



Una Herramienta Contra Hegemónica para la Atención de la Salud: Hospital Comunitario Móvil

Resumen. El Hospital Comunitario Móvil “Dr. Salvador Mazza” es una herramienta de salud para llegar a los sectores más desprotegidos, para hacer posible la accesibilidad e inclusión de los pueblos originarios. Objetivo El objetivo de este trabajo es describir las actividades que realiza HCM en las comunidades Wichí del Departamento de San Martín, provincia de Salta, y su aporte a la construcción de una alternativa al Modelo Médico Hegemónico en la atención de la Salud. La metodología que sustenta este trabajo es la investigación acción participante. Resultados. Las fronteras culturales, han sido y continúan siendo una barrera importante al trabajo en conjunto del equipo de salud integrada a la sociedad, es por eso la importancia de trabajar desde una mirada intercultural que revalorice los conocimientos ancestrales. Discusión. El modelo médico Hegemónico, de orientación curativa, a-histórica, a-cultural e individualista que instituye una relación médico-paciente asimétrica donde se excluye el conocimiento del paciente, es un sistema que lejos está de la equidad y el acceso de toda la población, ya sea por cuestiones geográficas y/o culturales afectando duramente la realidad sanitaria de los pueblos originarios. Se propone frente a esta realidad “un hospital móvil” desde una perspectiva crítica que pretende un modelo bio-psico-social comprendiendo el enfermar como un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales, sus condiciones sociales, culturales, económico-político y medioambientales.

Abstract. The Hospital Comunitario Móvil “Dr. Salvador Mazza” is a health tool to reach the most unprotected sectors, to make possible accessibility and inclusion of indigenous peoples. The objective of this paper is to describe the activities HCM in the Wichí communities at the Department of San Martín, province of Salta, and its contribution to the construction of an alternative to the Hegemonic Medical Model in health care. The methodology in this work is based on participatory action research. Results. Cultural boundaries have been an important barrier to work together health team integrated into society, that is why the importance of working from an intercultural look which revalues ancestral knowledge. Discussion. The hegemonic medical model of curative, a-historical, a-cultural and individualistic orientation, which instituting a doctor-patient asymmetrical relationship where knowledge of the patient is excluded, is a system that is far from equity and access for the entire population, whether from geographic and / or cultural severely affecting the health situation of indigenous peoples. It is proposed to face this reality “a mobile hospital” from a critical perspective that seeks a bio-psycho-social model which understand the ill as a cultural complex phenomenon, closely linked to the person their subjectivity, their life circumstances, their social conditions, , economic, political and environmental.

1. Introducción

En el presente trabajo se persigue aportar a la reflexión de los procesos sociopolíticos contemporáneos, que pongan en evidencia los contextos de desigualdad e invisibilización de los pueblos originarios en nuestra Argentina actual, frente a una cultura global hegemónica.

Esta ponencia es la exposición de los primeros avances de una iniciativa de investigación de los miembros de HCM, un equipo interdisciplinario, para describir el trabajo que realiza y sus fundamentos. la metodología de esta trabajo es la investigación acción participante y el uso de

Bilbao, Juan Cruz ^a, Liberal, Camila ^a, y Liberal, Malena ^a

^a Integrante del ELAPS (Espacio Laboratorio de Arte/s, Performance/s y Subjetividad/es)

Palabras claves

Hospital Móvil; Modelos de Salud; Pueblos originarios; Interculturalidad; Transdisciplina

Keywords

Mobile Hospital; Models of Health; Indigenous peoples; Multiculturalism; Transdisciplinarity

Enviar correspondencia a:

Bilbao, J. C.
juancruzbilbao@gmail.com

instrumentos como análisis de datos relevados por HCM, el análisis de entrevistas a informantes claves, miembros de HCM y de las comunidades, revisión y análisis de material audiovisual de la Fundación Deuda Interna, registros etnográficos de cada viaje realizado a las comunidades y por último, análisis del relevamiento socio sanitario realizado por HCM.

