



Local:  
Seropédica - Rio de Janeiro

## II CONGRESO LATINOAMERICANO DE PSICOLOGÍA RURAL

### Desafíos en la construcción de un abordaje psicosocial de las ruralidades

UNIVERSIDAD FEDERAL DE RÍO DE JANEIRO  
UNIVERSIDADE DE LA CUENCA DEL PLATA

18 a 21 de octubre de 2016

Inscrições de trabalhos:  
15/03 à 15/07/2016

## **Pueblos originarios, derechos sociales y políticas públicas en el territorio de la provincia de Formosa, Argentina**

Ceriani, Sara Victoria. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad de la Cuenca del Plata. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Psicología. Psicología Social II. Buenos Aires, Argentina. E-mail: victoria\_ceriani@yahoo.com.ar

Tarantini, Eduardo Santiago. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. Instituto de Investigaciones Científicas de la Universidad de la Cuenca del Plata. Formosa capital, Argentina. E-mail: edu\_tarantini@hotmail.com

**Resumen:** El presente trabajo se inscribe en el marco del proyecto de investigación denominado: *Implementación de programas y políticas públicas en salud en el territorio de las comunidades de pueblos originarios de Misión Laishí, Formosa*, financiado por la Universidad de la Cuenca del Plata. Se ha diseñado un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, con perspectiva etnográfica. En su primera etapa de ejecución se realizaron 5 entrevistas a profesionales, agentes del sistema de salud y 10 entrevistas a integrantes de las comunidades del pueblo originario Qom de Misión Laishí, localidad ubicada al sur de la provincia de Formosa, Argentina.

La situación sanitaria de los pueblos originarios en la Argentina, que incluye altas tasas de mortalidad materna e infantil, malnutrición y enfermedades infecciosas, constituye un saber de relevancia histórica que actualmente se ve exacerbada por la discriminación y la desigualdad. Sin embargo, no se visibilizan de manera sistemática estos problemas de salud en las comunidades para generar políticas públicas específicas.

El Derecho a la Salud en estos pueblos se encuentra limitado en su ejercicio por barreras de diferente naturaleza: económicas, sociales, culturales, geográficas y de la organización de los sistemas de salud. Entre otros factores, la pérdida del territorio, la exposición ambiental, las inequidades en el acceso a la atención sanitaria y la baja participación política y marginación sociocultural, determinan malas condiciones de vida con altos niveles de necesidades básicas insatisfechas.

Considerando tanto estos antecedentes como la legislación en materia de Derechos Nacionales e Internacionales, los lineamientos y valores de los programas y políticas de salud pública que existen actualmente en la provincia de Formosa, el objetivo es analizar si en la implementación de dichos programas se contemplan las subjetividades, junto a los determinantes y factores socioeconómicos, políticos y culturales que atañen a la vida cotidiana de estos pueblos originarios y sus propias representaciones en torno a la salud. Esto sería un primer paso para generar demandas e iniciativas en relación al Derecho a la salud y así visibilizar las necesidades y problemáticas de estos pueblos en la construcción de políticas de salud.

Desde la Psicología Comunitaria (Montero, 2004) y más específicamente desde una Psicología comprometida con los pueblos originarios de nuestra América (Herazo, 2015), la participación, el empoderamiento y la concientización son herramientas fundamentales a la hora de pensar relaciones más horizontales y dialógicas en la toma de decisiones respecto a la salud de los pueblos indígenas. Aún más, el ejercicio del Derecho a la Consulta Previa Libre e Informada que se encuentra explicitado en la letra de los programas de salud constituye un punto clave.

Es de fundamental importancia para lograr superar barreras de implementación de los sistemas de salud, repensar estrategias de intervención que incentiven y favorezcan la participación de los pueblos originarios. Y así lograr el empoderamiento de sus derechos, en vías de concientizar también a los profesionales y agentes de salud para que puedan establecer relaciones sociales basadas en el diálogo y el respeto a favor de maximizar la salud de las comunidades.

**Palabras claves:** Pueblos originarios; Derecho a la salud; Políticas públicas; Participación

## **Introducción:**

El presente trabajo se inscribe en el marco del Proyecto de Investigación: *Implementación de programas y políticas públicas en salud en el territorio de las comunidades de pueblos originarios de Misión Laishí, Formosa*, financiado por la Universidad de la Cuenca del Plata.

En base a la situación sanitaria de los pueblos originarios en la provincia y considerando la legislación vigente respecto a los Derechos Nacionales e Internacionales y en particular el Derecho a la Salud, se ha realizado una primera sistematización de los programas y políticas de salud vigentes en la provincia, junto a 15 entrevistas preliminares. Considerando estos primeros resultados, se observan puntos en tensión a la hora de implementar programas y políticas de salud en el territorio de las comunidades lo cual lleva a la necesidad de replantear el análisis en el proceso de implementación de estos programas, considerando circuitos más complejos y una definición de territorio que adquiere diferentes significados según se trate del sistema de salud o de las comunidades de pueblos originarios.

