionó soluciones para ello.

La relación con la tierra es indiscutiblemente su modo de vivir, dándose la paradoja de que son tierras inhóspitas y despreciadas, lugar donde pocos otros argentinos habitarían y sin embargo ningún gobierno ha terminado reintegrar en indiscutida justicia.

¿Qué esperanza de cambio o reconocimiento pueden tener estos pueblos, cuando a 200 años de independencia nacional, ninguna autoridad les devolvió las raíces que les quitaron? ¿Qué expectativa pueden tener de reclamar nada?

El segundo motivo de reclamos públicos es tan elemental, que no soporta ninguna excusa: la discriminación o atropello por parte de algún empleado público. Lo reclaman después de mucha espera y maltrato, y generalmente sobre empleados de menor jerarquía. Pocas veces sobre funcionarios o referentes de mayor poder, sean profesionales, religiosos o políticos.

En idéntico sentido, como condiciones estructurales u oportunidades que facilitaron la acción del reclamo, surgen el unirse entre ellos, y el respaldo de quienes tienen poder. Es reconocido el valor que se da a la posibilidad de intercambios y reuniones con dirigentes de otras comunidades; la participación en talleres de capacitación y fundamentalmente, el apoyo de referentes institucionales importantes. (Políticos, sacerdotes, médicos) *“Los sacerdotes siempre nos apoyaron en nuestros reclamos”*.

En los últimos años comienzan a tener presencia las organizaciones aborígenes, relativamente jóvenes, ya que pudieron lograr su personería jurídica recién a fines del siglo pasado. Han demandado sobre cumplimientos de algunos docentes, pero no han enfrentado abiertamente a ningún profesional como tal, (algunos dirigentes han cuestionado por su condición de ser de afuera). Tampoco han reclamado públicamente sobre la organización o condiciones de funcionamiento del servicio sanitario ni otros PSEC.

Las organizaciones propias han significado un paso fundamental en la independencia para el manejo de fondos y recursos en proyectos de desarrollo, algunos de gran importancia. Aunque en algunas oportunidades reproduciendo internamente la dominación de la que son objeto, en cuanto a jerarquías, manejo de información, recursos y decisiones. Sin embargo son organizaciones que por ahora, cumplen la función de fortalecer la propia identidad, desde la defensa de problemas particulares y comunitarios, especialmente tierras, con poca ingerencia en servicios públicos, derechos ciudadanos, o movimientos políticos emancipadores.

En síntesis, la población invisibilizada en su propia casa por quienes vienen de afuera e intervienen en ella, ocultan sus modos de vivir y de pensar. Recurren a resistencias o transcripciones ocultas, y fundamentalmente a las tácticas o ingeniosidad de los débiles³⁰⁶ para sacar ventaja del fuerte. Maneras de hacer de los sectores populares, contrapartida de los dominados o consumidores y que manifiestan su resistencia en el modo de usar o consumir lo que les imponen.

Tácticas que se explican como contraposición a instituciones dueñas de un lugar, con objetivos que establecen una frontera que las distingue de otros, espacio desde el cual planifican, operan, intervienen sobre los demás. Por otro lado están los débiles, quienes no cuenta con un lugar propio, no dispone de una base, deben actuar con el terreno y ley que organiza una fuerza extraña. Lo propio de quienes no tienen un lugar, es el tiempo. Son señores del tiempo, de hecho permanecen dueños desde varios siglos. *“Ya se irá ese médico...”*

³⁰⁵ Se toman para su análisis, las categorías propuestas por Schuster Federico Pereyra Sebastián (2001) *“Balances y Perspectivas de una forma de acción política”*. En *“La protesta social en la Argentina”* Introducción. Alianza Editorial. Buenos Aires

³⁰⁶ De Certau. Michel (2007) *“La invención de lo cotidiano.1 Artes de hacer”* Universidad Iberoamericana . Iteso. México

Tácticas que aluden a formas subrepticias de creatividad dispersa, como el contenido o sentido de quejas de las que dan cuenta sus festividades, cuentos, leyendas³⁰⁷ o coplas, expresiones comunes de quienes están atrapados en redes de vigilancia. Son movimientos en el interior del campo de visibilidad del enemigo, obran poco a poco. Este lugar les permite movilidad, la potencia está comprometida por su visibilidad, luego, sólo les queda la astucia.

Como ha referido hace muchos años Santiago Monast³⁰⁸, un sacerdote oblato canadiense que vivió 30 años en el altiplano boliviano, donde se pregunta si los aimaraes son evangelizados o sólo bautizados; dando cuenta de que al haberse aniquilado su cultura, usan a la religión católica como prostituta de su propia religión. Cuando adoran el “Santísimo”³⁰⁹, están en realidad adorando al sol.

Una manera de utilizar los sistemas impuestos lo constituye la resistencia a la ley histórica de un estado de hecho y a sus legitimaciones dogmáticas. Con inversiones discretas, sumisos, utilizan las leyes, prácticas o representaciones que les son impuestas por la fuerza, y a través de la seducción, las usan con fines diversos a los buscados por los conquistadores.

La científicidad desde la que se legitiman las instituciones se ha dado su lugar desde la pluralidad de campos distintos y limitados, constituyendo el todo. El resto, el fondo, lo han convertido en cultura. La modernidad organiza la realidad como parcelas, islas científicas y dominantes sobre un fondo de resistencias prácticas, o simbolizaciones irreductibles al pensamiento. Separa las lenguas artificiales que articulan los procedimientos de un conocimiento específico, de las lenguas naturales que organizan la actividad significativa general. El fracaso de tal empeño, en algún momento se reconocerá. (De Certau, M; 2007:10).

Por debajo, en el subsuelo existen coplas o leyendas, además de usos y modos de habitar las instituciones, que no se pueden registrar desde conocimientos académicos o recetas técnicas. Sólo las relaciones donde el otro “suena” o “importa” permite leerlas, aunque no siempre entenderlas.

³⁰⁷ Biachetti, Cristina (1993) *“El papel de la leyenda y cuento como reguladores socio-culturales”* OCLADE. Publicación N° 3 muestra en extenso los temas de ellos en la región de Iruya, y que sustentan su inclusión como tácticas a las que alude De Certau.

³⁰⁸ Monast, Santiago (1980) *“Los indios aimaraes”*. Ed Carlos Lohlé

³⁰⁹ Caja dorada donde se traslada la hostia o “cuerpo de Cristo”

4.- IDENTIDAD Y DOMINACIÓN

“El familiar”

“Está hecho una furia con estas novedades que han venido a perturbar sus dominios. Los sindicatos obreros le dan más bronca y susto que la cruz del cuchillo. En las plantaciones de caña de azúcar del norte argentino, el Familiar se ocupa de la obediencia de los peones. Al peón que se pone respondón y arisco, el familiar lo devora de un bocado. Hace ruido de cadenas y echa peste de azufre, pero no se sabe si es el Diablo en persona o simple funcionario. Sólo sus víctimas lo han visto, y ninguna pudo contar el cuento. Dicen que dicen que por las noches el Familiar ronda los galpones donde los peones duermen, hecho enorme serpiente, y que acecha agazapado en los caminos, en forma de perro de ojos en llamas, todo negro, muy dentado y uñado”
Eduardo Galeano
“El siglo del viento”

Desde los prejuicios iniciales que duraron muchos años, hubiéramos afirmado que los iruyanos son *“taimados”, “no dicen de frente lo que piensan”, “se callan ante cualquiera de afuera”, “sólo cuando están alcoholizados dicen lo que verdaderamente sienten”*, expresiones que junto a otras más despectivas, suelen calificarlos desde Afuera.

De un ordenamiento y análisis más profundo, surge como hipótesis que las relaciones de dominación que por mucho tiempo y por diferentes formas, les devuelven a determinados grupos subordinados

una imagen de “infra-clase”; condicionan una identidad colectiva “a la sombra”, limitando sus acciones de expresión colectivas a formas de infra-política.

La simulación, apariencia de imagen complaciente, el ocultamiento de opiniones y el anonimato en el disenso, historias y celebraciones colectivas por donde circulan creencias profundas, son, entre otras formas de transcripciones ocultas, las prácticas de expresión a las que deben recurrir como estrategias de sobre-vivencia grupos humanos condenados, aún hoy, a vivir relaciones semi-serviles. Cuando se preguntó a don Esteban Canchi, si recordaba problemas o conflictos del hospital con la gente, respondió haciendo alusión a que no los había, porque los iruyanos eran respetuosos. No hay conflictos porque a ellos les enseñaron a pararse firme y saludar.

“Los de aquí sabemos ser respetuosos, antes eran más respetuosos. Mi finada mamá me mandaba a comprar y me decía: cuando encuentre un gente, Ud. pararse piecitos juntitos con la mano así (se las asienta en el pecho) y sáquese el sombrero. Luego salude (imita con tono humilde) “buen día señorai”...cobardecito éramos... ahora que digo yo los jóvenes de ahora es como que encontraran un burro. La gente de antes éramos respetuosas” (Poblador/ EC)

No hay una realidad,³¹⁰ sino tantas como sujetos y sus modos de construir esas realidades, existen. Y la sociedad no es algo dado con independencia de los sujetos, sino un fenómeno emergente de la interacción simbólica. El orden social es un orden negociado, y en intercambio de perspectivas entre los seres humanos, pensados como actores activos que construyen y desconstruyen la realidad social. Nos incorporamos a un orden simbólico, de significados, al mismo tiempo que nos otorgan instrumentos para cuestionarlo.

Los seres humanos somos constituidos como individuos sociales de la mano de las matrices familiares y vinculares que nos adaptan a una sociedad y cultura, a través de representaciones sociales. Representación social³¹¹ como aquello que nos permite asimilar la información proveniente de nuestro entorno y comunicarnos con otros, que nos permite familiarizarnos con lo extraño, (contrario a la ciencia que hace extraño lo familiar). Concepto muy relacionado con nominación, lo que permite agrupar en la misma definición un conjunto de cosas, dándole existencia.³¹²

Las representaciones son velos entre nosotros y las cosas que nos encubre tanto más cuanto más transparente creemos que son. (Durkheim; 1985) ya que las representaciones tienen por objeto poner nuestras acciones en armonía con el mundo que nos rodea.

La socialización nos incorpora a un orden simbólico, universo de significaciones de la sociedad, al tiempo en que nos apropiamos de capacidad de simbolizar, es decir de producir nuevos sentidos sobre lo dado, con la posibilidad de reflexionar y transformar ese orden, visibilizar condicionamientos resultantes del orden social como posibilidad de autonomía del sujeto frente a esos condicionamientos.

Desde esos conceptos podemos entender porqué, la población y personal de Iruya, aceptaron una intervención vertical y centralizada que desconocía totalmente su cultura y manera de entender PSEC. Las dificultades para expresar lo que piensan, reclamar ser escuchados, poder ser y hacer diferente, o reservar esos derechos para un ámbito privado. Y las implicancias de todo ello en sus condiciones de desigualdad.