Este trabajo está estructurado en una breve Introducción, Objetivos, Metodología-Participantes, Instrumentos, Procedimiento-- Resultados, Discusión y por último algunas reflexiones finales.

1.1. *Objetivos*

General

Esta ponencia pretende aportar a los debates políticos sociales y culturales en los diferentes ámbitos, difundiendo la tarea que desde la Fundación Deuda Interna y en particular el proyecto de Hospital Comunitario Móvil “Dr. Salvador Mazza” (en adelante HCM) se realiza en las diferentes comunidades indígenas Wichí de la provincia de Salta a donde desarrollamos nuestro trabajo en un contexto de exclusión, discriminación, invisibilización de las culturas y de sus diferentes realidades, aportando a la reflexión sobre la necesidad de generar alternativas de prácticas de intervención transdisciplinar en salud transformando y creando la realidad en la que vivimos.

Específico

El objetivo de este trabajo es describir las actividades que realiza HCM en las comunidades Wichí del Departamento de San Martín, provincia de Salta, y su aporte a la construcción de una alternativa al Modelo Médico Hegemónico (en adelante MMH) en la atención de la Salud.

2. Metodología- Participantes

Para realizar esta ponencia se escogió trabajar con la metodología de la investigación acción participante, donde fuimos sistematizando los conocimientos coproducidos entre los miembros del HCM y de las comunidades donde realizamos nuestras intervenciones. La elección de la metodología se originó en un proceso dinámico de reuniones con los integrantes del HCM y de las comunidades a partir de la inquietud de registrar las experiencias de trabajo en el territorio.

Este trabajo fue realizado por miembros de la Fundación Deuda Interna y de Hospital Comunitario Móvil “Salvador Mazza” en particular. Los autores que realizamos esta ponencia pertenecemos al equipo de investigación de ELAPS (Espacio Laboratorio de Arte/s Performance y Subjetividad/es).

Se trata de un espacio creado en el seno de la Universidad que se orienta a promover una vinculación entre instancias de investigación, producción artística, docencia, extensión y militancia política universitaria para el abordaje de problemáticas culturales, ambientales y del campo de la salud. Nuestras actividades siguen una modalidad de trabajo a la cual consideramos como (Des)

montaje transdisciplinar. Esta modalidad emerge en las fronteras entre los campos de las Ciencias, las Artes y la Salud e implica procesos permanentes de reflexión crítica y propositiva en torno a las problemáticas mencionadas, recuperando aportes del campo de la Psicología (Socio-Sanitaria), las Artes, las Ciencias Sociales y el Psicoanálisis, puestos en diálogo con saberes no disciplinares generados por diferentes instancias de la sociedad civil (organizaciones comunitarias, gubernamentales y no gubernamentales, grupos de trabajo, etc.) (ELAPS 2016 recuperado de <http://blogs.psych.unc.edu.ar/elaps/pagina-ejemplo/>)

2.1. Instrumentos

Los instrumentos escogidos para realizar esta investigación fueron el análisis de datos relevados por HCM, el análisis de entrevistas a informantes claves, miembros de HCM y de las comunidades, revisión y análisis de material audiovisual de la Fundación Deuda Interna, registros etnográficos de cada viaje realizado a las comunidades y por último, análisis del relevamiento socio sanitario realizado por HCM.

2.2. Procedimiento y resultado

Contexto del trabajo de HCM

Fundación Deuda interna y ámbito de trabajo

Fundación Deuda Interna es la síntesis de una la deuda social, política, económica, sanitaria que tenemos los argentinos para con nosotros mismos que ante una realidad de desmonte, desalojos, negación e invisibilización de las culturas de los pueblos originarios, ante la necesidad de generar una alternativa real y posible ante un mundo de genocidio y de exclusión, ante la inmensa necesidad de crear y transformar esta realidad de desprecio a la dignidad de los pueblos, hace de la interculturalidad un desafío y una forma de acción a la par de los pueblos originarios, convencidos de que solo así será posible el reconocimiento a los pueblos, y así de nuestra propia historia.