Esto sería un primer paso para visibilizar las necesidades y problemáticas de estos pueblos en la construcción de políticas de salud y así generar demandas e iniciativas en relación al Derecho a la Salud que propicien la participación comunitaria de los pueblos originarios.

## **Metodología y contextualización del territorio de las comunidades de Misión San Francisco de Laishí:**

Se ha diseñado un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, con perspectiva etnográfica. En su primera etapa de ejecución se realizaron 5 entrevistas a profesionales, agentes del sistema de salud y 10 entrevistas a integrantes de las comunidades del pueblo originario Qom de Misión San Francisco de Laishí. Esta localidad ubicada en la zona litoral sur de la provincia de Formosa, a 70 km de Formosa Capital, y popularmente conocida como “Laishí”, cuenta con 10 mil habitantes. Entre ellos habitan cuatro comunidades del pueblo Qom denominadas: El Dorado, San Antonio, Laguna Gobernador y El Naranjito. Sólo en Laguna Gobernador se encuentra un centro de salud, especie de posta sanitaria donde trabaja un agente sanitario perteneciente a dicha comunidad indígena. Luego está el Hospital Misión Laishí, donde ubicamos otra agente sanitaria indígena. Estas dos personas conforman la red de Atención Primaria de la Salud (APS) para todo el

territorio que abarca las cuatro comunidades Qom. Luego están los profesionales de la salud que trabajan en el interior del hospital perteneciente a un segundo nivel de atención de la salud.

*Marco legal para el abordaje de la salud con pueblos originarios en la Argentina:*

En primer lugar, se propone una recorrida en materia de Derechos Internacionales, Nacionales y Provinciales de los pueblos originarios, con el fin de comprender específicamente la legislación actual para el abordaje de la salud con pueblos indígenas y fundamentalmente la perspectiva del Derecho a la Salud en vistas de analizar las problemáticas de salud de dichos pueblos y la implementación de los programas y políticas de salud en los territorios anteriormente descriptos.

En el plano internacional, el 13 de septiembre del 2007 se aprueba en Asamblea General de la ONU, la Declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas (ONU, Foro permanente para las cuestiones indígenas, 2008). El documento hace énfasis en vivir con dignidad, mantener y fortalecer sus propias instituciones, culturas, tradiciones y buscar su propio desarrollo, determinado libremente en conformidad de sus necesidades e intereses.

Por otro lado, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas en su Art. 23 establece:

Los Pueblos Indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud (...). (pp.9-10)

Siguiendo en el marco del Derecho Internacional, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes es una normativa de carácter vinculante a la cual Argentina adhiere junto a la mayor parte de los países latinoamericanos. Es preciso considerar que dicho Convenio 169 instituye el Derecho a la Consulta previa libre e informada, herramienta imprescindible a la hora de instaurar el Diálogo como proceso de Consulta en la toma de decisiones respecto de la salud (Etnopo, 2014). Asimismo, este derecho fundamental aparece visibilizado en la letra de algunos programas de salud que han sido implementados en comunidades de pueblos originarios de Formosa, como es el caso del Programa Nacional Médicos Comunitarios y el FESP, I y II (Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública) que actualmente no se encuentra vigente.

A nivel nacional, en 1994, a través de la reforma de la Constitución Nacional, los pueblos indígenas obtienen el reconocimiento de ser Sujetos de Derechos. En el artículo 75 de dicho documento se establece:

Reconocer la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos. Garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano; ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes o embargos. Asegurar su participación en la gestión referida a sus recursos naturales y a los demás intereses que los afectan. (p.11)

A nivel provincial, en el Artículo 79 de la Constitución Provincial de Formosa se reconoce al aborigen su identidad étnica y cultural, siempre que con ello no se violen otros derechos reconocidos en esta Constitución; y se asegura el respeto y desarrollo social, cultural y económico de sus pueblos, así como su efectivo protagonismo en la toma de decisiones que se vinculen con su realidad en la vida provincial y nacional. (Constitución de la Provincia de Formosa, 2016).

