

XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, 2007.

# **Accesibilidad al sistema de salud de las comunidades aborígenes de Las Lomitas (Formosa) para la vigilancia y el tratamiento de T. Cruzi.**

Touris, Cecilia, Dri, Lucia Verónica, Dell' Arciprete, Ana y Sosa Estani, Sergio Alejandro.

Cita:

Touris, Cecilia, Dri, Lucia Verónica, Dell' Arciprete, Ana y Sosa Estani, Sergio Alejandro (2007). *Accesibilidad al sistema de salud de las comunidades aborígenes de Las Lomitas (Formosa) para la vigilancia y el tratamiento de T. Cruzi*. XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-073/190>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/e8Ps/6WR>

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

# ACCESIBILIDAD AL SISTEMA DE SALUD DE LAS COMUNIDADES ABORÍGENES DE LAS LOMITAS (FORMOSA) PARA LA VIGILANCIA Y EL TRATAMIENTO DE T. CRUZI

Touris, Cecilia; Dri, Lucia Verónica; Dell' Arciprete, Ana; Sosa Estani, Sergio Alejandro  
Hospital Piloto Las Lomitas- CeNDIE - Comisión Nacional Salud Investiga. Argentina

## RESUMEN

Las medidas adoptadas por el sistema de salud de Las Lomitas, para la vigilancia y el tratamiento de la enfermedad de Chagas, no tuvieron el impacto esperado en las comunidades aborígenes. Estas comunidades presentan los más altos índices de infestación domiciliar, infección y transmisión congénita de Chagas. A pesar del reconocimiento general acerca de que las representaciones relativas a la enfermedad, su etiología y tratamiento tienen un componente cultural decisivo, no se llevan a cabo acciones tendientes a respetar estas particularidades. El objetivo de proyecto fue determinar la accesibilidad de las comunidades aborígenes pilagá y wichi al sistema de salud, especialmente en lo referido a la enfermedad de Chagas, e identificar las estrategias que utilizan los integrantes del sistema salud para atender a estas poblaciones. La información relevada mediante metodología cuali-cuantitativa demostró que el personal del sistema de salud reconoce dificultades para la comunicación y atención de estas comunidades y no posee estrategias normalizadas que le permita resolverlas. Se recomienda incorporar herramientas sistematizadas que permitan: tomar contacto con la perspectiva aborígen sobre el proceso salud-enfermedad-atención; conocer sus características y determinar acciones que promuevan un encuentro intercultural que se vea reflejado en una mayor accesibilidad de las comunidades aborígenes al sistema.

## Palabras clave

Accesibilidad Aborígenes Salud Chagas

## ABSTRACT

HEALTH CARE SYSTEM ACCESSIBILITY OF THE NATIVE COMMUNITIES IN LOMITAS (FORMOSA) FOR THE CAUTION AND TREATMENT OF T. CRUZI

The Lomitas's health care system measures for caution and treatment of Chagas illness did not have the impact expected in the native communities. These communities have the highest indices of home infestation, infection and congenital broadcast of Chagas. In spite of the general recognition of illness representations, their etiology and its decisive cultural component, there are not actions respecting these particularities. The project objective was to determine the health care system accessibility of native communities (pilagá and wichi), focalized on Chagas illness, as well as to identify the health care system strategies to attend these populations. The information obtained through a cuali-quantitative methodology showed that the health care system human resources had difficulties in communication and attention of these communities and did not develop strategies to solve this problem. It is recommended to incorporate tools to take contact with the native perspective on the process health-illness-attention; to know its characteristics and to determine actions that promote an intercultural meeting.

## Key words

Accessibility Indigenas Health Chagas

## 1. INTRODUCCIÓN

El Programa Nacional de Chagas en Argentina, a través de sus acciones normatizadas, ha logrado un alto impacto en el control de la transmisión vectorial y transfusional, y está consolidando el control de la transmisión congénita. Esto se expresa en la reducción de los índices de infestación de las viviendas por triatominos a nivel nacional de 6% en 1990 a menos de 2% en 2004. Por otro lado se logró la disminución de la tasa de infección en la población infantil de menos de 4 años de edad por debajo del 1%. Asimismo existen aún áreas con transmisión vectorial activa, donde el problema fundamental se debe a la discontinuidad de las acciones de vigilancia que mantienen las poblaciones de triatominos ausentes de las viviendas.