Claro está, no puede haber una interculturalidad plena y solidaria en un mundo capitalista, pues su misma esencia es la negación del florecimiento de las culturas [...] la interculturalidad emancipadora es un proceso permanente, un modo de hacer y de pensar que no puede ser episódico que se genera una oposición contrahegemónica, no solo como inquietud académica [...] pues si no hay conocimiento del otro/a no puede haber respeto ni relación idónea (Breihl, 2003, p. 95).

Fundación Deuda Interna es una organización social, que surge tras el desafío de un mundo diferente, y se suma a las demandas de los pueblos originarios creando juntos una alternativa real a un sistema de relaciones capitalistas, de consumo e individualistas. Pueblos objetos de Genocidio (Mapelman, Muzante, Gordillo, Bayer) que continúa con el hambre, la indiferencia, la invisibilización de su historia y de su presente, al hablarse de los pueblos originarios como algo que ya no existe, como parte de un pasado que no es nuestro, como aquello que es remanente de una nación

consolidada. Un genocidio que trasciende lo cultural, al imponerles nuevas formas de consumo y de vida como una posibilidad mejor y superadora, que también se expresa en el ámbito de la salud a través del MMH.

Parafraseando a Emilio Iosa, fundador de Deuda Interna:

La Deuda Interna es un espacio de reflexión y acción que nos permite reencontrarnos en el compromiso con el otro, junto a nuestros hermanos indígenas que forman parte de las naciones preexistentes al Estado. Es una búsqueda constante de resistencia y reexistencia. Es un vehículo colectivo que nos da la oportunidad de trabajar por la refundación de nuestro ser, de nuestras familias, de nuestra comunidad, de nuestro Estado.

El trabajo de Deuda Interna se desarrolla en comunidades del norte argentino, que pertenecen a la región del gran chaco salteño, del departamento de San Martín. La Misión Chaqueña y las diferentes comunidades en donde trabajamos constituyen un área cultural en la que la interacción entre los distintos grupos, desde antes de la Conquista, ha generado rasgos compartidos en las prácticas de subsistencia, la organización sociopolítica y la cosmología.

En estas comunidades existe una gran dificultad para conocer la cantidad de población y su origen. A pesar de conocer por otros medios un dato estimativo (Utilizamos como fuentes complementarias de información el Formulario de los agentes sanitarios de las comunidades. Como también los datos relevados y elaborados junto a las comunidades por el Hospital Comunitario Móvil “Dr. Salvador Mazza”), la mayoría de las comunidades, están censadas por el INDEC como población rural (Esta categoría reúne a las localidades con una población menor a los 2.000 habitantes y que no forman parte de un aglomerado que supere dicha población). El caso de la Misión Chaqueña, si bien se trata de una población censada, y de una comunidad que está compuesta en su mayoría por Wichí, no existen datos específicos del INDEC que den cuenta de esto. Según el último censo se trata de una población rural, esto significa que no hay datos precisos oficiales sobre la población total, pero que son menos de 2000. Por otro lado, en el 2004 y 2005 el INDEC relevó la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) con el objetivo de cuantificar y caracterizar la población que se reconoce perteneciente y/o descendiente de pueblos indígenas (Alrededor del 1% de estas personas tiene ascendencia indígena mixta (sus progenitores pertenecen a distintos pueblos) y no se reconocen pertenecientes a ningún pueblo específicamente. En consecuencia, en esta medición, están formando parte de uno y otro pueblo indígena).

De acuerdo a los resultados de la ECPI, hay 600.329 personas con esta característica. Si bien no existe un dato que cuantifique la cantidad de Wichí de la Misión Chaqueña en particular, podemos conocer la cantidad de Wichí en el total del país 40.036 de los cuales 36.149 pertenecen a Chaco, Formosa y Salta y 3.887 al resto del país.