En el Artículo 80:

El Estado reconoce a la salud como un hecho social y un derecho humano fundamental, tanto de los individuos como de la comunidad, contemplando sus diferentes pautas culturales. Asumirá la estrategia de la atención primaria de la salud, comprensiva e integral, como núcleo fundamental del sistema salud, conforme con el espíritu de la justicia social. (p.16)

En el Artículo 81:

El Estado asegura los medios necesarios para que, en forma permanente, se lleven a la práctica los postulados de la atención primaria de la salud, comprensiva para lograr el más alto nivel posible en lo físico, mental y social de las personas y comunidades, mediante: La constante promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud de todos los habitantes de la Provincia, priorizando los grupos de alto riesgo social, asegurando una atención igualitaria y equitativa. La capacitación permanente de los efectores de salud, en todos los niveles de atención, como asimismo de la comunidad, para que ésta sea protagonista de su proceso de salud. La planificación y evaluación

participativa de las acciones de salud, orientadas fundamentalmente en las enfermedades y males sociales, socio-ambientales, endemo-epidémicos y ecológico regionales. La investigación social, biomédica y sobre los servicios de salud, orientada hacia los principales problemas de enfermedad de la población, el uso de tecnología apropiada científicamente válida y socialmente aceptada; y el suministro de medicamentos esenciales. (p.16)

Para finalizar este recorrido en materia de Derechos, la Legislación para el abordaje de la salud con pueblos indígenas contempla:

- Declaración de Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. (ONU, Septiembre de 2007)
- Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT.
- Ley 23.302. Apoyo a Comunidades Aborígenes.
- Convenio Diversidad Biológica (Art. 8 J).
- Reconocimiento Constitucional (Art. 75. inc. 17).

Así pues, se observa que existe un claro marco legal que reconoce a las comunidades de pueblos originarios como Sujetos de Derechos, tanto desde las leyes internacionales, nacionales y provinciales y de manera específica se contempla el Derecho de los pueblos originarios a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud.

Considerando el Cuaderno de Salud del Movimiento Nacional Campesino Indígena (2012), la Salud es un Derecho humano fundamental, que resulta indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos, ya que se halla estrechamente vinculado a algunos de ellos, como es el caso del derecho a la vida, al territorio, a la alimentación, a la vivienda, al trabajo digno, a la igualdad, al acceso a la información y a la educación.

El Derecho a la Salud es también un derecho inclusivo, ya que no solo abarca la atención de la salud oportuna y apropiadamente, sino que también incluye el respeto a los saberes y valores de las comunidades, como así también la necesidad de garantizar la existencia de otros factores determinantes de la salud tales como: el acceso al agua limpia y potable, a alimentos sanos, y el desarrollo de las acciones necesarias para prevenir las enfermedades, promover la salud y la posibilidad de participar de las decisiones para que este derecho se cumpla.

Por su parte, el Derecho a la Salud en todas sus formas y a todos los niveles abarca los siguientes elementos esenciales:

-Disponibilidad: de un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud y centros de atención de salud. Esto incluye agua y saneamiento ambiental, condiciones sanitarias adecuadas en hospitales y clínicas, personal médico y profesional capacitado y bien remunerado, medicamentos esenciales.

-Accesibilidad: estos establecimientos, bienes y servicios deben ser accesibles a toda la población sin que exista discriminación de ningún tipo. La misma presenta cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica y accesibilidad a la información.

-Aceptabilidad: todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán respetar no solo la ética médica sino también las pautas culturales de dicha comunidad.

-Calidad: todos los servicios brindados deben ser apropiados desde el punto de vista científico y estructurados.

*Proceso de implementación de los programas de salud: circuitos complejos y puntos en tensión a la hora de llegar al territorio de los pueblos originarios:*

El sistema de atención de la salud pública en la provincia de Formosa está distribuido geográficamente en 12 distritos (cada uno tiene un hospital de cabecera) y 84 áreas programáticas. El organismo ministerial que se ocupa de la salud en la provincia es el Ministerio de Desarrollo Humano. En 1991 se incluye en la Constitución Provincial la adopción de la estrategia de atención primaria de la salud (APS) y se implementa la atención por niveles de complejidad creciente a través de la organización de los efectores de salud en las áreas programáticas y los distritos sanitarios mencionados anteriormente.

Consideraremos algunos resultados preliminares obtenidos a partir de la búsqueda sistemática de documentos institucionales acerca de políticas públicas y programas de salud que tienen cobertura en la provincia de Formosa. Dicha información ha sido recabada por el equipo de investigación en el Ministerio de Desarrollo Humano de la Provincia de Formosa y en el Ministerio de Salud de la Nación. A continuación presentamos un listado sintético en vistas de seguir analizando la información pertinente a los fines de este proyecto:

### Programas provinciales:

- Programa Salud Intercultural
- Por nuestra gente todo
- Laformed
- Nutrir
- Libretas de Salud Escolar
- Jóvenes saludables
- Seguro de salud
- Programas odontológicos
- Programa Nacional de Chagas Formosa
- Plan Nacer
- Programa de Prevención del Dengue
- Programa Provincial de Diabetes
- Programa de Salud Comunitaria (perteneciente al Ministerio de la Comunidad)