En Argentina existen en la actualidad 10 etnias aborígenes, de las cuales el 90% se encuentran en áreas de transmisión vectorial. Estas áreas coinciden a su vez con las de peores indicadores de salud. El 37% de las viviendas estaban infectadas con vinchucas durante el 2000 por lo que recibieron rociado con insecticida. Las dificultades para alcanzar adecuada cobertura de vigilancia derivaron en la reinstalación de la infestación y los consecuentes elevados índices de infestación de las viviendas e infección de los niños. Las medidas adoptadas para la vigilancia y el tratamiento de la enfermedad no tuvieron el impacto esperado en las comunidades aborígenes. A pesar del reconocimiento general acerca de que las representaciones relativas a la enfermedad, su etiología y tratamiento tienen un componente cultural decisivo, no se llevan a cabo acciones tendientes a respetar estas particularidades culturales entre los pueblos indígenas, una minoría altamente vulnerable. Las acciones diseñadas por el Programa Nacional de Control de Chagas tienen una conceptualización universal para ser aplicadas en todo el territorio nacional pero no prevé entre sus estrategias y consideraciones operativas, cómo adaptar la transferencia de las acciones para ser aplicadas en las comunidades aborígenes.

El proyecto de investigación "Accesibilidad al sistema de salud de las comunidades aborígenes de Las Lomitas (Formosa) para la vigilancia y el tratamiento de *T. cruzi*" planteó como objetivo general determinar la accesibilidad de las comunidades aborígenes pilagá y wichi de Las Lomitas al sistema de salud, especialmente en lo referido a la atención de la enfermedad de Chagas, e identificar las estrategias que utiliza el sistema de salud para atender a estas poblaciones. La información relevada mediante entrevistas, cuestionarios, recolección de datos secundarios y observación, tuvo como finalidad contribuir a establecer un panorama, información de base, sobre el acceso de la población indígena de etnias wichi y pilagá a los servicios de salud. Los resultados obtenidos contribuirán a lograr recomendaciones que propicien mejoras en la atención del sistema de salud, que se vean reflejadas en una mayor accesibilidad de las comunidades aborígenes al mismo.

## 2. OBJETIVOS

**Objetivo General:** Determinar la accesibilidad de las comunidades aborígenes pilagá y wichi de Las Lomitas al sistema de salud, para la prevención y el tratamiento del *Trypanosoma*

*cruzi* (Chagas) e identificar las estrategias del sistema de salud para atender esta demanda.

### Objetivos Específicos:

1. Describir el funcionamiento del sistema de salud local (Hospital Las Lomitas; centros de salud de las localidades de La Bomba, Km 14, Matadero y Lote 42.)
2. Identificar las dificultades en la transferencia de conocimiento sobre las medidas de vigilancia y control del *T. cruzi* (Chagas) desde el sistema de salud hacia las comunidades indígenas.
3. Describir qué estrategias utiliza el servicio de salud para la atención de las comunidades indígenas wichi y pilagá.
4. Contribuir al área de antropología en la descripción de la concepción de la enfermedad (Chagas en particular) de las comunidades objetivo y las percepciones que tienen sobre el servicio de salud.

## 3. METODOLOGÍA

### Tipo y diseño general del estudio

Se aplicó un diseño de estudio exploratorio-descriptivo para diagnóstico de la situación sanitaria. El estudio se realizará en la Provincia de Formosa, Departamento Patiño, Localidad de Las Lomitas. El protocolo se aplicará las localidades de La Bomba, Km 14, Matadero, Lote 42 y el Hospital de Las Lomitas.

### Descripción del Área de estudio

El Hospital Piloto Las Lomitas es un Hospital Regional, cabecera del Distrito II, que constituye el 2° nivel de atención, al cual derivan sus áreas programáticas cuando lo requieren. Es responsable de la cobertura de inmunizaciones, control de niños, embarazadas y prevención de enfermedades transmitidas por vectores y tiene bajo su dependencia salas de salud con enfermeras y puestos sanitarios con agentes sanitarios. El equipo de APS visita periódicamente cada colonia, paraje o comunidad aborígena. Éste constituye el 1er nivel de atención, el que está más cerca de la gente y funciona como puerta de entrada al sistema de salud. El área programática de Las Lomitas cuenta con 32 Centros de Salud (18 peri urbanos y 14 rurales).

### Actividades, universo de estudio, selección de muestra, unidad de análisis y observación.

La recolección de la información obedecerá a la utilización de metodología cuali-cuantitativa que incluye observación, entrevistas en profundidad, entrevistas semiestructuradas, y recolección de datos secundarios de archivos hospitalarios.