Desde la Fundación Deuda interna trabajamos en forma conjunta con las comunidades y basados en la interculturalidad y respeto, en diferentes proyectos que se fueron gestando del trabajo y

el conocimiento coproducido, estos son: la Comisión Nacional de Investigación del Genocidio para el Resarcimiento Histórico de los Pueblos Originarios, Hospital Comunitario Móvil “Dr. Salvador Mazza”, Agua Buena, Arbolar, Farmacia Comunitaria, Roperos Comunitarios, Educación Intercultural, Cine Comunitario, Espacios Creativos y la Universidad del Monte. Todos y cada uno de ellos sin apoyo del Estado ni de partidos políticos, sostenidos económicamente por el aporte solidario de ciudadanos que conocen nuestro trabajo y colaboran voluntariamente con su trabajo, su tiempo, diferentes montos de dinero y de bienes, y asumen el compromiso de transformar la realidad de exclusión y de invisibilización de nuestros pueblos.

3. Discusión

3.1. *Hospital Comunitario Móvil “Dr. Salvador Mazza”*: una herramienta contrahegémica

El HCM “Dr. Salvador Mazza” (Salvador Mazza (6 de junio de 1886 –9 de noviembre de 1946) médico y bacteriólogo argentino, destacado por haber dedicado casi toda su vida al estudio y combate de enfermedades endémicas) en honor de quien fue uno de los más encumbrados sanitaristas de América y un ejemplo de compromiso humanitario, es un proyecto de la Fundación Deuda Interna que pretende llegar a los sectores más excluidos e invisibilizados, haciendo posible la accesibilidad e inclusión al derecho a la salud y a la cultura de los pueblos originarios.

Reconociendo la situación de emergencia humanitaria, medioambiental, hídrica y sanitaria en las comunidades del interior argentino (Exigimos la declaración inmediata de Situación De Emergencia Humana En Territorio Originario [...]; Exigimos una atención de salud respetuosa y sin discriminación para todos nosotros [...];Exigimos la declaración de todos los recursos hídricos, glaciares, minerales, fósiles del subsuelo, energéticos, biológicos y marinos [...] como patrimonio inalienable, intransferible, no comerciable del Estado Plurinacional de Argentina [...] (punto N° 10, 11 y 16 del Documento T.I.E.R.R.A 2016)) tal como se exige en el documento T.I.E.R.R.A (Tratado Interétnico para la Refundación de la República Argentina. Este documento fue elaborado por la comunidad hace 6 años en el año 2010, en el primer congreso de los pueblos originarios en la Misión Chaqueña, donde se reúnen cada año los caciques y miembros de la comunidad, a revisarlo, modificarlo, y defenderlo. En él se manifiestan las demandas más importantes para las comunidades de la Zona de Embarcación y la cuenca del Río Bermejo) y ante el desafío de gestar nuevas formas de trabajo y de hacer el mundo es que el HCM asume el paradigma de un modelo crítico de salud. Destacando la importancia de trabajar como equipo transdisciplinario (Cuando hablamos de transdisciplina seguimos a Morín y a Breilh. Ver Breilh (2003) y Morín conferencia de prensa realizada el 8 de enero de 1998 en el ministerio de educación) y desde una mirada intercultural que revalorice los conocimientos ancestrales de nuestros pueblos. (“Queremos además la preservación y difusión del conocimiento ancestral medicinal y natural para que se institucionalice como aporte al conocimiento de las naciones del mundo y para que sea utilizado para el bien y la curación de nuestras

enfermedades presentes y futuras. Exigimos también la inclusión en el sistema sanitario de los médicos tradicionales (chamanes) matronas de nuestras comunidades y facilitadores interculturales para que se vean reflejadas nuestras necesidades idiomáticas y culturales dentro del sistema sanitario nacional”. (Documento T.I.E.R.R.A, 2015)).

El HCM se pavimenta en un compromiso social y humano y muchos desafíos, de avances y limitaciones. Siguiendo a Breilh, (2003), es una construcción que pretende ser “un proceso donde las nuevas ideas deben ir cobrando forma conforme se acentúan las contradicciones del sistema social, se tornen visibles sus inconsistencias y desaciertos”. Partiendo de la importancia que tiene para nosotros el impacto material y simbólico de este proyecto, conscientes que un hospital móvil por sí solo, o como proyecto aislado, no es capaz transformar la realidad sanitaria argentina, y ante el compromiso de crear la realidad inclusiva y de respeto que soñamos, es que se presenta como una propuesta emancipadora local: “al hablar de emancipación debemos cuidarnos de abarcar todas las dimensiones de la estructura de opresión -de clase, género y etnia- como un proceso global de transformación” (Breilh, 2003, p.85).