### Programas Nacionales:

- Programa Nacional Médicos Comunitarios
- Programa Sumar
- Programa Nacional del Control de la Tuberculosis y la Lepra
- Programa de Salud Sexual y Procreación responsable

En una primera fase de análisis se observa una escasez en cuanto a la existencia de políticas públicas específicas que posean una mirada o reconocimiento sobre la salud de los pueblos originarios. Por lo tanto se procederá a analizar, considerando las entrevistas preliminares

realizadas, algunos aspectos de la implementación en el territorio de Misión San Francisco de Laishí de los siguientes programas:

-El programa Nacional Médicos Comunitarios, que depende del Ministerio de Salud de la Nación. El mismo se presenta como uno de los programas que se implementan en la provincia de Formosa con comunidades indígenas y se ha incorporado a algunas de las áreas programáticas en el primer nivel de atención de la salud.

-El programa provincial Salud Intercultural de reciente implementación en el año 2016.

Considerando que en un espacio geográfico determinado, en este caso el territorio de las comunidades de Misión Laishí, hay tensiones, conflictos, pugnas de poder e intereses, valores materiales y simbólicos, pensar en territorialidades, es incorporar las políticas públicas y legislaciones que allí actúan, sumando las lógicas propias de los actores, sus demandas y reclamos, sus luchas y resistencias, los activismos y modos de organización y articulación con otros (Petit, 2010). De esta manera, analizar la implementación de políticas y programas de salud desde el entramado de relaciones sociales que se dan en los diferentes circuitos que se plantean y los lugares que ocupan cada uno en el territorio (Lorenzetti, 2011) permitirá dar desarrollo a la siguiente pregunta: ¿Cómo se expresan estas formas de territorialización diferentes en la puesta en práctica de la salud en las comunidades Qom de Misión Laishí? ¿Qué sentidos le otorgan los diferentes actores sociales? ¿Es posible encontrar formas de articular esta contradicción?

“La accesibilidad, que es un principio básico de la APS, en el territorio se manifiesta de diversas maneras”- comentaba una agente del sistema de salud provincial. Ese territorio que para el sistema de salud son las áreas programáticas y están muy bien divididas y subdivididas. Cada área programática tiene alrededor de 2000 a 3000 habitantes, 7000 máximo, con todos sus equipos de salud.

La implementación de las políticas y programas de salud es a través de las áreas programáticas de salud y los distritos sanitarios. En Misión Laishí particularmente se trata del distrito 7 de acuerdo a las áreas programáticas del sistema de salud provincial, zona litoral sur. Hay un hospital de segundo nivel de atención de la salud y dos agentes de salud originarios para las cuatro comunidades Qom que allí habitan. Una de ellos implementa sus acciones desde el Hospital de Misión de Laishí y el otro agente sanitario reside y realiza sus tareas en la comunidad Laguna Gobernador. Algo que llama la atención es que dicha comunidad de pueblos originarios es la

única reconocida en el mapa del sistema de salud provincial, quedando limitada la posibilidad de atención primaria de la salud (APS) para las demás comunidades: El Dorado, San Antonio, y El Naranjito. Así se observa un primer punto de tensión que nos lleva a la siguiente pregunta: ¿cómo puede haber implementación de los programas en todas las comunidades de Misión Laishí si el sistema de salud solo reconoce una de las cuatro comunidades en el mapa del territorio de las áreas programáticas?

Una AS<sup>i</sup> del sistema de salud provincial comentaba:

La comunicación es una barrera, no solamente el lenguaje, porque al haber un agente sanitario que conoce el lenguaje, deja de ser una barrera. En algunas comunidades sigue siendo muy fuerte el tema de los partos, las derivaciones, el tratamiento prolongado, no llegan a tener una comprensión mentalmente. La otra cosa que nos cuesta mucho instalar son las señales de alarma, porque la alarma la tenemos nosotros que somos criollos, apenas nos pasa algo vamos corriendo a que otro nos resuelva, en cambio la lógica de ellos es, vamos a resolver entre nosotros y con tranquilidad.

Considerando que las relaciones que los sujetos mantienen con y en el territorio están basadas en las representaciones que ellos poseen y los diferentes significados y sentidos otorgados a lo que allí ocurre (Petit, 2010), es interesante por un lado ubicar el modo en que el sistema médico-hegemónico territorializa los circuitos de salud en distritos sanitarios y áreas programáticas y por el otro, la forma en que los sujetos, en este caso, los pueblos originarios se apropian o acceden de manera particular al territorio del sistema de salud, lo cual contempla a su vez, un modo de territorialización específica. La pregunta sería: ¿Ante un problema de salud qué es lo primero que hacen las personas que viven en comunidades de pueblos originarios?