Los datos cualitativos obtenidos se registraron y consignaron con diferentes técnicas documentales y luego transcritos y archivados en bases de datos. Para datos cuantitativos, las diferencias de proporciones fueron analizadas a través de la prueba de X<sup>2</sup> o Fisher. Los datos con distribución normal fueron analizados con pruebas paramétricas (ANOVA) pruebas no paramétricas (Kruskal-Wallis). Se efectuó una descripción de factores univariados, comparación bivariada. Los datos fueron analizados con el software Epi Info. Para todas las pruebas se tomó un nivel de significancia de alfa = 0.05%.

## 4. RESULTADOS

### 4.1. Descripción de las etnias del área de estudio

Las etnias del área de estudio están compuestas por 4 grupos bien diferenciados y estratificados socialmente: a) por un lado, profesionales, comerciantes y técnicos de formación occidental y urbana; b) un grupo criollo, donde podemos distinguir la confluencia de dos tradiciones culturales, conformada por descendientes de salteños y santiagueños portadores de una cultura mestiza; y otro conformado por descendientes de paraguayos portadores de la cultura mestiza, propia en medios rurales; c)

un grupo indígena pilagá; d) un grupo indígena wichí, asentado en varias comunidades peri urbanas y en otras más alejadas, al sur de la ruta 81. Respecto de las instituciones wichí y pilagá tradicionales y vigentes relativas a la salud y a la enfermedad cabe destacar que, si bien la mayor parte de los indígenas recurre al sistema de salud oficial para la cura de afecciones, existen especialistas propios, los shamanes (pi'oxonaq para los pilagá, hiyawé para los wichí) que son los encargados de velar por su salud. Las representaciones relativas al cuerpo, al bienestar general, a los agentes que enferman y a las metodologías de curación en general continúan vigentes aunque son propias y diferentes para cada uno de estos grupos (Braunstein, 2003).

### 4.2. La transferencia de conocimientos a las comunidades

Las dificultades para la transferencia de la información se hacen evidentes sobre todo en la comunicación, en aspectos tales como el Idioma, Lenguaje Técnico, Lenguaje escrito, Normas protocolares de etiqueta, Tacto como modalidad terapéutica, confianza y Buen Trato.

### 4.3. estrategias de atención a las comunidades

El 100% (n=26) del personal encuestado reconoce que se atiende población indígena en el sistema de salud. El 80,8% (n=21) de los encuestados, encuentra dificultades en su atención. Las dificultades en la atención fueron adjudicadas a situaciones como: a) Consulta: 50%, b) Su cultura: 61,5%, c) Comunicación: 57,7%, d) Falta de insumos: 16,7%, e) Falta de adherencia a los tratamientos y controles, f) Falta de actitudes preventivas. Para ello han elaborado Estrategias de Resolución: a) Recurrir a un traductor 61,5% (n=16); b) Realizar dibujos, señas, palabras en idioma, 53,8% (n=14); c) Hablar hasta entenderse 15,4% (n=4), d) Tratarlos bien (50%); e) Agente sanitario o traductor (46,2%), f) Aprender su idioma o hablar con señas (19,2%); g) Derivar la consulta (7,7%), h) Que sea otra persona quien los atienda (7,7%).

### 4.4. La percepción de los indígenas wichí y pilagá sobre el sistema de salud

El 92,9% de los entrevistados aborígenes reconoció recurrir al sistema de salud cuando está enfermo y el 57,1%, también responde ir al shamán y/o rezar. En cuanto a la elección del recurso de curación, el 88,9% respondió que el shamán curaba las mismas enfermedades que el sistema de salud, aunque hay una valoración mayormente positiva de la medicina tradicional. Cuando concurren al hospital encuentran dificultades en relación a la lejanía y falta de medios de transportes y la obtención de turnos. La comunicación con el personal del hospital resulta muy difícil, puesto que nadie habla idiomas aborígenes, por lo que van acompañados de un traductor. Desde la perspectiva indígena, el personal de salud no los trata bien. Todas estas situaciones ofician de barrera en estas poblaciones para realizar consultas al sistema de salud oficial.

### 4.5. Enfermedad de chagas en las comunidades aborígenes del área de estudio

El estudio ha encontrado valores que superan ampliamente los índices nacionales.

## 5. DISCUSIÓN

A pesar de que las comunidades aborígenes del estudio fueron por tradición nómades, han sido privadas de las vastas extensiones de su tierra por lo que su residencia ha quedado reducida a la ocupación casi permanente del territorio lo que ha provocado cambios en sus condiciones de habitabilidad. Esta circunstancia ha producido grandes transformaciones en sus costumbres alimenticias que tienen una incidencia negativa en su estado de salud. Estas características sumadas a la pobreza, convierten a las comunidades indígenas, en poblaciones vulnerables para la emergencia de enfermedades.