HCM se presenta como una alternativa a un sistema global hegemónico, y como un proyecto que pretende ser replicado en cada rincón basado en la realidad de cada lugar y junto a las comunidades, realizando un trabajo comunitario e intercultural. Un proyecto que pretende interpelar a quienes asuman este compromiso como propio y necesario. “En otras palabras, nuestros esfuerzos deben orientarse a profundizar la construcción integral de la nueva epidemiología crítica” (Breilh, 2003, p.85).

La cultura tiene un margen de autonomía y es en sí misma una fuerza de transformación o de hegemonización [...] entonces en una sociedad de clases sociales con distintos modos de vivir e intereses contrapuestos, generalmente las clases dominantes convocan a un diálogo de culturas para soslayar el hecho de su dominación y legitimarse. (Breilh, 2003, p.85).

Las fronteras culturales, han sido y continúan siendo una barrera importante al trabajo en conjunto del equipo de salud integrada a la sociedad, es por eso la importancia de trabajar desde una mirada intercultural que revalorice los conocimientos ancestrales de nuestros pueblos originarios, su cultura, su propias formas de convivir con la naturaleza y una lengua materna propia, que ha resistido a la que se ha impuesto y legitimado desde hace más de 500 años. *Pero desde el polo opuesto de la sociedad oprimida, la interculturalidad se convoca para concretar una alianza entre los miembros de un bloque social emancipador, por la contra hegemonía y la construcción de un poder simbólico las alternativo* (Breilh, 2003, 85).

Partimos de la necesidad de generar una alternativa real, al modelo médico hegemónico, un modelo que supone los siguientes rasgos estructurales:

Biologismo, concepción teórica evolucionista-positivista, a historicidad, esencialidad, individualismo, la salud como mercancía [...], la relación asimétrica en el vínculo médico-paciente[...]

legitimación jurídica y académica de las prácticas “curadoras”, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica como criterio manifiesto de exclusión de los otros modelos,[...] normalización de la salud/enfermedad en sentido medicalizador, tendencia al control social e ideológico, tendencia inductora al consumismo médico (Menéndez, 2015, p102)

EL MMH, resulta eficiente en el progreso de la medicina, basados en el uniteralismo científico y superespecializado, que sustenta la enfermedad como una entidad específica, desconociendo los aspectos subjetivos y contextuales del proceso salud-enfermedad, excluyendo la complejidad que requiere el proceso de salud.

El HCM parte de comprender que la “salud” y “enfermedad” no son conceptos unívocos ni universales, y que cada sujeto, grupo familiar y grupo social se enmarca en un concepto de salud y enfermedad propia, conforme a su tiempo, condiciones, culturas, vivencias y modos de vida. Consideramos que no pueden ser comprendidos como estadios estancos, sino que constituyen un proceso salud enfermedad como algo dinámico, complejo, en constante movimiento por un lado y por el otro, que difícilmente se logre el completo estado de bienestar físico.psicológico.social como lo plantea la OMS. De esta forma se busca la comprensión de la salud desde el contexto en que se trabaja, que varía entre cada una de las comunidades y entre los distintos miembros de ellas, que se traduce en una forma de cuidado de la salud, que incluyen acciones de autocuidado, ejercicio de ciertas prácticas, modos de vida, íntimamente ligados a la identidad cultural de la comunidad y como resultado de una relación dialéctica con los procesos sociales globales.