“En cualquier estructura de dominación es posible imaginar que los grupos subordinados son socializados por sus parientes en ritos de culto que los mantiene cercanos al dolor. Una cruel paradoja de la esclavitud, por ejemplo, es que el interés de las madres esclavas, cuyo mayor deseo es mantener a sus niños seguros a su lado, instruyéndolos en la rutina de la conformidad. Ajenos al amor, ellas se encargan de socializar a sus niños a complacer o al menos a no enojar a sus amos y amas” (Scott; 1999: 6).

El proceso de desarrollo psicosocial del ser humano, es un camino que se transita desde una simbiosis original, indiferenciación de primeros meses de vida, pasando por procesos de organización del psiquismo tales como identificaciones y pérdidas, para llegar a la autonomía y libre determinación, por ruptura de la heteronomía inicial. Ese proceso de identificaciones y pérdidas,

³¹⁰ Berger P. y Luckman T (1994) *“La construcción social de la realidad”*. Ed. Amorrortu

³¹¹ Representación social, concepto con antecedente en Durkheim, Emile (1895) *“Las reglas del método sociológico”* como representaciones colectivas, retomada en 1961 por Moscovici, Serge *“El psicoanálisis, su imagen y su público”*, refiere a una preparación para la acción, da sentido al comportamiento para integrarlo a una red de relaciones del sujeto. Como modelo de conocimiento de la vida cotidiana destinada a interpretar la realidad para interactuar, imagen o modelo. Concepto cercano a conceptos como actitud, opinión, imagen o prejuicio. Actividad representativa- sentido o explicación de lo percibido- con poder de crear no sólo reproducir objetos.

³¹² Entrevista a Serge Moscovici. Director Estudios en la Ecole des Hautes etudes en Sciences Sociales

permite a un sujeto con libre determinación, imitar y separarse, requiere confrontar, y esto se hace sólo a partir de la seguridad de una identidad la que posibilita construir a la persona su propio proyecto.

*“El cachorro humano inicia su desarrollo como sujeto en proceso de socialización que dura toda la vida, primero de mano de adultos significativos, una familia como garante de la inscripción externa. Este proceso da un individuo social, que funciona adecuadamente desde esa sociedad. La diferenciación de ese individuo social implica un sujeto reflexivo y autónomo, fruto de una imaginación radical, capacidad de formular lo que no está, lo que le permite cuestionar las significaciones imaginarias sociales en las que está inmerso y son constituyentes de su identidad”*³¹³

Sin querer transpolar conceptos, diremos que son las mismas matrices o relaciones vinculares con otras personas, aquellas que reproducen lo instituido, las que permiten también la construcción de subjetividades autónomas, capaces de cambios instituyentes. De la mano de otros nos adaptamos a la sociedad, sólo de la mano de otros, podremos abrir surcos distintos para transitar.

Desde esa referencia profesional, adherimos a la sociología que rescata la importancia de las identidades -proceso en tensión con la alienación³¹⁴- como potencial y fuerza para expresión y creación de formas diferentes de relaciones, entre ellas, las de dominación.

La identidad, autopercepción de las propias características y limitaciones, es lo que reafirma la dignidad humana. Pero la identidad se construye desde la internalización, del tomar como propio lo que es de otros. Desde la definición que hacen “otros” de “nosotros”, desde aquellos a quienes en algún momento tomamos como modelos.

Los grupos subordinados han sido parte de la comunidad, definidos por “otros” y que, mediante luchas, han logrado conformar como actores colectivos y han podido definirse a sí mismos.

Una identidad lograda desde una simbiosis original de la que tomaron distancia a partir de lo cual reflexionaron, resistieron, contra lo cual se rebelaron. A veces la violencia suele constituirse en un recurso final, cuando no se puede apelar a la palabra para negociar conflictos, pero también como forma de lenguaje, cuando el otro no escucha.

Cualquier dominación es usurpación de la identidad, y cualquier resistencia a la dominación requiere reafirmación de identidad. Proceso complicado porque cuestiona la uniformidad, el autoritarismo y el paternalismo, reclamando espacios para ser escuchados, poder ser y desempeñar diferentes.

La dominación que analizamos, hemos señalado como que no es sólo material, sino también simbólica. El Estado y la sociedad, a través de las relaciones de dominación, nominaciones, clasificaciones, divisiones, reglas y jerarquías que construyen los problemas y sus soluciones, ha ubicado a estas poblaciones como seres humanos inferiores, incapaces, extranjeros, objetos de tutela, nunca sujetos de derechos. Desde las operaciones de clasificación que realiza la sociedad, ciencia e intelectuales, el estado y el mercado, están diciendo que el modelo de ser argentino, el camino para ser respetado, tener trabajo, es pasar por la escuela, ser blanco, mejor si es de las ciudades, progresar individualmente en base al ahorro, hábitos higiénicos, respeto por la ley, buenos modales.

Hemos comprobado cómo, las relaciones de dominación se sostienen desde lo simbólico, en cómo se representa, ubica, nombra quien domina o conduce a sí mismo y al otro a quien conduce o sobre quien interviene. En la intervención sanitaria, ello está referido tanto por objetivos como por modos prioritarios de hacer y clasificaciones o nominaciones sobre el destinatario.

Pero, como las relaciones de dominación pueden ser consentidas o resistidas, se sostienen también por la forma en que los dominados, los grupos subalternos aceptan o no, resisten o no esas nominaciones, clasificaciones, decisiones sobre sí mismo.

Los pueblos aborígenes quedaron en minoría absoluta en la Argentina “blanca”, sociedad que los incluyó a fuerza de entregarles una imagen degradada de sí mismos. No pudo anular su “nosotros”, el plural desde el que siempre hablan, el sujeto colectivo que los cobija, pero lo silenció.

Su identidad colectiva, definición de pertenencia a un grupo, definición interactiva, sentido de un nosotros conciente, más que simple pertenencia a clases estructurales de la sociedad, fue tallada en la convicción de que para sostenerla, hay que negarla, ocultarla, no expresarla, menos aún confrontar.

La sociología amplía y define desde otro ángulo la importancia de la identidad como base de todos los sustantivos colectivos “Nosotros”, aquellos plurales que usamos, para describir a los participantes de una acción colectiva (nación, clase, comunidades, oficios, campesinos), como

³¹³ Castoriadis, Cornelius (1983) “*La institución imaginaria de la sociedad*” Barcelona Tusquest

³¹⁴ Evers, Tilma (1985) “*Identidad la faz oculta de los nuevos movimientos sociales*”, en Puntos de Vista, año 7, número 25. Bs As.

conjuntos de individuos que comprenden una categoría, conciencia de la misma, y red de relaciones a partir de ellas.³¹⁵

Los movimientos sociales, más allá de las lecturas o diferenciaciones sobre nuevos o viejos, son representados como acciones colectivas que demandan y hacen posible confrontar intereses, donde antes sólo existían mecanismos de transmisión autoritaria de regulaciones.³¹⁶

Con variaciones, según tiempos y contextos, como objeto de estudio de la sociología, los movimientos sociales siempre han hecho referencia a intereses cuestionadores. Sea que los entendamos como acciones colectivas de sectores con intereses incompatibles al orden político y social, sea que los prosigan por vías no institucionalizadas, las acciones que promueven tienen objetivos puntuales o que producen rupturas de límites en sistemas de referencia. Son prácticas que cuestionan en parte o en su totalidad las estructuras de dominación³¹⁷; reformistas o revolucionarias. La histórica trayectoria de exclusión/expulsión material y simbólica de la comunidad de pertenencia, condicionó en los pueblos originarios argentinos, una identidad colectiva a la sombra, necesaria para subsistir, pero con pocas posibilidades de construir una diferencia demandante, una identidad instituyente. Débil peso demográfico y fuerte dependencia determinaron una tendencia a la sumisión más que a insurgencia, en movimientos o acciones colectivas.

Sobrevivir en condiciones de absoluta adversidad les demanda todo el esfuerzo y energía, como a todos los grupos de pobreza extrema. El esfuerzo por subsistir les requiere imitar la cultura dominante, energía que se resta a la posibilidad de luchar por significados que impugnen, no sólo dirigidos a obtener resultados del sistema político, sino a desafiar y cambiar lenguajes o códigos dominantes.

Baste contrastar diferentes trayectorias que tienen los mismos pueblos, si cruzamos el puente internacional a Bolivia, donde constituyen la mayoría del país³¹⁸, participan en organizaciones campesinas o sindicales, se movilizan en defensa y reclamos, todo lo cual da cuenta de fortaleza y orgullo de la propia identidad, memoria y valoración de su historia; pero por sobre todo, donde confrontan desde diferentes posturas, para ser reconocidos en igualdad política. En un espacio geográfico muy cercano, han generado un movimiento emancipatorio, con dimensiones sin antecedentes en nuestro continente, y final abierto todavía hoy.

Los collas de las tierras altas quedaron junto con otros pueblos originarios, en minoría absoluta dentro de la Argentina. Sostienen estrategias de resistencia que les han permitido sobrevivir en condiciones en las que pocos seres humanos sobrevivirían. Poseen gran “resiliencia”, pero están limitados para posicionarse como actores sociales³¹⁹ ante otros, debiendo recurrir a la transcripción oculta de sus modos de habitar el mundo, necesidades y demandas.

CAPÍTULO VII APRENDIZAJES

³¹⁵ Craig Colhum “*El problema de la identidad en la acción colectiva*” Traducción de Javier Auyero. Apuntes Maestría de Políticas Sociales. UNSA

³¹⁶ Melucci, Alberto (1994) “*Que hay de nuevo en los nuevos movimientos sociales*” En “*Los nuevos movimientos sociales, de la ideología a la identidad*” Edición a cargo de Laraña, E. Gustifiel J. Centro de Investigaciones sociológicas. Madrid

³¹⁷ Castel, Manuel (1997) “*El fin de patriarcado: movimientos sociales, familia, y sexualidad en la era de la información*” en “*La era de la información. Economía, sociedad y cultura*” Vol. 2 . El poder de la identidad. Alianza Editorial, Madrid pág.159 a 269)

³¹⁸ Álvarez Leguizamón, Sonia (2006) “*Movimientos sociales y construcción de un nuevo estatismo* “TINKAZOS. PIEB. Bolivia

³¹⁹ Torres, Alicia (2000) “*Desde la psicología de frontera, cuestionamientos al concepto de resiliencia*”. Premio Beatriz Perossio. FEPPA. Buenos Aires. Trabajo que fundamenta factores de resiliencia en la región, advierte de las fortalezas de los niños collas, al mismo tiempo que las dificultades que tienen, para posicionarse como actores sociales en igualdad de condiciones ante otros. Se entiende la resiliencia como la capacidad humana de enfrentar la adversidad y poder continuar un desarrollo positivo a pesar de ella.