Para la concepción de los indígenas, la medicina tradicional y la medicina alopática "blanca", no son excluyentes, por lo que ante la presencia de cualquier afección pueden recurrir a uno u otro sistema de salud. En otras oportunidades, los tratamientos se siguen adelante simultáneamente. Esto no parece constituir, para las comunidades indígenas, ninguna contradicción.

La etiología de la enfermedad para ambos pueblos (wichí y pilagá) no es biofisiológica, sino que es producida por agentes enfermantes de origen espiritual (Teofanías y otros seres espirituales (pilagá) y seres Ahót (wichí)). La enfermedad se atribuye a agentes enfermantes de otra naturaleza. Médico y paciente, no solo hablan idiomas distintos sino que parten de cosmovisiones diferentes del mundo, ante esta situación, sobre todo en lo que se refiere a las prácticas tradicionales y populares de la atención de la salud-enfermedad, el sistema de salud frecuentemente descalifica el saber de la cultura indígena.

El personal del sistema de salud, reconoce dificultades al momento de trabajar con aborígenes. Éstas se relacionan con las diferencias culturales, aunque su origen no se evidencia de manera explícita para los afectados. Cuando se percibe la diferencia cultural, en este contexto, la diversidad cobra un valor negativo, es decir, son los "pacientes" los que "no se comportan como debieran", los que tiene hábitos o costumbres nocivos. Son las características de los pacientes las que impiden llevar adelante una buena atención y se evidencia en sus comentarios sobre la cultura de los aborígenes. La idea de que son despreocupados, que se manejan con desidia respecto de su salud y la de sus allegados, invisibiliza la responsabilidad de los profesionales con respecto a la comprensión de una cosmovisión diferente de la vida, por otro lado, muchos de ellos desconocen que sus recomendaciones violan preceptos o normas culturales. El sistema de salud oficial no considera estas particularidades al momento atender las diversidades culturales ante las que se encuentra, por lo que las estrategias de atención quedan circunscriptas a las habilidades singulares del personal de salud.

La dificultad en la comunicación reside básicamente en la incompreensión del idioma ya que, a excepción de uno, ninguno de los integrantes del sistema de salud, habla wichí o pilagá. Ante esta situación, la actitud del profesional, resulta de suma importancia para lograr una buena comunicación, estrategias como pronunciar algunas palabras en idioma, respetar normas de etiqueta y tener una actitud benévola han demostrado ser prácticas viables para lograr un mejor encuentro intercultural. De todas maneras, la estrategia más utilizada por el sistema de salud para propiciar la comunicación es la de recurrir al agente sanitario. La utilización del agente sanitario o traductor también pone en juego una modalidad privilegiada del sistema de salud con respecto a la transferencia de conocimientos. Pero a pesar de que ésta, suele tener buenos resultados, no debe descuidarse el hecho de que la atención es responsabilidad del letrado en cuestión y la falta de recursos para concretar su labor, es un problema que les compete.

Las comunidades aborígenes han demostrado ser muy vulnerables para Chagas, puesto que en el área de estudio se han presentado índices que superan en creces la media del país. Mientras que el índice de infestación para el país alcanza el 2%, y para la provincia de Formosa el 26%, el índice de infestación de Las Lomitas es del 33,5%. Los barrios más afectados corresponden a las poblaciones aborígenes. Otro de los datos alarmantes es la tasa de prevalencia de donantes de sangre a transfundir (18,6%), mientras que para el país es 3,6%, y en Formosa 5%. La Transmisión Congénita, también ha mostrado una tasa de prevalencia elevada (29,1%), para el país es de (5,3%) y Formosa (11,2%). El aumento de la pobreza estructural, acompañados de una discontinuidad de las acciones de control y vigilancia por falta de prioridad presupuestaria y política en los estados provinciales como así también por una disminución y deterioro en la estructura de recursos, han

permitido la re-instalación de las poblaciones de vinchucas, en estas comunidades. Ante esta situación, la continuidad de las acciones de rociado e instalación de la vigilancia reviste una importancia suprema, sobre todo considerando que comunidades aborígenes han demostrado ser las más vulnerables a este problema.

Para que la salud, en Argentina, pueda ser entendida como un derecho para todos, es necesario considerar las distintas percepciones y prácticas que existen del proceso salud-enfermedad-atención. Para ello sería recomendable entrenar, informar y formar al personal de salud sobre la importancia de conocer las representaciones y prácticas locales que tiene del proceso salud enfermedad-atención de los pueblos indígenas.