El movimiento entre lo macro y lo micro, es decir entre lo más general y lo más particular, muestra una relación jerárquica y forma de conexión [...] que es la subsunción y autonomía relativa; dos movimientos simultáneos y opuestos, pues entre lo macro y lo micro existen relaciones determinantes de lo general frente a lo particular, al mismo tiempo que existe una autonomía relativa y capacidad de incidencia de lo particular frente a lo general. (Breihl, 2003, p.98)

HCM se enfrenta al desafío de trabajar con un concepto de salud que supere al modelo biologicista y hegemónico, desde una perspectiva crítica y hacia un modelo emancipador e intercultural, comprendiendo el enfermar como un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales y sus condiciones sociales, culturales, económico-político y medioambientales. Comprendiendo la causalidad como un proceso dinámico y multivariado y no como un fenómeno lineal.

El sistema de salud actual, de orientación curativa, a-histórica, a-cultural e individualista que instituye una relación médico paciente asimétrica donde se excluye el conocimiento del paciente, donde la “enfermedad” es competencia exclusiva del médico, que escinde el diagnóstico (dimensión biológica) de la dolencia o de la situación particular que da contexto a su enfermedad, se presenta hoy como el legado vigente de los postulados que surgieron en el siglo XV y XVI durante el Renacimiento.

Desde HCM se parte de la necesidad de comprender a los procesos de salud enfermedad como el reflejo de la comunidad, de su concepto de salud y su propia forma de comprender el enfermar por un lado, y por el otro de la necesidad de gestar un proceso emancipador que se sustente en la revalorización de sus conocimientos ancestrales, comprensión de sus modos de vida y su forma de relacionarse con la naturaleza.

Uno de los desafíos más importantes de HCM se traduce en la necesidad de poder desnaturalizar el ejercicio de la profesión médica, reconociendo que muchos de sus miembros son profesionales universitarios con matrícula vigente y habilitante que legitima su intervención exclusiva en el ámbito de la salud. Formados académicamente en la universidad que se presenta como el reflejo del MMH postulando la formación asistencialista y científicista.

Este desafío resulta más complejo y paradójico en la comunidades, donde la demanda de los profesionales de la salud legitimado por el MMH y representado por un Estado ausente, inequitativo y excluyente es constante, donde a lo largo de la historia la presencia del sistema de salud pública basado en el MMH, se identifica a partir de políticas públicas y la inserción de programas de salud como el de médicos comunitarios, la presencia de agentes sanitarios y postas sanitarias entre otras. Esta presencia de las diferentes formas de atender y cuidar su salud se debe a la relación que existe entre la dimensión cultural comunitaria y su relación dialéctica con la cultura global en las que están insertas tal como ya hemos mencionado. Paradójicamente es este mismo sistema de salud pública el que los excluye, y los mantiene lejos del acceso real al derecho a la salud integral.

En las distintas comunidades con las que venimos trabajando la dimensión cultural y étnica es fundamental, mientras por un lado existen prácticas tradicionales y personas que atienden a la salud propias de su cultura, por el otro existe la necesidad del profesional como experto en el proceso de salud enfermedad. En la actualidad, paradójicamente mientras sus habitantes demandan esta atención médica, el uso de las vacunas y medicamentos, a su vez denuncian al sistema de salud pública ausente.

En este marco la presencia de HCM pretende por un lado, una integración comunitaria en el abordaje a la realidad sanitaria, articulando con los referentes locales de la salud, principalmente los agentes sanitarios, logrando así una continuidad en el tiempo y una comprensión del proceso desde una visión preventiva y desde la participación comunitaria en el proceso de salud enfermedad. Y por otro lado considera importante el uso racional de los medicamentos. “En todo el mundo, más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden de forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta”. (<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4874s/s4874s.pdf>). En este contexto HCM pretende un uso racional de medicamentos, considerando esenciales los medicamentos que cubren las necesidades de atención de salud prioritarias de la comunidad, atendiendo a la prevalencia de las enfermedades a su seguridad y costo eficacia (Organización Mundial de la Salud).

Desde HCM se pretende que los medicamentos esenciales estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada logrando así derrumbar las barreras de inaccesibilidad a la cual están sometidas estas comunidades.