... Los espejos están hechos de gente. Los espejos nos ven. Los espejos nos
 recuerdan, cuando nos vemos, ¿los vemos? Cuando nos vamos ¿se van?
 Este libro ha sido escrito para que no se vayan.
 En estas páginas, tratamos de unir pasado y presente, resucitar muertos y
 anónimos que tienen nombre: los hombres que alzaron palacios y templos de sus
 amos;
 Los pueblos ignorados por quienes ignoran lo que temen, el sur y el norte,
 los diferentes despreciados por quienes desprecian lo que ignoran;
 los muchos mundos que el mundo contiene y esconde;
 los pensadores y los sentidores;
 los condenados por preguntar, los rebeldes, los perdedores, los "bárbaros"
 y los locos lindos.
 Todos los que han sido y son, la sal de la tierra"
 Eduardo Galeano
 Adaptación de textos de "Espejos"

Las prácticas no son acción de un sujeto, sino de multiplicidad de protagonistas, en diálogo de saberes; y aprender de ellas es un desafío más que metodológico, técnico y político: permite construir capacidades y poderes.

La práctica tiene una concepción teórica y conocimientos válidos para enfrentar situaciones; conocimientos situacionales más que universales. De la interacción entre operadores institucionales y comunitarios, del haber tratado de extraer fundamentos del hacer, ordenar lo aprendido y criticar supuestos; los conocimientos adquieren el valor agregado de pensamientos sobre prácticas, donde los significados están incrustados en la acción, y los conocimientos purificados por el error.

Equívocos, no en teorizaciones o experimentos, en el interés de conocer y fortalecer la autoridad del saber. Sino en el testimonio, en el hacer para cambiar realidades que producen violencia, o menos oportunidades a seres humanos concretos.

Los aprendizajes del presente trabajo son fundamentalmente construcciones de quienes suscribimos a una forma de pensar y habitar el mundo, diferente a la mayoría de los pobladores y trabajador de salud locales, producto del mismo hacer en conjunto, de una co-operación.

Compartimos con ellos una parte muy importante de la vida, en cantidad e intensidad de experiencias, pero proveníamos y regresamos a otro lugar. Otra cultura, clase, espacio social, disposiciones, intereses, trayectorias, todos los nombres que se quieran encontrar, para fundamentar que no somos mediadores, voceros o representantes de ellos.

Pretendemos ser sólo una invitación o provocación para que los iruyanos confronten y aporten su mirada y acción, sobre lo compartido. Esa es la principal apertura para seguir pensando y transformando lo vivido.

Nosotros no somos ni seremos jamás los mismos, no habitaremos el mundo nunca más del mismo modo que cuando fuimos a ese lugar en nuestra juventud. Y no sólo por la edad, Iruya y su gente nos sacudieron y alteraron lo suficiente como para decir que nacimos de nuevo.

Queremos dar cuenta de algunos aprendizajes que surgen de la creación de una relación entre palabras y mundo habitado junto a ellos.

Algunos hitos de un camino donde perdimos teorías y seguridades individuales, y ganamos en prácticas y verdades colectivas. Imposible dar cuenta de todos, cada vez que releemos lo escrito aparecen nuevas historias y reflexiones.

Los habitantes de ese lugar son de pocas palabras, pero las que usan suelen expresar realmente lo que hacen, por el contrario quienes fuimos educados desde palabras, terminamos creyendo que lo que decimos, es lo que hacemos. Intentaremos no mentir con las palabras, y el único reaseguro para ello, es sostener la mirada y escucha de esas personas

Aprendimos que quienes dominan, cambian el significado de las palabras, para adecuarlas a sus intereses siempre iguales: sostener la dominación.

Los funcionarios de la salud, hablan de APS y se refieren a cosas muy diferentes: centros de salud con los especialistas que se ofrecen para atender a quienes llegan; servicios públicos tercerizados, con “bonos de contribución” o exigencias de “certificados de pobreza”; “trabajo comunitario” que algunos realizan voluntariamente, sin reconocimiento, sustentabilidad o relación con el resto del personal y de los servicios.

Funcionarios que declaman fortalecer el primer nivel, la descentralización y participación local, y asignan la mayoría de recursos a guardias o alta complejidad; responsables jurisdiccionales que deberían organizar sistemas, y presentan proyectos “en redes” (recurso horizontal, no formal, de quienes no cuentan con institución o financiamiento); son entre otros, ejemplos de quienes cambian el sentido de las palabras, para ocultar violencias y desentendimientos sobre la salud y enfermedad de las mayorías.

“Hoy todas las interpretaciones son válidas, y las palabras sirven más para descargarnos de nuestros actos que para responder por ellos. La historia es el más grande conjunto de aberraciones, guerras, persecuciones, torturas e injusticias, pero, a la vez por eso mismo, millones de hombres y mujeres se sacrifican para cuidar a los más desventurados. Ellos encarnan la Resistencia”³²⁰

³²⁰ Sábato, Ernesto (2001) *“La resistencia”*. Ed Planeta. Buenos Aires

1. OTRA ATENCIÓN SANITARIA ES POSIBLE

“Ventana sobre el error”

*“Ocurrió en el tiempo de las noches largas y los vientos de hielo:
una mañana floreció el jazmín del Cabo, en el jardín de mi casa, y el aire frío se impregnó de su
aroma, y ese día también floreció el ciruelo y despertaron las tortugas.
Fue un error, y duró poco. Pero gracias al error, el jazmín, el ciruelo y las tortugas pudieron creer que
alguna vez se acabará el invierno. Y yo también.”*

Eduardo Galeano
“Palabras Andantes”

Un primer eje de aprendizajes, da cuenta de que la metodología de APS permitió la organización de un modelo más integral, oportuno y con aceptable calidad, para hacer accesible y equitativo el sistema sanitario. Siempre que se haga desde una lógica de protección de derechos y no de personas, esto es, como propuesta universal. Justificamos más recursos o

urgencia en discriminación positiva hacia quienes más necesitan, pero no una estrategia diferente para ellos.

APS hizo posible aún el contexto más adverso, organizar un sistema sanitario gratuito en el momento de la prestación, para toda la población de un territorio definido como área de responsabilidad. Prestaciones primarias (preventivas, tempranas) y primeras (para prevenir, asistir y rehabilitar los problemas más frecuentes), con aceptable calidad y buenos resultados en indicadores de morbi-mortalidad. Todo ello, en el caso analizado, con una inversión mínima de \$ 150 dólares habitantes año.

En base a prestaciones constatadas, **sería posible pensar en un ingreso sanitario universal, algo equivalente en salud a una educación general básica.** Bajo algunas condiciones: que no sean sólo acciones como respuesta a la demanda, o esporádicas, sino parte de un sistema planificado. Y no sólo para quienes pueden llegar o están cerca, sino para toda la población del área; no sólo con acciones de promoción colectiva de la salud, sino también de asistencia individual de las enfermedades: no sólo prestaciones biomédicas, sino incluyendo también respuestas a otras problemáticas frecuentes. Abriendo y abierto para atender a las demás necesidades sanitarias.

Tomando como punto de partida el art. 24 de la Convención de los Derechos del Niño, podrían acordarse estándares concretos y evaluables de una atención sanitaria general básica. Después podremos cuestionarlas, revisar si son suficientes en cantidad o calidad de servicios, plantear si basta que sean sólo hacia los niños, o si tienen en cuenta la participación de los destinatarios. Pero asegurando un piso básico verificable como responsabilidad del Estado, del que hoy carecen las mayorías de nuestro país, aún quienes viven en medios urbanos o cuentan con cobertura de obra social.

En otras regiones o países, ya se ha demostrado que sistemas basados en APS, son eficaces - brindan mejores indicadores de morbi-mortalidad - y eficientes - con una inversión comparativamente menor a acciones reparativas-. Experiencias como las de Chile, en plena etapa o modelos neoliberales, o en ámbitos urbanos como las actuales en la ciudad de Rosario en nuestro país, suscriben la misma certeza, con modalidades o en contextos diferentes.

La constatación del caso que nos ocupa, devela el engaño a que nos someten y se mienten los gobernantes, cuando en épocas de crisis, dicen no tener recursos, y no invierten primero en sistemas con eje en atención primaria de la salud.

La constatación también fundamenta de que **los “Estados Partes”³²¹ no pueden aducir obstáculo o limitación económica para asegurar este derecho social**, habilitando en consecuencia a todo ciudadano, en nombre propio o de sus hijos, a reclamar administrativa y judicialmente, el contar con esos servicios.

Desmiente mitos sobre la ineficiencia de la gestión pública de servicios sanitarios: en un lugar con el 70% de población con NBI, y contando con una quinta parte del promedio de inversión nacional, se pudieron lograr comparativamente buenos resultados.

Aprendimos que ese sistema mano de obra intensivo y sencillo en tecnología, bajo la premisa de cobertura universal, permite registrar y diagnosticar al mismo tiempo, posibilidades y límites del sector salud, para intervenir en sus causas o condicionantes. Fundamenta por ejemplo, que un simple aporte de vitaminas que el estado no provee – y que indica de rutina cualquier pediatra en medios urbanos- se podrían eliminar indicadores de desnutrición proteica, de todos los niños menores de 2 años. Aquellos mismos niños que los funcionarios hoy describen como una realidad inmodificable, llamándolos “enanos raciales”³²².

De haber contado con financiamiento equitativo (proporcional a la inversión pública del país del momento), y progresivo (aportando más quienes más tienen y donde las obras sociales reintegraran proporcionalmente por sus afiliados), podrían haberse garantizado otras prestaciones sencillas, que cambiarían radicalmente las posibilidades iniciales que hoy tienen los iruyanos: como eliminar el Chagas neonatal, las anemias de las embarazadas o el bajo peso al nacer de todos los niños.

La cobertura universal, también permite constatar los límites que tiene el sistema sanitario para modificar por sí solo indicadores de mortalidad infantil o resolver condiciones de saneamiento básico, contando sólo con el esfuerzo propio y ayuda mutua de los pobladores más pobres.

³²¹ Término de las convenciones internacionales de derechos humanos, cuando hacen mención a las responsabilidades de los gobiernos, en asegurar derechos sociales, siempre supeditados a disponibilidades financieras.

³²² Diario Página 12. Martes 7 de julio de 2009. Pág. 17 “No son enanos nutricionales, son enanos raciales” explicó Patricia García, jefa del programa Materno Infantil de la Provincia de Salta, en una singular explicación científica, el tamaño de los chicos guarda relación con las características genéticas de los aborígenes que vivían en la región “ante la denuncia formulada en Página 12 por la Dra. Gladis Pernas, cuando dice que uno de cada tres niños internados en el Hospital de Niños es desnutrido.

Aprendimos la importancia y centralidad del lugar y espacio local, cercano a la vida cotidiana de la gente, como termómetro de realidad al mismo tiempo que facilitador de una lógica organizacional diferente, a aquella que determinan las políticas verticales.