Se podría conjeturar que el sentido otorgado en este caso ante la resolución de un problema de salud comienza dentro del territorio de las comunidades, dentro de su propio marco de representaciones y lógicas para entender la salud y la enfermedad.

Por otro lado, las ideas de falta de comprensión de los pueblos originarios de las señales de alarma pueden analizarse considerando a (Fassin, 2008 citado en Lorenzetti, 2011), desde un sentido de “derecho a la asistencia fundado en una ciudadanía biológica, en tanto las personas precarizadas encuentran únicamente un lugar a partir de un cuerpo que padece, donde son los

trastornos físicos visibles y el lenguaje del padecimiento los que movilizan las acciones desde la salud pública hacia la población indígena.” (p.8).

Según Lorenzetti (2011), son estos circuitos ligados a la necesidad de contar con una derivación o algún contacto con el agente sanitario u otro profesional los que aletargan la atención médica hacia pacientes que muchas veces llegan al hospital en situaciones límites, con graves afecciones que motivan la intervención médica. Las dificultades en la tramitación de la solicitud de turnos, las demoras que éstas acarrearán hacen que, efectivamente, las personas de las comunidades terminen asistiendo al hospital en casos extremos, cuando el deterioro es tal que amerita la urgencia. Así, tales circunstancias son interpretadas por el personal médico aludiendo a que “el aborigen tiene un umbral alto para soportar el dolor”, o bien a que “no se le ha inculcado un buen nivel de alarma”-razón por la cual “llegan tarde”, cuando el caso está muy avanzado-. De este modo, según esta perspectiva, la decisión acerca del momento de asistir al hospital recae nuevamente en las comunidades de pueblos originarios, que no logran canalizar la asistencia médica pues se les atribuye poca o nula capacidad para discernir sobre la gravedad del caso y actuar en consecuencia, esto es, acudir al hospital.

Respecto del rol de los agentes sanitarios en estos circuitos, en general, suelen aparecer en el territorio delimitado por el sistema de salud como actores que median o contribuyen a mejorar este entramado de relaciones sociales que hacen a la implementación de los programas de salud en las comunidades de pueblos originarios.

La agente sanitaria del Hospital Misión Laishí cuenta acerca de las tareas que realiza:

Y estamos en todo, detectando las embarazadas, salimos juntos en equipo con la ambulancia, con el doctor, la vacunadora, la obstetra... Realizamos la vacunación de las chicas y los muchachos. Hablamos con las chicas de cómo cuidarse para no quedar embarazadas. Llevo los anticonceptivos y las oriento también en cómo se toma, cómo se utiliza el preservativo. Ahora, hoy ya se ingresan pastillas, inyectables, no es como antes...lo antiguo era que tenían miedo de que les pasara algo, pero a partir de ahora ya empezamos hablar con las chicas y los muchachos, realizamos charlas con los adolescentes y las guiamos en la toma de anticonceptivos.

Las tareas que realizan, como orientación para la toma de anticonceptivos o el cuidado de las embarazadas y las salidas al territorio de las comunidades las deciden junto al director del

hospital. Luego la AS organiza, reúne a la gente, les avisa: "...a casi todos les conozco entonces me comunico por celular, les aviso tal día va a estar el doctor, y cuando vamos ya están todos..." Cuando se trata de enfermedades serias, que necesitan medicamento, dice la AS, consulta con el médico para que le indique y luego ella comunica la información a las personas o directamente las lleva a atenderse con el médico.

Respecto de los partos, la AS refiere que la mayoría de las mujeres vienen a tenerlo en el hospital: "ahora ellos se adaptaron mas al hospital, antes por lo menos había parteras en las comunidades y ahora casi no hay..."

También tomamos la presión, si van los médicos, le medican, le revisan y si hay leche repartimos leche, así andamos... Se va a la mañana y se sigue hasta el mediodía por ahí, muchas veces entramos acá en San Antonio, porque hay muchas colonias por acá, cantidad de colonias, y poquitos enfermeros, de parte de los aborígenes tampoco hay y hace falta. Muchas chicas están estudiando y no le veo que se animen a trabajar en salud.

La AS relata una experiencia que tuvo en terreno, la cual dio buenos resultados para las comunidades:

Si con la investigación sobre cáncer de cuello de útero, hicimos folletos, un curso de formación integral de mujeres y salí, visité unas cuantas abuelitas y después a jóvenes. Hacíamos charlas, sacábamos grabaciones así como ustedes hacen, ahora en esta época se acercan al hospital, antes no se acercaban, no conocían, ahora se acercan a preguntar y vienen a hacerse los controles por el tema del PAP y esas cuestiones.