Trabajamos por un concepto de salud que supere al modelo biologicista y hegemónico, desde una perspectiva crítica que pretende un modelo emancipador. El sistema de salud actual, de orientación curativa, a-histórica, a-cultural e individualista que instituye una relación médico paciente asimétrica donde se excluye el conocimiento del paciente, es un sistema que lejos está de la equidad y el acceso igualitario de toda la población, ya sea por cuestiones geográficas y/o culturales afectando duramente la realidad sanitaria de los pueblos originarios. Se propone frente a esta realidad “un hospital móvil” capaz de llegar a donde el derecho a la Salud se encuentra vulnerado, siguiendo a Breilh (2003) desde una perspectiva crítica comprendiendo el enfermar como un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales y sus condiciones sociales, culturales, económico-político y medioambientales. Comprendiendo la causalidad como un proceso dinámico y multivariado y no como un fenómeno lineal.

Lejos de un hospital monopólico, fijo y estático, HCM con los objetivos de conocer la situación político sanitaria de las comunidades y la desigualdad de la accesibilidad a la salud, tomar conocimiento sobre el estado de salud de la población, las condiciones que viven las familias y su relación con el entorno/ambiente, realizar el seguimiento de enfermedades a través de un análisis de situación creando datos estadísticos propios, reales y confiables que nos permita planificar futuras intervenciones, creó una planilla de relevamiento sociosanitario. Ésta es un instrumento para la recolección de datos que se va perfeccionando durante su uso y que está en continua revisión por todos los que integran el HCM;

Esta planilla, permite llevar a cabo el relevamiento sociosanitario que se realiza en forma personalizada por los voluntarios, con visitas domicilio por domicilio en donde se registran datos filiatorios (edad, sexo, fecha de nacimiento, DNI), situación personal relacionada a escolaridad y condición laboral, si posee acceso al sistema de salud y de qué forma, el estado de salud individual de cada integrante familiar al momento de la encuesta (vacunación, enfermedades crónicas y/o en tratamiento, alimentación, número de embarazos y controles pre-natales, planificación familiar, realización de screening para cáncer de cuello uterino (PAP), antecedentes de niños menores de 5 años fallecidos en la familia), situación medioambiental (condiciones y estructura de la vivienda, manejo de excretas y residuos, fuente de obtención del agua, animales que viven alrededor del domicilio, existencia de vinchucas, fumigación) como así también se realiza el familigrama que permite conocer la composición y dinámica familiar, comprendiendo el contexto individual, familiar y comunitaria que hace al proceso de salud enfermedad.

Pretendiendo la integración del equipo sanitario a la comunidad desde su propia realidad, se realiza este relevamiento junto a agentes sanitarios, referentes de salud local o de la zona recorriendo

los hogares, participando y planificando asambleas y/o reuniones con la comunidad donde las decisiones, las actividades a realizar y las prioridades van surgiendo del consenso.

Esta primera instancia es un instrumento de tipo descriptivo y observacional, estructurado y de respuestas cerradas. En una segunda instancia y en reiteradas visitas a las comunidades se realiza un segundo relevamiento, con encuesta abierta, donde se profundiza en medicina ancestral, los conceptos de salud y enfermedad de la comunidad, las debilidades y fortalezas que cada individuo o familia ve en ella, la actitud o conducta que toman cuando se enferman y el uso de medicina ancestral, cómo ve el trabajo de HCM y de Deuda Interna.

Para ello es imprescindible el trabajo conjunto de HCM y las comunidades y así lograr la integración en este proceso emancipador. HCM es un grupo de personas profesionales de la salud, profesionales de otras ramas, estudiantes, amas de casa, artistas entre otros, porque creemos que en este proceso debemos ir todos, unidos por la convicción de “un mundo donde quepan todos los mundos” (Subcomandante Marcos, Ejército Zapatista de Liberación Nacional, México) y con la voluntad de caminar juntos a nuestros hermanos en esta iniciativa que pretende mejorar las condiciones de proceso de salud y así aportar a la transformación de nuestra realidad.

Para HCM algo clave para nuestro trabajo es la continuidad en el tiempo, que debe plantearse en la decisión individual y de participación comunitaria y consciente en ser parte de este proceso de salud, dejando la pasividad (“del paciente”) y la anulación de la persona y la comunidad tal como se reproduce desde el MMH.