El geo-referenciamiento del que hablaba Alvarado, facilita unir múltiples variables y dimensiones de la realidad, donde las redes inter-institucionales que motoriza APS, pueden ser factor aglutinante para creativas historias de desarrollo local.

Comprobamos lo poderoso de un proceso organizativo que une diagnóstico y análisis epidemiológico con gestión. Muchas soluciones no lo son por falta de conocimiento, sino por falta de relación entre conocimiento y gestión, cuestión fácil de integrar, si se tiene presente, a nivel local.

Las experiencias y prácticas cercanas a donde vive y trabaja la gente, comúnmente la periferia o frontera de instituciones y estados, dan cabida a relaciones personales que rompen el anonimato de las burocracias.

Los números, las estadísticas, las referencias a colectivos son importantes, para conocer donde estamos y hacia donde vamos; pero para la gente que sufre, lo que importa es ese lenguaje universal de alguien que escucha, se conmueve, y aporta alternativas para sus dolencias. Lo local y cercano da lugar a relaciones que sacuden instituciones y hacen una diferencia de calidad válida para cualquier cultura, sin descuidar la calidad profesional, *“me trató sin asco”* o *“no me revisó, ni leyó la historia clínica”*.

El lugar privilegiado por APS, el llamado “trabajo comunitario”, ha sido disparador en Iruya como también en muchos lugares, de experiencias de signo contrario a lo dado. Con sus limitaciones y fragilidades, APS ha facilitado las casi únicas o escasas posibilidades que han tenido poblaciones marginales, de acceder a asistencia sanitaria básica, e inclusive de poder expresar opiniones sobre los servicios. De igual manera, ha permitido las pocas oportunidades que han tenido profesionales y técnicos, de trabajar con la salud (no sólo con la enfermedad), y de la apertura a cosmovisiones o realidades desconocidas, en los procesos de su habitual formación.

Aunque no hayan sido experiencias apoyadas por los gobernantes con el financiamiento que en justicia correspondía, sino sólo sostenidas por el voluntarismo de equipos locales, el caso aporta a fundamentar que APS ha significado inspiración y huellas de que son posibles otros devenires, para los PSEC de las mayorías de nuestro continente.

Comprobamos que las mejores políticas o intenciones desde lo macro, Gobiernos o autoridades, no tienen ningún reaseguro de cumplimiento por más piramidal que sean las jerarquías institucionales, siempre existe el poder de resistencias de los de abajo. Buenas leyes y decisiones, sin la fuerza de acuerdos o motivaciones locales, no se traducen en mejores servicios o condiciones de vida para la gente. Ni se derogan, simplemente se ignoran y poco valen para sus destinatarios.

Al mismo tiempo aprendimos que una gestión local, sin recursos que la relacionen equitativamente con la estructura social a la que pertenece, termina reproduciendo la desigualdad que pretende cambiar.

La mejor experiencia local, si la sociedad no la sostiene equitativamente, con un aporte mayor de quienes tienen más, se constituye en una participación auto-referenciada con poca duración, que termina costando caro y además, reproduciendo la desigualdad. Son necesarias al mismo tiempo, regulaciones y prácticas micro y macro sociales, personales y locales junto a colectivas y jurisdiccionales.

La idea de participación autoreferenciada, la tomamos de Cecilia Carrizo y Mauricio Berger³²³, cuando analizan la acción en Barrio Ituzaingó en Córdoba, de un grupo de mujeres que luchan por sus derechos ambientales. Ante el daño a sus cuerpos y formas de vida, e inoperancia de los funcionarios, a partir de su auto-organización ejercen desde vigilancia epidemiológica, poder de policía, hasta elaboración y sanción de leyes para defender su salud.

Autoafección, auto-organización, autodefensa, desde el auto-reconocimiento como sujetos políticos, toman la palabra y salen de las sombras para defenderse ellas mismas, cuando las leyes no se cumplen. Mujeres que ponen el cuerpo en espacios que no habitaban, y donde deberían estar trabajando funcionarios que desobedecen la representatividad delegada.

La práctica pone sobre el tapete que los poderes públicos, no dan cuenta ni del ejercicio y reconocimiento de derechos de ciudadanía, ni de la actuación de las leyes que les otorgan vigencia, en una situación que los autores llaman *“estado incivil y ciudadanos sin estado”*

Esa investigación muestra también las consecuencias de la sobrecarga y autoresponsabilidades de lo público: el agotamiento y desgaste de sus cuerpos, la pérdida de objetivos donde se desdibuja la

³²³ Carrizo, Cecilia, Berger, Mauricio (2008) *“Estado incivil y ciudadanos sin estado”* Narvaja Editor. Córdoba. Trabajo de investigación sobre la acción de un grupo de mujeres de Barrio Ituzaingó en Córdoba- capital- , a partir de identificar efectos en muertes y enfermedades derivados de fumigaciones con agrotóxicos en campos de soja aledaños, derrames de PBC de transformadores de energía, provisión de agua contaminada y enterramiento de residuos industriales.

identidad grupal, el autodesprecio o descalificación como locas o conflictivas, aún desde sus mismos pares (Carrizo, Berger ; 2008:232).

En Iruya, no fue un grupo de pobladores sino de empleados, que con esfuerzo y recursos desproporcionales, se autoreconocen como sujetos con poder y se autoorganizan para defender vida y salud de sus comunidades. Y ponen el cuerpo para gestionar y sostener un modelo que asegura el derecho a la salud, allí donde las leyes o marcos institucionales, responsabilizan a funcionarios y recursos públicos para hacerlo.

La experiencia que nos ocupa, muestra también el costo de esa participación auto-referenciada: en los últimos diez años, y en sentido real no figurado, la vida de cuatro agentes sanitarios en cumplimiento de sus tareas. Funciones que el sistema ni siquiera reconoce como trabajo de riesgo, o causal de envejecimiento precoz a los fines jubilatorios.

Demuestra afectar la calidad de vida de quienes sobreviven y siguen expuestos a las mismas condiciones, frustraciones para personal y población, por el abandono de calidad del trabajo o la pérdida de quienes se fueron sin quererlo.

Al Ministerio le es difícil conseguir profesionales que vayan a Iruya, y el caso muestra que todos los que trabajaron durante años, con satisfacción, calidad y compromiso, refieren en sus relatos que salieron porque no soportaban más, no por deseo o libre elección.

Como elemental ley física, todo ocurre como si, cuando el mayor esfuerzo se sostiene desde lo más débil, cualquier sistema es de corto alcance, tiene poca sustentabilidad. Aunque parezca ser esta una constante en muchos rincones del país.

“Desde acá zurcimos lo que desde arriba se raja. Este país se sostiene por lo que la gente arma, teje pacientemente todos los días desde abajo. Si no fuera así, estaría destrozado”³²⁴

Los acuerdos y esfuerzos locales, las redes y relaciones horizontales tan promocionadas, sin materialidad de organizaciones, leyes o macro políticas, tienen demasiados costos personales como para sostenerse en el tiempo.

“Los caminos de una política progresista, se perfilan hoy en la articulación virtuosa entre la lógica de la reciprocidad, propia del principio de comunidad, y la lógica de la ciudadanía propia del principio del estado” (De Souza, 2005; 95).

³²⁴ Bertuchelli, Sebastián, referido a experiencia de trabajo en barrio marginal de la ciudad de Córdoba.

2. NO CALLAN, RESISTEN PRÁCTICAS GENOCIDAS

*“Las edades de Ana
En sus primeros años, Ana Fellini creía que sus padres había muerto en un accidente.
Sus abuelos se lo dijeron. Le dijeron que sus padres venían a buscarla cuando se cayó el avión que
los traía. A los once años, alguien le dijo que sus padres habían muerto peleando contra la dictadura
militar argentina. Nada preguntó, no dijo nada. Ella había sido una chica parlanchina, pero desde
entonces habló poco o nada.
A los diecisiete le costaba besar. Tenía una llaguita debajo de la lengua.
A los dieciocho le costaba comer. La llaga era cada vez más honda.
A los diecinueve, la operaron.
A los veinte murió.
El médico dijo que la mató un cáncer a la boca.
Los abuelos dijeron que la mató la verdad.
La bruja del barrio dijo que murió porque no gritó”*

Eduardo Galeano
“Espejos”

El segundo eje de aprendizajes, pasa por constatar que **los pueblos originarios no callan, solo resisten, en el subsuelo de la sociedad prácticas sociales genocidas de antes, de ahora, y las que se anticipan para después.**

Soportan demasiadas dominaciones pasadas y actuales, unas y otras que tienen la intención de ayudarlos. Es muy difícil separar en estos contextos las condiciones derivadas de dominaciones coloniales, sustentadas en condiciones de raza (indígenas como sujetos sin historia ni recursos), de las dominaciones modernas sustentadas en condiciones de clases sociales (indígenas como campesinos o “supernumerarios” explotados por el capital), cuestiones que confluyen todas en desigualdades permanentes. Dominación de etnia y clase que nos advierte que etnia no es un concepto cultural, sino político. Múltiples dominaciones sobre sujetos individuales y colectivos, moldeados para la obediencia y la sumisión.

*“No son diferentes solo en su condición étnica, sino porque las transformaciones del capitalismo y mercado agravaron su desigualdad y exclusión. La discriminación étnica adopta formas comunes a otras condiciones de vulnerabilidad: son desempleados, pobres, migrantes, indocumentados, desconectados. Para millones, el problema no es mantener campos sociales alternos, sino ser incluidos, llegar a estar conectados sin que se atropelle su diferencia, ser ciudadanos en sentido intercultural.”*³²⁵ (García Canclini; 2004: 53).

Las condiciones que se describen teóricamente y se aceptan cotidianamente como de “pobreza estructural”, son encuadradas por varios autores como un genocidio, (cidio:aniquilamiento; genos: de un grupo, tribu de características genéticas comunes), término con el cual parece depositarse su responsabilidad en monstruos de otros tiempos.

Hoy se habla de “prácticas sociales genocidas”, como modo de no cosificar ni alejar esos fenómenos, y advertirlos como prácticas en las que todos podemos incurrir, cuando colaboramos para que sociedades “civilizadas” acepten eliminar a otros seres humanos. En vida o calidad de vida.

Feierstein³²⁶ investiga y compara diferentes experiencias históricas de genocidios, y los define como procesos donde quienes dominan, marcan, negativizan, hostigan, aíslan, debilitan o destruyen, tanto poblaciones, como formas de relaciones sociales. Procesos que se inician mucho antes del aniquilamiento físico, y concluyen mucho después, asegurando la dominación de los sobrevivientes.

Desde su descripción de diferentes tipos³²⁷, podemos advertir que poblaciones como las del contexto que nos ocupa siguen hoy viviendo las consecuencias de un genocidio colonizador, cuando ya se cierne sobre ellas un genocidio reorganizador.