La llamada "investigación cultural" o "investigación en terreno" es parte de la estrategia de implementación del Programa Médicos Comunitarios que contempla la necesidad de que los profesionales y agentes sanitarios se acerquen al territorio de las comunidades, como estrategia de APS y conversen con las personas para conocer mejor las demandas y necesidades que existen en el plano de la salud. En la actualidad en el territorio de los pueblos originarios de Formosa, un nuevo programa provincial llamado Salud Intercultural tiene la intención de seguir implementando esta estrategia o modo de territorialización particular respecto de la salud de las comunidades de pueblos originarios que es lo que se denomina como "investigación cultural".

Al respecto, es posible analizar en este sentido, tomando a Lorenzetti (2011, p.8), y considerando a la salud como dispositivo de intervención:

Estas derivaciones o la designación de referentes comunitarios encargados de agilizar la atención de las demandas de los pueblos originarios en las diferentes instancias del proceso de atención de la salud, como formas que coadyuvan a la interiorización de las reglas de juego. Ellos implican una idea de minoridad indígena y una burocratización del acceso a la salud pública que hacen necesaria la figura de un traductor capaz de establecer el enlace con el hospital, trayendo consecuentemente aparejada la extensión del control y el afianzamiento del poder de los profesionales sobre las demandas indígenas.

Por otro lado, plantea la autora, ese “acto de reconocimiento” a través de terceros, pauta un régimen de visibilidad demostrativo del itinerario del indígena para acceder al hospital, en este caso el circuito correspondiente al sistema de salud médico-hegemónico. Así, la persona perteneciente a un pueblo originario aparece en el hospital o centro de salud acompañada, siendo ese acompañamiento ambigualmente connotado, tanto señal de consideración como signo de estigmatización. En este sentido, más que constituirse en “la puerta de entrada”, tal mecanismo parece cristalizar el tope del derecho de asistencia médica para las comunidades indígenas.

Retomando el marco legal para el abordaje de la salud con pueblos originarios, surge un replanteo en torno al análisis de la implementación de las políticas y programas de salud que nos lleva a interrogarnos si no sería más adecuado partir de un Acceso al Derecho a la salud de los pueblos originarios antes que pensar la implementación de estos programas desde la Accesibilidad a un sistema de salud médico-hegemónico, que por otro lado no estaría considerando circuitos más complejos de implementación al interior del territorio de las comunidades.

Al respecto una AS del sistema de salud provincial comentaba:

...Si nosotros también no modificamos nuestras prácticas y no entendemos que la Salud es un Derecho, también podemos seguir con prácticas que avasallen a las personas, que exige...y hasta el tono de voz puede ser un problema...nuestros tonos de voz siempre son fuertes: “tenés que lavarte bien las manos”, para que nos entiendan nosotros les afirmamos y eso es una orden, y produce un rechazo total porque a ellos nadie les ordena nada. (...)

Así entonces, continuar el análisis de dichos circuitos de implementación de la salud al interior de las comunidades de pueblos originarios de Misión Laishí será un desafío para el proyecto de investigación que se está llevando a cabo así como atender a sus percepciones en torno a lo que ellos consideran que son sus Derechos como pueblos originarios. En vistas de focalizar entonces en dicho eje, se presentan ahora algunos ejemplos de representaciones y percepciones en torno a sus Derechos como pueblos originarios:

Una pobladora originaria Qom de la comunidad El Dorado comentaba:

“Y creo que nosotros tenemos el derecho a la tierra por nuestros ancestros, y el derecho de...como te puedo decir, de ser una igualdad...pero no...nada de eso se nos da (...) El Derecho a la vivienda, a la salud, a la educación...”

Un poblador originario de la comunidad El Naranjito decía:

“Muchas madres no quieren ir al hospital a atenderse porque se sienten discriminadas...Nos tratan mal, nos hacen esperar...”

“Hay que reclamar por tus derechos. Si todos somos seres humanos, no somos perros ni animales...Yo le digo así nomás a los doctores para que me atiendan...yo les digo todo y ahí si me atienden bien...” (Comentario de una pobladora originaria de la comunidad San Antonio)

Una pobladora de la comunidad El Dorado comentaba:

Y haría falta que las mismas comunidades se levanten, aunque sea dos o tres de las comunidades y que vayan a golpear puertas, porque si esperamos que el estado venga a decir algo...nadie va a venir a decirte: “andá y reclamá tu derecho”, nadie...y si estamos esperando sentados nos cansaremos, y así es...esa es la realidad.