---

## BIBLIOGRAFÍA

- AGUIRRE BELTRAN, G. (1986). Antropología Médica. Ediciones de la Casa Chata. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México.
- BRAUNSTEIN, J. (1974). Dominios y jerarquías en la cosmovisión de los matakos-tewokleléy. Scripta Ethnologica, II, 2
- BRAUNSTEIN, J. (1983). Algunos rasgos de la organización social de los indígenas del Gran Chaco. Trabajos de Etnología. Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, Universidad de Buenos Aires. Publicación N° 2: 174.
- BRAUNSTEIN, J. (1989). Léxico del matakos bazanero. Con una exposición introductoria. En: International Dictionary Series. Mary Ritchie Key (Ed.). UCLA, Irvine, Estados Unidos.
- BRAUNSTEIN, J. (1990). El espacio en la misa matakos. Scripta Ethnologica, 8: 149-154.
- BRAUNSTEIN, J. (1997). El chamanismo y el espacio religioso de la "misa" de los matakos. En: J. Schobinger (Ed.) Shamanismo Sudamericano. Ediciones Continente, Buenos Aires, 128 pp.
- BRAUNSTEIN, J. (2003). 'Indios' and 'cristianos': Religious Movements in the Eastern Part of the Wichi Ethnic Chain: Acta Americana. Vol. 11, No 2, pp. 19-42, Sociedad Sueca de Americanistas.
- BRAUNSTEIN, José y GARCÍA, Miguel A. (1996). Estabilidad y cambio de la música ritual en el este de la cadena cultural matakos. Scripta Ethnologica, 18 : 143-155.
- CONRAD, P. (1982). Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social. En: Ingleby Comp. Psiquiatría crítica. La política de la salud mental. Editorial Crítica. Buenos Aires. Pp. 129-154.
- DELL'ARCIPIRETE, Ana. (1991). Lugares de los pilagá. Hacia una nueva Carta Étnica del Gran Chaco. Centro del Hombre Antiguo Chaqueño (CHACO) 2:58-85. Las Lomitas, Formosa.
- DUARTE GÓMEZ, M.B. (2003). Medicina Occidental y otras alternativas: ¿es posible la complementariedad?. Reflexiones conceptuales. Cuadernos de Saúde Pública. Río de Janeiro. N°2. vol.19
- ELIADE, Mircea. (1960). El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis. FCE. México.
- FERNANDEZ A.M. y cols. (2006). Política y Subjetividad. Asambleas barriales y fábricas recuperadas. Editorial Tinta Limón. Buenos Aires.
- LERIN PIÑÓN, S. (2005). Interculturalidad en Salud: un reto para la antropología aplicada. Centro de investigaciones y estudios superiores en antropología social. México.
- MENÉNDEZ, E.L. (1990). Morir de alcohol. Ediciones de la Casa Chata. México. (Capítulos 3 y 4).
- MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL DE LA NACIÓN (1998). Normas para la atención médica del infectado chagásico. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Buenos Aires.
- PALMER, J. (2005). La buena voluntad wichí. APCD, CECAZO, EPRASOL, FUNDAPAZ. Buenos Aires.
- PIERRET J. y HERZLICH C. (1988). De ayer a hoy: construcción social del enfermo. Cuadernos Médico Sociales. Rosario. N° 43. pp. 21-30.
- PROGRAMA NACIONAL DE CHAGAS (2005). Informe del Programa Nacional de Control de Chagas para el CONO SUR.
- SALOMÓN O. (2002). Buenos Aires. Aspectos de prevención de la enfermedad de Chagas con participación de la comunidad. Centro Nacional de Diagnóstico e Investigación en Endemoepidemias (CeNDIE), ANLIS Dr. Carlos G. Malbrán, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina. www.fac.org.ar/fec/chagas2/llave/md1/md103/salomon.htm
- SEGURA, E.L.; SOSA ESTANI, S.; ESQUIVEL M.L.; GÓMEZ, A.; SALOMÓN, O.D. y Grupo de desarrollo y aplicación operativa. Control de la transmisión del Trypanosoma cruzi en Argentina 1999. Medicina (Buenos Aires), 59(II),91-96, 1999.

SEGURA, E.; ROBERTAZZI, M.; SOSA ESTANI, S.; VACCARI, L.; GÓMEZ, A.; PALAVECINO, G.; ARANDA DE PEREYRA, T.; SAAVEDRA, A. (Febrero de 2005). Buenos Aires. Redes sociales para la vigilancia de la transmisión del *Trypanosoma cruzi* (Chagas). Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. CONAPRIS. Argentina.

SCHAPIRA, M.; MELLINO, S. (1992). Representaciones y comportamientos de la población y de los centros de atención frente a la enfermedad de Chagas. En: Cuadernos Médicos Sociales. Centro de Estudios Sanitarios y Sociales. Asociación Médica de Rosario. N°60.