Poco se puede dudar que resistencias y discursos ocultos de pobladores y empleados iruyanos tengan relación con el genocidio al que se sometió inicialmente a quienes vivían en América, para apoderarse de sus tierras y recursos, y que continuó después desde un estado y sociedad, que eligieron el blanqueamiento o mestizaje como matriz y base de su identidad nacional.

En la estructura colonial el ascenso social era determinado por la piel, apellido, linaje, y la curva de oportunidades iba disminuyendo según ellos. La racialidad, factor original de organización social, fue perpetuada en la negación de igualdad política: pueblos bárbaros, cuyas creencias en salud, sistemas de autoridad, organizaciones e historia, no tenían cabida en las decisiones del poder público³²⁸.

Todas y cada una de las etapas y prácticas del proceso genocida, las hemos constatado en el caso que nos convoca: construir al “otro diferente”, a aquellos que no quieren o no pueden ser como todos, como algo negativo. Se los tolera pero marcando diferencias desde discursos que legitiman el peligro para la salud y el aislamiento o confinamiento hacia espacios o intervenciones diferentes. El sometimiento a carencias materiales asfixiantes, y a través de necesidades extremas, forzar prácticas de delación que otorgan privilegios, a cambio de romper relaciones entre pares. Hasta llegar al aniquilamiento total.

Pero el proceso no terminó con la desaparición de millones de cuerpos. Después viene el post-genocidio, el aniquilamiento simbólico, ese que no niega las muertes, sino que les cambia el sentido, lógica e intencionalidad, para separar la aniquilación de lo que la produjo.

Se transfiere la culpa a las víctimas (son tradicionales, quieren todo hecho, son ignorantes, vagos, locos, conflictivos, peligrosos, subversivos), para limitar también la acción de los sobrevivientes.

³²⁵ Carcía Canclini, Néstor ((2004) *“Diferentes, desiguales y desconectados”*. Ed Gedisa. Barcelona

³²⁶ Feierstein, Daniel (2007) *“El genocidio como práctica social”* Fondo de cultura económica. Buenos Aires

³²⁷ Daniel Feierstein, refiere como grandes grupos: a) genocidio colonialista al aniquilamiento de poblaciones autóctonas como necesidad de utilizar los recursos naturales de territorios que ocupaban y estrategia de subordinación, uso como mano de obra, su blanco opera hacia el exterior social, no hacia dentro de la sociedad, b) reorganizador, hacia dentro de una sociedad, a fin de transformar relaciones sociales hegemónicas al interior de un estado. Su objetivo es clausurar relaciones que generan fricción mediante el ejercicio del poder, contestatario, crítico y solidario y reemplazarlos por una relación unidireccional a través de temor, desconfianza, delación. El cuerpo enfermo no está afuera sino adentro, por eso la metáfora no es la guerra sino la extirpación del tumor. Matriz oculta de la modernidad

³²⁸ Mamani, Pablo (2006) *“Dominación étnica, de clase y territorialización del poder indígena en Bolivia”* en R. Gutiérrez y F. Escárga (coord) *“Movimiento indígena en América Latina: resistencia y proyecto alternativo”*, Vol II, México, Casa Juan Pablos, CEAM. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Las muertes/ cesantías/ traslados, son medios, no fines, dirigidos a todos. El terror y miedo opera no sólo sobre las víctimas, sino sobre el conjunto social, buscando clausurar determinados modos de vida o relaciones, y fundar otros. (Feierstein, D; 2007: 104).

Están presentes en el caso que nos ocupa, todos los efectos del post- genocidio descriptos: anulación de la identidad, negación de la propia historia, dificultad de elaborar el pasado, confundir, anular la percepción y movilidad. Las víctimas asumen los valores del victimario, o recurren a la infantilización y aceptan limitaciones en sus posibilidades de vida.

Pierden la capacidad de autodeterminación y de incidir en su propia vida, son muertos en vida en dependencia total. No mata, pero mantiene la vida en el mínimo nivel posible, siempre que se garanticen obediencia y continuidad de orden.

El terror construye impotencia, para que enfrentarse, luchar, si toda batalla está perdida de antemano. La lógica de la impotencia funciona como discurso subterráneo de la sociedad. ¿Nunca más? Nunca más desafiar la autoridad, el objetivo del aniquilamiento es que no se pueda hablar, transmitir experiencias, pensar.

Desde el racismo del estado y la sociedad argentina; pasando por las configuraciones serviles de la sociedad salteña, hasta las políticas sociales y programas de “transferencias condicionadas”³²⁹ que hoy los asisten, poco han cambiado las operaciones de clasificación y nominación de pobres y pueblos originarios, condenándolos a vidas limitadas, sujetadas, tal como se desprende de las prácticas de resistencia a las que recurren.

Pero además hoy se perciben anticipos de nuevas prácticas genocidas, en formas en que la sociedad, lee y propone soluciones de “mano dura” hacia la marginalidad y delincuencia: la separación en espacios urbanos o instituciones públicas de menor calidad, el debilitamiento y presión de necesidades; la peligrosidad de “portación de cara”, destinos que parecen inexorables para quienes llegan a las grandes ciudades.

*“No se puede jugar con la ley de la conservación de la violencia: toda violencia se paga y, por ejemplo, la violencia estructural ejercida por los mercados financieros, en las formas de despidos, pérdida de seguridad etc. se ve equiparada, más tarde o más temprano, en forma de suicidios, crimen, delincuencia, adicción a drogas, alcoholismo, un sinnúmero de pequeños y grandes actos de violencia cotidiana”*³³⁰

Lo interesante del concepto de prácticas sociales genocidas, es que permite mirarlas como cercanas a las mejores intenciones y discursos de ciencias o doctrinas de supuesta igualdad, en tanto apelamos a nominaciones o intervenciones, que justifican menor valor o derechos para algunas personas. Y desde ella preparan el terreno para anular al otro desigual, en vida o calidad de vida. Sean mujeres, dementes, homosexuales, negros o indios; personas no nacidas, o nacidas para cuestionar.

La igualdad como concepto jurídico es quebrada por los diferentes racismos, aquellos que ponen límites a la noción de ciudadano. Y la salud pública no es inocente cuando desde el discurso de una sociedad biológicamente uniforme, ubica a los diferentes, a las víctimas, como responsables de la degeneración de la raza, con “hábitos no saludables” y como tales peligrosos para la salud del conjunto, habilitando controlar o limitar la vida bajo pretexto de medidas necesarias para garantizar el desarrollo social.

Aprendimos que las desigualdades y pobreza persistentes, son un problema relacional más que individual, producto de sensibilidades profundas, no sólo un problema ético o racional. Si no se describen o enfocan de esa manera, no hay posibilidades de cambiarlas. Si las analizamos sólo como atributos individuales y en consecuencia planteamos salidas personales, sólo reforzamos la reproducción de la desigualdad.

Autores que analizaron, no lo que provoca la desigualdad, sino las razones que la hacen persistente³³¹, sostienen que las desigualdades que perduran de una interacción social a otra (con especial atención a las que persisten a lo largo de toda una vida o historia organizacional), tienen que ver más que con condiciones personales, con distinciones, categorías sociales organizadas, tales como blanco/negro; varón/mujer; ciudadano/extranjero.

Las diferencias de rendimiento escolar entre hijos de padres de distintas posiciones sociales, se atribuyen generalmente al “contexto familiar”, en vez de considerar que tal vez, docentes y funcionarios escolares dan esa forma a sus desempeños, mediante sus propias respuestas categoriales, a las posiciones sociales de los padres.

³²⁹ Nombre de los actuales programas sociales, que obligan a contraprestaciones. Para recibir \$30 de los \$ 180 de la llamada “asignación universal por hijo”, deben mostrar comprobante de que van a la escuela o centro de salud.

³³⁰ Bordieu, Pierre, citado por Auyero, Javier “Introducción a las claves para pensar la marginalidad”.

Apuntes Maestría Políticas Sociales. U.N.S.A. Salta

³³¹ Tilly, Charles (2000) “La desigualdad persistente”, Ed Manantial . Buenos Aires.

Las nominaciones desde categorías, (en nuestro caso de etnia-clase social, pero igual ocurre con las de género o edad), clasifican y fijan en su lugar la desigualdad. Esas categorías dependen de creencia e imposiciones sociales, de quienes controlan el acceso a recursos productores de valor e inadvertidamente o con la mejor intención establecen sistemas de cierre, exclusión y control social. Lo hemos constatado con el lugar que ocupan los pueblos originarios en general en la historia Argentina, y particularmente los collas, en las configuraciones de la sociedad salteña.

Categorías que influyen en procesos organizacionales, en sistemas de admisión escolar o laboral, en diferentes modos de atenderse su salud según institución o capacidad de pago; y muestran que la estigmatización social no es simplemente de personas que muestran individualmente una aversión hacia otras personas como individuos. (Pre-juicio). Hay estigmas grupales, miembros de un grupo que calumnian o desvalorizan a otro, no debido a sus cualidades como individuos, sino por ser integrantes de un grupo, al que consideran colectivamente diferente e inferior al propio.

El prejuicio social no responde a estructuras de personalidad. En los vínculos primeros, matriz cultural que nos configura como individuos sociales, hay nociones compartidas, y los actores sociales en sus representaciones actúan por marcos de comprensión contruidos por interacciones anteriores.

Hay prácticas que relacionan la posición y trayectoria de cada agente social, y sus disposiciones incorporadas, como esquemas de percepción y acción. En este marco las acciones humanas, la mayoría de las veces, no son por intenciones conscientes sino por intereses. Los intereses orientan la acción, sin caer en una intencionalidad subjetiva conocida.

La persona no es cuanto sujeto solamente, sino como agente socializado en una posición y trayectoria determinada: la subjetividad se construye antes que por el “deber ser”, por deseos, intereses es decir por sensibilidades antes que por obligaciones. La expresión del anciano que defendía la permanencia del médico diciendo “*es el único doctor que nos trató sin asco*”, sintetiza el peso de estigmas sufridos durante cientos de años de desigualdades.

Es una referencia que trasciende cuestiones personales, para hablar de una institucionalidad distinta. Importa no sobredimensionar racionalidades e imposiciones éticas, sino significar la necesidad de experiencias institucionales y vinculares diferentes, que no construyan categorías de personas “irregulares” por su condición social, y den lugar a cuestionar imaginarios sociales y construir sentidos diferentes, como modo de alterar desigualdades, que, como las del caso que nos ocupa, se repiten por siglos.

Aprendimos la centralidad y la fuerza que tienen nuestras instituciones, ciencias de la razón y doctrinas del deber ser, para silenciar la comprensión de las personas que se suponen, su razón de ser.

Occidente demoró en comprender, que la realidad no es continuidad del pensamiento o imagen de sus sentidos, y recién en el siglo V antes de Cristo, los griegos descubrieron la ruptura entre percepción y objeto. Pero pareciera que aún no ha terminado de descubrir que las otras personas no son una realidad continua con uno mismo.