Las configuraciones identitarias que diferencian a los pueblos originarios de la provincia de Formosa: qom, nivaclé, wichis, pilaga aparecen con los “blancos”, pero no solo respecto de estos, sino en las disputas por los territorios y la configuración de la intersubjetividad a partir de anclajes identitarios con el extenso territorio de la provincia. Los proyectos colectivos acerca del Derecho al Territorio –como campo en disputa- no solo de la materialidad como posibilidad para la reproducción de la vida, sino a su vez en la disputa por configurar nuevos sentidos, con respeto al sistema del “blanco” -que domina-, construye desde la subjetividad indígena-originaria nuevos

Sujetos de Derecho. Esta estrategia en la constitución de nuevos sujetos para presentarse, en el marco de los vínculos entre las comunidades y los distintos –sistemas- (legal, salud, educación, trabajo), son intrínsecas a la subjetividad indígena. Entendiendo que las sociedades de hoy tienen mayores niveles de complejidad donde se superponen varias estructuras sociales y diferentes lógicas, dentro de los pueblos originarios también pueden encontrarse estrategias de presentación como sujetos “civilizados”, “mezclados”, “evangelizados”. En estas selecciones se toman algunos elementos culturales para mostrarse en sociedad y se silencian otros para resguardar en la comunidad. A esto se lo denomina estrategias subjetivas de posicionamiento identitario. Para ejemplificar tales consideraciones se comparte a continuación el extracto de un discurso de una pobladora de la comunidad El Dorado, que tuvo lugar el 19 de abril de 2016 en la conmemoración del “Día del aborigen americano”:

(...) el pueblo de Misión Laishí, (...) porque los que realmente poblaron fueron nuestros aborígenes, nuestros ancestros (...) pero gracias a ellos que nos dejó este suelo hermoso, este lugar que hoy habitamos y más que nada siempre queremos, estar más unidos, tanto los hermanos aborígenes como los hermanos blancos, para que también nos de participación de estar y mezclar nomás. (...) que dios bendiga a mis hermanos, a los pastores, bueno ahí un poco mezclado, pero que dios nos de toda la fuerza para seguir esta lucha, incansablemente y ojalá algún día plantemos nuestra bandera, para nuestros nietos, para nuestros hijos, entonces muchas ¡gracias!

### **Discusión:**

El objetivo de este trabajo consistió en presentar algunos resultados preliminares del proyecto de investigación: *Implementación de programas y políticas públicas en salud en el territorio de las comunidades de pueblos originarios de Misión Laishí, Formosa*, financiado por la Universidad de la Cuenca del Plata.

En una primera fase de análisis atendemos a la necesidad de replantearnos acerca de la implementación de los programas y políticas de salud, en vistas de modificar el eje de análisis hacia un acceso a los Derechos de estas comunidades y no solo contemplar el acceso al sistema de salud, para lograr un abordaje complejo de estas realidades, incluyendo la descripción de

circuitos de implementación de la salud más amplios que el que compete a un sistema de salud médico-hegemónico.

Considerando a su vez el marco legal para el abordaje de la salud con pueblos originarios, comenzamos a replantearnos, lo expuesto en el artículo 81 de la Constitución de la Provincia de Formosa: ¿cómo se dan las capacitaciones de los efectores de salud en todos sus niveles y la investigación social?. De esta manera, aparece como de fundamental importancia en el marco de los Derechos, la formación y capacitación de los profesionales mediante una postura de reconocimiento del Otro, en este caso las personas integrantes de los pueblos originarios, como Sujetos de Derechos.

Tomando los aportes de Bernal Camargo (2013), se requiere un escenario en el que los profesionales de la salud tengan un enfoque cultural para la atención de pacientes pertenecientes a pueblos originarios, pero que a su vez se busque afianzar el sistema de medicina tradicional, como bien lo recomendó la Organización Mundial de la Salud en la Carta de Ottawa de 1986, en la que reconoció la importancia de la reorientación de los servicios de salud para que tomen en cuenta los factores y necesidades culturales. En esta misma dirección, la Organización Panamericana de la Salud ha incluido asuntos multiculturales en sus áreas de trabajo gracias a la adopción de “La iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas en las Américas”, en la cual se hace un reconocimiento de la diversidad étnica y cultural, que debe irradiar en la implementación de los modelos de salud.

Desde la Psicología Comunitaria (Montero, 2004) y más específicamente desde una Psicología comprometida con los pueblos originarios de nuestra América (Herazo, 2015), la participación, el empoderamiento y la concientización son herramientas fundamentales a la hora de pensar relaciones más horizontales y dialógicas en la toma de decisiones respecto a la salud de los pueblos indígenas. El concepto de Participación tiene que ver con hacer partícipes a terceros de hechos o acontecimientos y con informarles o introducirlos en alguna forma de conocimiento o de acción. Participar, entonces es tomar parte, tener parte y ser parte, de manera que la participación comunitaria es entonces hacer, poseer, transformar y ser en un movimiento que va de lo colectivo a lo individual y viceversa. Más allá de esta definición teórica cabe interrogarse también que ocurre a la hora de poner en práctica la participación: ¿cómo hacer para que dichos actores sociales, en este caso los pueblos originarios Qom, se aúnen en relación a garantizar un Derecho fundamental para las comunidades en sus territorios.

## **Conclusión:**

Es de fundamental importancia para lograr superar las barreras en la implementación de políticas de salud, repensar estrategias de intervención que incentiven y favorezcan la participación de los integrantes de las comunidades de pueblos originarios, ya que este elemento puede ser clave al momento de pensar en políticas públicas más efectivas.

La Concepción ética de la Psicología comunitaria (Montero, 2004) pasa por el carácter incluyente del trabajo comunitario, en el cual se busca integrar, respetando las diferencias individuales, en lugar de excluir o de apartar. La comunidad como grupo o conjunto de grupos organizados tiene voz propia, y sus miembros activos cuentan con capacidad para tomar y ejecutar sus propias decisiones, tienen la capacidad y el derecho de participar en los procesos que afectan y hacen a la comunidad. De esta manera, la Participación Comunitaria en el Derecho a la Salud es de una consideración significativa, así como la necesidad de comenzar a hacer visibles las demandas e iniciativas de las comunidades en torno a sus Derechos, para poder lograr una mayor concientización y empoderamiento comunitario.

## Bibliografía:

Bernal Camargo, Diana Rocío. (2013). La solidaridad y las declaraciones internacionales de derechos humanos y bioética: el caso del derecho a la salud de los pueblos indígenas colombianos. *Acta bioethica*, 19(1), 9-18. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2013000100002>

Constitución de la Provincia de Formosa. (2016). Disponible en: <http://mininterior.gov.ar/provincias/formosa/cp-formosa.pdf>

Constitución de la República Argentina. (2016). Disponible en: <http://www.biblioteca.jus.gov.ar/constituciones-argentina.html>

Etnopo: Encuentro Nacional de Organizaciones Territoriales de Pueblos Originarios. (2014). Protocolo de Consulta Previa, Libre e Informada a Pueblos Originarios.

Herazo, González, K. I. (coord.). (2015). *Hacia una psicología social comunitaria comprometida con los pueblos originarios de nuestra América*. México: UNAM.

Lorenzetti, M. (2011). Relaciones interétnicas y prácticas de atención a la salud en el Chaco Salteño. *Revista Corpus, Archivos virtuales de alteridad americana*, 2 (1), 1-12. ISSN 1853-8037. Disponible en: <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/corpus>.

Ministerio de Salud de La Nación 2010: Documento FESP “Marco de Planificación para los Pueblos Indígenas en el proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública”. Disponible en:

<http://www.msal.gov.ar/-wds.worldbank.org/.../2010/...20100908141016/.../IPP4440SPAN>

Ministerio del Interior de la República Argentina. (2016) Disponible en: <http://mininterior.gov.ar/provincias/formosa/cp-formosa.pdf>

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la República Argentina. (2016). Disponible en: <http://www.biblioteca.jus.gov.ar/constituciones-argentina.html>

Ministerio de salud de la Nación. (2016). Disponible en:  
<http://www.msal.gob.ar/medicoscomunitarios/>

Montero, M. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.

Movimiento Nacional Campesino Indígena. (2012). *Cuaderno de salud del Movimiento Nacional Campesino Indígena*. Córdoba: Grafica 29 de Mayo.

Organización Panamericana de la Salud (2008). Foro de Investigación en Salud de Argentina, en Cuyul, Soto, *Interculturalidad y Fuentes de Información en Salud de los Pueblos Indígenas*.

Políticas Indígenas en la Provincia de Formosa. (2016). Disponible en:  
[https://www.formosa.gob.ar/media/destacados/informe\\_politicas\\_indigenas\\_provincia\\_formosa.pdf](https://www.formosa.gob.ar/media/destacados/informe_politicas_indigenas_provincia_formosa.pdf)

Petit, Lucrecia. (2010). Debates en torno al territorio. Aportes para la psicología social. En: *I Primer Congreso Internacional, II Nacional y III Regional de Psicología*, facultad de Psicología, Universidad Nacional de Rosario. Publicación en CD. ISSN 1850-4450.

Secretaría del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas. (2008) “Foro permanente para las cuestiones indígenas de las Naciones Unidas“. Disponible en:  
<http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/es/declaration.html>.

UNICEF. (2008). “Los derechos de los pueblos indígenas explicados para todas y para todos”. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Área de Comunicación. UNICEF. Oficina de Argentina.

---

1. <sup>i</sup> Para denominar a los Agentes Sanitarios del sistema de salud se utilizará en algunos casos la abreviatura AS.