No todos desean o esperan de la vida, gozan o sufren, ni buscan por los mismos medios. No todos los pueblos y civilizaciones tienen las mismas instituciones o formas de resolver los problemas. Mirando desde el centro, todo es periferia: las comunidades originarias son actuales, no tradicionales o atrasados a las que hay que modernizar, sólo porque no visten, hablan o se curan como nosotros. “*Tres años después de vivir allí, nos dimos con los parteros*”

Estamos contruidos como sujetos en una matriz de relaciones que nos da seguridad como única. Esto es especialmente grave para quienes hemos crecido en un mundo occidental “moderno y capitalista”, ideología dominante que para lograr el sometimiento, convence a los subordinados de que el orden social que proponen es único, natural e inevitable³³².

En la manera de nombrar o considerar a los otros, aparecen formas de tomar distancia para no reconocer su ser persona, para no encontrarnos nunca ni con nosotros, ni con ellos. En la palabra indio, aborígen, anunciamos una distancia que llenamos de contenido de barbarie, lejanía, extrañeza. Para los habitantes originarios del chaco salteño, “wichi”³³³ significa persona, y así designan sólo a aquellos con quienes pueden hablar, a quienes pueden oír porque emiten sonidos inteligibles como los de ellos. Cuando un wichi escucha palabras en otro idioma, refiere “nilote” “no oigo”. Pensando en wichi, es persona quien habla su lengua, en tanto lo puede escuchar e irrumpe en él.

También en el origen de nuestro idioma persona, derivado del latín, “per” (por medio de) y sono (sonar, hacer ruido), sonar retumbar, el otro se hace persona en la medida en que se manifiesta de una manera que nos penetra, sacude y nos cambia.

Aceptar la existencia alternativa (ser otro) y alterativa (nos altera, nos cambia), significa renunciar a la dominación (política, cognoscitiva, de género, de edad, de conocimientos, etc) y asumir una nueva manera de relacionarse, en orden a equi-potencia, significa reconocer el valor relativo de nuestra visión de la realidad, de nuestras formas de comunicarnos o de hacer.

³³² Teoría de la hegemonía, de Antonio Gramsci.

³³³ De la Cruz Luis María (1997) “*Y no cumplieron*” Proyecto GTZ. Servicop. Ed. Universitaria de La Plata

Constatamos que las barreras que creamos desde las instituciones, ciencias o doctrinas del deber ser, sólo se desarmen en el compartir la vida, las adversidades, los dolores y los festejos. Relaciones cotidianas que abandonan máscaras y apariencias de instituciones abren la puerta para el descubrimiento del otro, permiten que dejemos nosotros de ser bárbaros, en el lenguaje de ellos, para ser personas.

Por eso dice Kusch que el mero “estar” es la forma de resistencia de los pueblos americanos, como crítica a nuestro modo de “hacer” o de tropezar al hacer. El mayor desafío para quienes nacemos en una cultura, donde el hacer tiene un lugar prioritario, quienes pertenecemos a instituciones del hacer planificado, es romper con ello y solamente “estar” junto al otro.

Ponerse la “camiseta” de instituciones obliga a responder a sus objetivos y lógicas, antes que relacionarnos con aquellos a quienes se dirigen nuestras acciones. La experiencia nos demostró que ni las ciencias ni las instituciones nos ayudaron a entenderlas. Descubrimos al otro en nosotros, en los cambios que nos provocó la relación.

Perdimos la garantía total en la verdad que creíamos única, y a la cosmovisión que suponíamos explicaba todo. En orden a la amistad, más que a la tarea, hablando de personas y no de categorías o rótulos, debimos flexibilizar la práctica desde una libertad heredada de lo alto o aprendida desde lo bajo.

3. DE LIBERTADES Y RESPONSABILIDADES

*“Será la libertad, la libertad de elegir entre esas desdichas amenazadas,
nuestra única libertad posible?
El mundo al revés nos enseña a padecer la realidad en lugar de cambiarla,
a olvidar el pasado en lugar de escucharlo ,
y a aceptar el futuro en lugar de imaginarlo :
Así practica el crimen y así lo recomienda.
En su escuela, escuela del crimen, son obligatorias las clases de impotencia, amnesia y resignación.
Pero está visto que no hay desgracia sin gracia,
ni cara que no tenga su contracara,
ni desaliento que no busque su aliento.
Ni tampoco hay escuela, que no encuentre su contraescuela”*

Eduardo Galeano
“Patas arriba”

Ninguna dominación anula definitivamente la decisión del otro. Víctor Frankl decía que aún condenado a muerte y caminando a la cámara de gas, se le podía dar la mano o una palabra de consuelo a quien iba al lado. El mayor amor humano de un padre no puede anular el derecho del hijo, a equivocarse y decidir su destino.

Ninguna fuerza externa, ni con la mejor intención o mayor conciencia crítica, puede gestionar por otro su autonomía o emancipación. Lo contrario a ello sería expropiar lo específico de la condición humana, crecer, desarrollarse según su subjetividad y convicciones.

Los espacios valorados de “participación interactiva” como los llamaron los A.S, no fueron siempre defendidos ni aprovechados por el personal para expresar las diferencias o cuestionar la autoridad. *“No pudieron sancionar al Gerente, a pesar de la norma acordada entre todos para hacerlo”.*

En espacios de aparente integración, subsistían subjetividades jerarquizadas y no dispuestas a expresarse o confrontar, con otros considerados superiores. *“Los conflictos eran entre profesionales”.* *“Si no cuestionas, no tienes problemas con el Ministerio”.*

Las instituciones que no han sido cuestionadas, siempre serán ajenas, tal como refiere la experiencia, donde la población financia y sostiene un servicio que ignora su manera de entender la salud, servicio que deja de usar cuando no responde a sus expectativas.

Aprendimos que si el otro no confronta o cuestiona, podemos creer que acepta y en realidad sólo está ocultando sus preferencias para subsistir.

La ausencia de conflicto, “la convivencia pacífica” entre sujetos en relaciones o roles asimétricos, con niveles diferentes de poder - sean padre e hijo, hombre y mujer, médicos y enfermeros-, son generalmente una pantalla que oculta el dominio del más fuerte.

El problema no son las diferencias, sino las condiciones de desigualdad para expresarlas. Las alternativas no pasan por afirmar diferencias negando las desigualdades, tampoco por el refugiarse en las diferencias, porque no se puede resolver las desigualdades.

El concepto de multiculturalidad acepta lo heterogéneo, pero niega las desigualdades económicas y políticas, y propone salidas en apariencia neutras: ampliar la democracia, el etno- desarrollo, aprender la propia lengua, tener su propia organización o educación. Integracionismo, aculturación, evangelización hablan generalmente de un centro que absorbe todo, incorporando al otro diferente al modo dominante de ver y hacer³³⁴.

De ello se toman inclusive muchos grupos “indigenistas” a los que sólo les interesa su autoestima particularista, o la defensa acrítica de sus virtudes o cultura, porque no pueden o sienten temor de enfrentar y resolver las desigualdades económicas y políticas, lo que conduce a otras versiones de etnocentrismo. Como la de aquellos que creían que escondiendo las diferencias, iban a dejar de ser discriminados.

Afirmar la propia identidad es sólo el primer paso, para desde allí crecer, confrontar, y poder definir el propio proyecto, resolviendo la tensión entre lo propio y el permanecer aislados.

Coincidimos con quienes consideran más pertinente el término interculturalidad, en cuanto indica que las diferencias son diferencias, sólo si están dadas en condiciones de negociación, conflicto o préstamos recíprocos. Si no se reconocen los diferenciales de poder, las diferencias se tratan como adaptación a una cultura hegemónica, dejando de lado lo central es decir el problema de interlocución y conflicto.

Conexión y desconexión con otros, son parte de nuestra constitución como sujetos individuales y colectivos, donde lo decisivo es ese espacio “inter”, y la fuerza para modificar la significación de los objetos.

Poco de interculturalidad muestran programas sanitarios³³⁵ que se limitan describir y detallar anécdotas folclóricas sobre un “otro exótico” al que hay que respetar, sin dar cuenta de experiencias de confrontación, discusión, como prácticas que refieren la conflictiva existencia múltiple. Se pueden mostrar puntos de encuentro y acuerdos desde la tensión y conflicto, nunca desde su negación.

Los discursos de respeto por las diferencias o participación aparecerían como más auténticos, cuando las partes no se asustan con los conflictos, ni se descalifica por conflictivos a quienes tienen menos poder, cuando se valoran los espacios de discusión, negociaciones internas o demandas de mediaciones externas.

Las condiciones históricas y sociales silenciaron a los pueblos originarios y los obligaron a ocultar sus preferencias para subsistir. Aprendimos que hablar de integración con ellos, sin confrontación o conflictos, son nuevos “espejos de colores” que nos engañan a todos, en cuanto ocultan la continuidad de la dominación o colonialidad.³³⁶

El caso que nos ocupa, nos enseñó a desconfiar de muchos diagnósticos o gestiones participativas, ya que el silencio o aceptación de grupos subalternos, pueden no significar autodeterminación o participación, sino más bien formas de resistencias para seguir viviendo, de conseguir algo en la conciencia de lo posible y alcanzable, e imposibilidad de cambiar lo que viene dado.

³³⁴ Carcía Canclini, Néstor (2004) *“Diferentes, desiguales y desconectados”*. Ed Gedisa. Barcelona

³³⁵ Ver tratamiento del tema Interculturalidad en bibliografía del Programa Médicos Comunitarios o Plan Nacer del Ministerio de Salud de la Nación. Del 2004 a la fecha.

³³⁶ Quijano, Aníbal (2000) *“La colonialidad del saber: euricentrismo y ciencias sociales, Perspectivas Latinoamericanas”*; Bs As. CLACSO. Trata la colonialidad como la estructuración social basado en la racialidad, diferenciándolo de colonialismo como dominación política y económica sobre pueblos del llamado tercer mundo.

Aprendimos sobre el fracaso de muchas soluciones que van del centro a la periferia, por ser una dinámica que dificulta salir de la lógica que definió u originó los problemas.

¿Por qué es importante que los pueblos originarios se expresen públicamente, demanden y cuestionen colectivamente, si han sobrevivido siglos gracias a no hacerlo? Desde los costos personales que han significado las confrontaciones, puede uno inclinarse a pensar, que callarse es sabiduría, de la que uno tiene mucho que aprender. Ellos siguen en Iruya, nosotros no.

Claro que siguen sufriendo enfermedades y muertes evitables, aportando mucho y recibiendo poco de la sociedad a la que sostienen, invisibles tanto en sus reales problemas, como en las capacidades o los modos diferentes de resolverlos.

El poder de nombrar, asignar, decir y decidir sigue siendo de otros. Los problemas sociales están instituidos por organismos y reglamentaciones que tratan de resolverlos desde categorías de percepción y pensamiento de quienes vienen decidiendo. Las representaciones sociales, maneras de significar una realidad, una vez constituidas se convierten en realidades más o menos autónomas que se perpetúan sobre la realidad mediante explicaciones y clasificaciones.

“Los programas de empleo transitorio definidos para aquellos “sin trabajo”, les obliga abandonar sus prácticas milenarias de subsistencia, para barrer calles. Es que estas comunidades trabajan de sol a sol, trabajo tienen, lo que no tienen son ingresos”

Los principios de clasificación del mundo social, hasta los más naturales como edad, sexo, vejez, enfermedad³³⁷, son una definición de causas y consecuencias de lo que se denomina. No surgen de la naturaleza misma del problema, generalmente tampoco de quienes lo viven, sino del trabajo social que lo instala como problema, de las relaciones de fuerza de quienes lo llevan a cabo. De la lucha entre grupos por imponer una visión, a fin de mantener o transformar su lugar en el mundo social³³⁸.

Cada quien, reclama su lugar bajo el sol, y en esa confrontación siguen ausentes los pobres diferentes. La pobreza que se reproduce a pesar de recursos y esfuerzos que se invierten, la desigualdad por siglos, es una constatación científica, de que nominaciones y modos dominantes de intervenir sobre ella, fracasaron. Provenzan de políticos, técnicos o científicos, siempre que suscriben a lógicas o funcionamientos del centro a periferia, de arriba abajo, de fuera adentro.

A nivel de las mayorías en nuestro continente, la ciencia no constituye un valor cultural como lo es el arte³³⁹. Está planteando, sin saberlo como una referencia fundamental a los vacíos de las ciencias por estas latitudes: obviar referencias al pensamiento propio del hombre latinoamericano, y consecuencia de ello, limitarse a repetir una cultura creyendo ingenuamente en su universalidad. En nombre de la ciencia, considerarse personas sin creencias; constituirnos en “sujetos culturales sin cultura”.³⁴⁰

Desde el mundo académico suele desvalorizarse todo conocimiento que no haya pasado reaseguros de métodos “legítimamente científicos”, contraponiendo como de valor inferior, los saberes de la gente. La actitud que hemos denominado “académica no científica” de profesionales que cuestionan creencias populares, y ante una enfermedad terminal de un hijo, recurren a la “Virgen del Cerro”³⁴¹.

Posiciones que presentan a la cultura como un abstracto que todo lo incluye y no dice nada, algo del contexto sin importancia, al lado del sistema político o económico. Sin embargo en el subsuelo de América, siguen vigentes corrientes de comprensión cargadas de vitalidad, que operan en decisiones colectivas, y que necesitan ser expresadas y explicitadas para poder encontrar los caminos que hoy no se encuentran.

Cuando los pueblos originarios lograron sostener memoria e identidad colectiva, y desde allí romper la desigualdad política a la que los ha sometido el racismo de sociedad y estado, sus propuestas dan cuenta, de una lógica o matriz civilizatoria distinta. Diferente pero contemporánea, no retrasada o tradicional tal como suele designarse desde el centro.

Los pueblos andinos en Bolivia, confrontan la lógica liberal y del mercado con una lógica comunal y solidaria; derechos individuales con derechos colectivos; fundamentos de legalidad técnica con fundamentos simbólicos u orgánicos; decisiones centralizadas de dirigentes que se apropian del poder y de la representación, con decisiones comunitarias y dirigentes con rotación de turnos.³⁴²

Son otras lógicas para pensar, hacer y organizarse, que mientras no puedan expresarse y ser vistas, nos limitaremos a repetir soluciones desde las matrices dominantes de quienes decidieron lo que hoy ocurre.

³³⁷ Lenoir, Remi “Objeto sociológico y problema social” en “Iniciación a la práctica sociológica” Ed Siglo XXI

³³⁸ Bordieu, Pierre (1984) “Espacio social y génesis de clases” en Conferencias sobre ciencias filosóficas y sociales” Universidad de Francfort. Febrero 1984.

³³⁹ Ardila, Rubén (1986) “La psicología en América Latina”, pasado, presente y futuro”. Siglo XXI. Buenos Aires.

³⁴⁰ Gonzalez Gazques, Gustavo (1986) “Sujeto cultural, estar y símbolo en Rodolfo Kusch” Programa de Historia del pensamiento Argentino.

³⁴¹ Creencia con fuerte impronta en los últimos años en la sociedad argentina y salteña, motivo de peregrinaciones multitudinarias a pedir favores a una ermita en unos de los cerros de la ciudad de Salta.

³⁴² Cruz, Gustavo (2009) “La liberación indígena contemporánea en Bolivia”. Ed Thesys 13. Universidad Católica de Córdoba

La experiencia demostró, que las soluciones más creativas, pertinentes y aceptadas por la población local surgieron cuando se pudo obviar o cambiar, la lógica y normas de la intervención central. *“No hablábamos de interculturalidad, las cosas se hacían distinto”*. No era cuestión de reconocer que había otra cultura, sino que ese modo de mirar y hacer local, se pudiera incluir en las prácticas y decisiones del poder local.

“El hombre puede perder todos los llamados derechos humanos sin perder su cualidad humana esencial, su dignidad humana. Sólo la pérdida de la comunidad política, lo expulsa de la humanidad” (Hanna Arent;1949³⁴³).

Aprendimos que cuando se altera la ecuación jerarquías=privilegios, aparecen procesos organizacionales más simétricos. Cuando beneficios y esfuerzos son para todos, se habilitan encuentros y formas de co-gobierno entre funciones y culturas diferentes.

No podemos ser voz de otros, tampoco reemplazarlos en su decidir, pero esa es la referencia normal y lógica del buen funcionamiento de nuestras instituciones, con divisiones y jerarquías que responde a la división del conocimiento, tanto de instituciones públicas, como académicas: mientras más arriba, más trabajo intelectual, más beneficios, menos control y esfuerzo. Mientras más abajo, más controles, exigencias y trabajo físico. Y entre ambos niveles una circulación de indicaciones y órdenes, de arriba hacia abajo, y de información sobre cumplimientos, de abajo hacia arriba.

La fuerza de la imposición oficial legitima la tutela, la subordinación donde la violencia crece y se consolida. Cuando las intervenciones públicas no pueden romper la lógica vertical y asistencial, el modelo de control, silencian a destinatarios y no pueden alcanzar ni siquiera sus objetivos básicos.

La investigación de la que participamos³⁴⁴ sobre el fracaso de la escuela, en lograr la alfabetización, a pesar de años de presencia en la región, o de los servicios sanitarios en lograr saneamiento básico, dan cuenta de los costos que se pagan, por la brecha vertical que existe entre instituciones y población.

Por el contrario, la experiencia muestra que, cuando se alteraran jerarquías, flujos y tipos de información, cambian categorías, discursos, y aparecen nuevas formas de hacernos cargo, una nueva moral. En la medida en que hubo relaciones que expresaban diferentes funciones y formación, pero iguales obligaciones y derechos, se lograron mejores indicadores, clima de trabajo y motivación.

Las mejores prácticas no tuvieron relación con una conducción personal, tampoco con la existencia de espacios participativos únicamente. Más bien éstos son relacionados con la idea de “equipo”, contexto donde el trabajo era enfrentado con el esfuerzo de todos, y donde todos se sometían a las mismas exigencias y satisfacciones. *“Tenía antigüedad y era jefe pero trabajaba a la par”* *“No era menos porque ensillara el caballo, o durmiera en el suelo”* *“Propusimos que en las supervisiones se evaluara al supervisor”* *“La franquicia era para todos, no sólo para los profesionales”* *“El Gerente suspendió el CTA porque no quería dar cuenta de lo que hacía o gastaba”*

En la medida en que se compartían “penas y vaquitas”³⁴⁵, surgía algo parecido a un co-gobierno, y quedaron aprendizajes y experiencias comunes a todos los que intervinieron *“en ningún otro lado, aprendimos lo que aprendimos en Iruya”*

Las relaciones y procesos organizacionales quebraron la división del valor de las personas en función de la división social del conocimiento o del lugar institucional. Eso es lo que cuestionó las subjetividades jerarquizadas, y facilitó expresiones y responsabilidades más simétricas. Desde ellos se logró reparar errores y cegueras, y aún entre culturas o filiaciones muy diferentes, se pudieron armar tejidos que curaban. El pueblo colla, artesanos de tramas y urdimbres, es maestro en ello.

En lo personal todos podemos ser dominados y dominadores. Los profesionales y quienes conducen servicios sanitarios muestran claramente en la experiencia del caso, funcionar como “dobles agentes”, dominan y son dominados.

Son las relaciones y procesos organizacionales que giran en otro sentido, los que facilitan nombrar, decir y decidir a quienes hoy callan para seguir viviendo. Otros modos de habitar las instituciones nos permitirán involucrarnos y construir poder, cuando somos dominados. Y cuando dominamos, sólo otras historias institucionales, con espacios que admitan una participación cuestionante, podrán vigilar la democracia de nuestras prácticas. Nadie individualmente puede asegurar “vigilancia epidemiológica” sobre relaciones asimétricas.

Aprendimos desde el dolor y fracaso que esas relaciones y procesos organizacionales diferentes, es lo primero que atacan y tratan de destruir quienes pretenden mantener la dominación.

³⁴³ Citado por Jelin Elizabeth en *“Exclusión, memorias y luchas políticas”*. Apuntes Cátedra Maestría Políticas Sociales. U.N.S.A.. Salta

³⁴⁴ Borzzone, Ana y Rosemberg Celia (1998) compiladoras *“Leer y escribir entre dos culturas”* Ed. Aique Bs As. Aquí se da cuenta de que el fracaso en la alfabetización de la escuela en la región, no es por las características personales de los niños y familias collas, sino consecuencia de la brecha cultural en modo de enseñar, conocimientos, entre la escuela y la vida cotidiana de las familias y comunidades.

³⁴⁵ Yupanqui, Atahualpa, referencia a la zamba que dice *“Las penas son de nosotros, las vaquitas son ajenas”*.

La capacidad de decisión y autonomía de grupos subalternos es directamente proporcional a la capacidad y fuerzas para sostener relaciones y decisiones entre pares. Defender la autonomía (auto, propia- nomos, ley), la posibilidad de romper dependencias, darse la propia ley, sólo es posible desde una reciprocidad con los otros. *“Capacidad de desarrollar prácticas autónomas está fuertemente vinculada a la capacidad de comprensión del otro como par”*³⁴⁶ (Piaget, 1984:209). De lo contrario los intentos de romper dependencias, sólo son cambios de patrones.

Si se pretende sostener una moral de respeto, justicia e igualdad, se debe advertir que son casualmente las relaciones de reciprocidad y solidarias, aquellas que ataca primero el poder cuando quiere mantener una moral de autoridad, sanción o castigo, jerarquías y dominación.

El personal lo refiere claramente *“estamos desunidos, con miedo, y por eso dependemos de las metas de los profesionales o autoridades, y traicionamos a nuestra gente”.* *“Cambiaron lo que habíamos decidido en cuanto a las selecciones internas, para acomodar amigos. Destruyen todo”*

En la experiencia que nos ocupa, aparecen múltiples procedimientos tanto desde el poder central como local, para romper solidaridades y procesos organizacionales diferentes: marcar jerarquías, quitar información a “los de abajo”, y controles sobre los “de arriba”; promover subgrupos, exigir fidelidad a personas y no hacia acuerdos o consensos; alianzas y mejoras para los amigos, amenazas o castigos, para quienes cuestionan. La persistencia por décadas de prácticas no democráticas e inclusive ilegales, para el acceso al trabajo o cargos de conducción. Todos ellos sostenido por quienes son favorecidos por ellas, aunque traicionen a compañeros o amigos.

Cuando los beneficios no son accesibles para todos, son privilegios y no derechos. Cuando aceptamos para nosotros privilegios, perdemos el derecho a quejarnos cuando nos los quitan. Más grave aún en la búsqueda de autonomía y de romper dependencias, nos ligamos hacia arriba y nos separan de los pares.

En contextos con tanta historia de dominación, aniquilamiento y necesidades, las solidaridades y compromisos recíprocos suelen ser muy débiles. Constatamos que prácticas de delación o traición al par, son comprensibles estrategias de supervivencia: es la vida propia o ajena la que se juega. Y en esa tensión, se vacían de contenido discursos o palabras como igualdad de oportunidades o libertad de elección.

Las experiencias locales de participación y organización, presionan, hacen fuerza por crecer e ir más allá, y respondiendo a lo local, demandan recursos o cambio en las macro decisiones. Esto en sociedades “pre-democráticas”³⁴⁷, donde la pobreza sólo admite prácticas clientelares, inevitablemente conducirá a conflictos con autoridades políticas.

Lo local cuando es participado, siempre es crítico e instituyente. Esto sin conciencia crítica y emancipadora, sin la fuerza o apoyo de organizaciones propias o de otras fuerzas y actores sociales, es frágil y fácilmente destruible.

El respeto absoluto por la alteridad y decisión del otro, no puede anular un compromiso personal, con el destino de quienes sufren violencia en la sociedad que habitamos.

La salud no es un hecho técnico o social, sino político, y como sus actores, somos parte de las fuerzas que sostienen el orden vigente, o de fuerzas que buscan instituir otro proyecto de sociedad.

Cuando hay víctimas de violencia en las relaciones personales, no se puede permanecer neutral. Mucho menos cuando hablamos de la violencia de instituciones y funcionarios, a quienes hemos legitimado y dado recursos para defender la sociedad.

Vale el aporte Emmanuel Levinas³⁴⁸ sobre ética de la política, quien distingue entre el respeto absoluto a la alteridad y decisión del otro, y la responsabilidad con el destino de aquel, a quien llama el “otro despojado”, representado por la viuda, el huérfano, el extranjero, el enfermo o pobre. La persona que nos reclama desde el dolor, donde aquello que le falta, nos vuelve culpables en tanto poseedores de lo que tenemos.

Las prácticas sociales genocidas sólo se sostienen con el consenso pasivo y desinterés social, no sólo de familiares o amigos, también de testigos. Cuando el otro ser humano es negativizado, hostigado, denigrado, estigmatizado, torturado o aniquilado, nuestra responsabilidad total es con su destino.

“Sin una fuerte transformación de nuestros procesos de construcción identitaria, sin reformular los límites de nuestra responsabilidad ante el otro, sin entender que somos parte inescindibles de las prácticas sociales que se desarrollan, en las sociedades que habitamos, y por lo tanto responsables morales de sus efectos, no será viable desterrar el genocidio como posibilidad de reorganización

³⁴⁶ Piaget, Jean (1984) *“El criterio moral del niño”*. Ed Martínez Roca.

³⁴⁷ Por “pre-democráticas” nos referimos a feudales, anteriores a la democracia que declaman como propia los estados modernos, no implica valoración alguna. En general, muchas democracias modernas, son menos horizontales y solidarias, que las organizaciones de comunidades originarias.

³⁴⁸ Levinas Emmanuel (1977) *“Totalidad e infinito. Ensayo sobre la exterioridad”* Sígueme. Salamanca y (1987) *“De otro modo que ser”* Sígueme. Salamanca

social. Reformulación ética y política, donde se juega el tipo de sociedades que tendrán nuestros hijos.” (Feiersten D; 2007: 405).-

La violencia que es parte de la fisiología, y no patología del sistema social, aquella que se reproduce de una generación a otra, cuestiona nuestra propia identidad como integrantes de la sociedad, nuestra responsabilidad de cuestionar lo que pensamos y hacemos, tanto por callar la libertad de los otros como por renunciar a la responsabilidad de nosotros.

Anizacate, agosto de 2010.

ANEXOS:

1. Mapa Tierras Altas en Argentina.
2. Mapa Departamento y Municipio de Iruya. Salta.
3. Mapa Zonas Sanitarias del Ministerio Salud Pública de Salta.
4. Pirámide Poblacional de Área Operativa VI- Iruya.
5. Carta de Servicios, Hospital "Dr. Ramón Carrillo de Iruya".
6. Programas y Proyectos Hospital de Iruya- 1978-2008.
7. Cuadro Cobertura Poblacional y Saneamiento Ambiental. 1978-2008
8. Cuadro Controles Situación Nutricional Niños menores de 6 años.1978-2008.
9. Cuadro Porcentaje Partos hospitalarios. 1978-2008.
10. Cuadro Fichero de Embarazadas. 2002-2004.
11. Cuadro Morbilidad por Tuberculosis. 1978-2008.
12. Cuadro Consolidado Indicadores de producción y financiamiento. 1996-2006.
13. Cuadro Mortalidad Infantil . 1978-2008
14. Cuadro Mortalidad Infantil por quinquenio. 1978-2007.
15. Cuadro Mortalidad Materna Comparativo Iruya- Salta- Nación. 1996-2008.
16. Formularios Programa APS- Salta.

APORTARON SUS RELATOS:

1. Arraya, Nora
2. Canchi, Esteban
3. Díaz, Jeroma
4. Flores, Leticia Roxana
5. Liendro, Elisa
6. Mendoza, Martín
7. Mendoza, Ramona
8. Olmedo, Pedro
9. Poclava, Norberta
10. Rojas Arámbulo, Roder
11. Tacacho, Armando
12. Torres, Tomás

PERSONAL DEL HOSPITAL que participó del trabajo y reflexión conjunta de la que se da cuenta:

Alemán Alcira
Altamirano, Alberto
Altamirano, Marta
Apaza, Eulogio
Arraya, Nora
Azurmendi, Alberto
Baños, Jesús
Bautista, Rodolfo
Cabana, Félix
Cabana, Paulino
Canchi, Andrés
Carrillo, Alicia
Ceballos, Delfín
Chauque, Fermina
Choque , Jesús
Choque, Osvaldo
Chorolque, Juan Feliciano
Cruz, Eleodoro
Cruz, Hugo
Cruz, Otilia
Cuevas, Walter
Días, Santos
Díaz, Edmundo
Díaz, Ofelia
Durán , Gabriela
Flores, Benita
Flores, Eva
Flores, Leticia Roxana
Flores, Rosendo
Garzón, Blanca
Gallardo, Juan Carlos
Garnica, Alicia
Gutiérrez Solís, Presentación
Gutiérrez, Angel
Gutiérrez, Martín
Gutiérrez, Miguel Angel
Herrera, Asunciona
Herrera, Felipa
Herrera, Francisco
Herrera, Oscar
Hoyos, Lidia
Lamas, Lidia
Liquín, Mariela
Lunda, Leonardo
Maidana, Asunciona
Mamaní, Esperanza
Mamaní, Inés
Martínez, Aniceto
Mendieta, Mario
Montellanos, Oscar

Montellanos, Rubén
Navarro, Manuel
Olmedo, Pedro
Pautasso , Alberto
Poclava, Carmen
Poclava, Norberta
Ramos, Isidro
Rojas Arámbulo, Roder
Rojas, Catalina
Sánchez, Ricardo
Sapag, Daniel
Silisque, Elvira
Silisque, Marina
Subelza, Emilio
Subelza, Galo
Tacacho, Armando
Tanoni, Enrique
Tejerina, Evelia
Tito Yancachajlla, Hugo
Tolay, Armando
Torres, Enrique
Vázquez de Poclava, Norberta
Velásquez, Leonides
Velásquez, Martín
Velásquez, Raúl
Villalobos, Verónica
Villena, Domingo
Zambrano, Feliciano
Zambrano, Fulgencio
Zerpa , Gregorio
Zerpa, Alfonso
Zerpa, Eulogio
Zerpa, Mártires
Zerpa, Sara

COLABORARON CON INFORMACION y REVISACION

Cerutti, Angelina.

Del Carlo, Lucrecia.

Jockers, Elfi.

Rivero, David.

Villafañe, Silvia

CORRECCION DE ESTILO

Lucía Zanotto

DIAGRAMACION

Francisco Torres Aliaga

Juan José Torres

Recordatorio de siglas:

AP: Agua Potable
APS: Atención Primaria de la Salud
AS: Agente Sanitario
CAS: Consejo Asesor Sanitario
CDN: Convención Derechos del Niño
CTA: Consejo Técnico Asesor
DIU: Dispositivo Intrauterino
DSB: Disposición sanitaria de basuras
DSE: Disposición sanitaria de excretas
INRESPA : Infecciones respiratorias agudas
IRAS :Infecciones respiratorias agudas
OCLADE: Obra Claretiana para el Desarrollo
ONGs : Organizaciones No gubernamentales
PAPs : Análisis de Papaniloco.
PCIA: Provincia
PS : Participación social
PSEC. : Procesos de salud , enfermedad y cuidados
TBC: Tuberculosis

“Alicia escribiendo, recogiendo información, datos estadísticos Tomás relatando permanentemente historias, experiencias, vivencias Y los dos vuelven a encontrarse con agentes sanitarios, personal de salud del Hospital, que en la actualidad siguen trabajando, y con personas significativas de la comunidad, recogiendo sus testimonios y vivencias. Igual hacen con algunos profesionales que en algún momento vivieron esta experiencia de trabajo en Iruya.”

“De todo lo anterior es fruto este libro: análisis, estadísticas, testimonios, experiencias, relatos, talleres que, organizados sistemáticamente y con seriedad, nos ayudan a descubrir y a conocer reglas y prácticas que pueden favorecer o entorpecer el acceso a la expresión y participación real en un diálogo de igual a igual, basado en el respeto a lo diferente y en una relación, no de poder