El HCM se basa en la inaccesibilidad al sistema de salud de comunidades de la Argentina interior, por lo que se propone una unidad móvil que pueda prestar servicios de atención ambulatoria con estrategias de planificación puntuales de acuerdo a las decisiones que se tomen en las diferentes instancias comunitarias. En contraposición a como lo plantea las Unidades Móviles de Salud (UMS) la Cruz Roja, que la describe como una estrategia de excepción que debe utilizarse como último recurso, mientras se espera la apertura de unidades fijas, el HCM se plantea el objetivo de ser una herramienta que dé continuidad del trabajo en terreno, aportando a los procesos emancipatorios de nuestra sociedad.

4. Reflexiones Finales

Fundación Deuda Interna es la síntesis de una deuda social, política, económica, sanitaria que tenemos los argentinos para con nosotros mismos que ante una realidad de desmonte, desalojos, de negación e invisibilización de las culturas de los pueblos originarios, ante la necesidad de generar una alternativa real y posible ante un mundo de genocidio y de exclusión, ante la inmensa necesidad de crear y transformar esta realidad de desprecio a la dignidad de los pueblos, hace de la interculturalidad un desafío y una forma de acción a la par de los pueblos originarios, convencidos de que solo así será posible el reconocimiento a los pueblos, y así de nuestra propia historia.

El HCM es una alternativa a un sistema global hegemónico, un trabajo comunitario e intercultural, es una unidad sanitaria móvil capaz de brindar asistencia sanitaria generando un conocimiento científico coproducto con las comunidades sobre el estado de salud de la población, a partir de investigaciones en el territorio que brindan datos estadísticos y epidemiológicos críticos, a través de un análisis de situación.

Trabajamos por un concepto de salud que supere al modelo biologicista y hegemónico, desde una perspectiva crítica que pretende un modelo emancipador. El sistema de salud actual, de orientación curativa, a-histórica, a-cultural e individualista que instituye una relación médico paciente asimétrica donde se excluye el conocimiento del paciente, es un sistema que lejos está de la equidad y el acceso igualitario de toda la población, ya sea por cuestiones geográficas y/o culturales afectando duramente la realidad sanitaria de los pueblos originarios. Se propone frente a esta realidad “un hospital móvil” capaz de llegar a donde el derecho a la Salud se encuentra vulnerado, desde una perspectiva crítica comprendiendo el enfermar como un fenómeno complejo, estrechamente ligado a la persona, su subjetividad, sus circunstancias vitales y sus condiciones sociales, culturales, económico-político y medioambientales. Comprendiendo la causalidad como un proceso dinámico y multivariado y no como un fenómeno lineal.

El objetivo de HCM es generar una alternativa real, al modelo médico hegemónico que excluye y avasalla la cultura de los pueblos, dando por supuesto sólo aquello en que se basa, para entender la realidad y la salud, anulando al otro y así su cultura; es por eso la importancia de trabajar desde una mirada transdisciplinaria e intercultural.

HCM trabaja con planillas de relevamiento sociosanitario, que se realiza en forma personalizada, domicilio por domicilio, visitando a cada una de las familias integrantes de la comunidad y realizando instancias de decisión en asambleas, rompiendo con la lógica del MMH, en donde el sujeto y su realidad sociosanitaria es tomado como un individuo ahistórico, acultural, en una relación asimétrica entre el agente de salud y el paciente deslegitimando su concepción en el proceso salud enfermedad y su cosmovisión, llevando a la salud a una concepción individual y como mercancía a través de los procesos de medicalización y reducción a un concepto biologicista. Y construyendo una alternativa real a este MMH al generar instancias comunitarias, transdisciplinarias e intercultural, y así constituye una herramienta contrahegemónica que aporta a los procesos emancipatorios y a la construcción de una sociedad inclusiva y respetuosa de los derechos Humanos, y en particular el derecho a la Cultura y a la Salud.

5. Referencias

- Breihl, J. (2003): *Epidemiología Crítica. Ciencia Emancipadora e Interculturalidad*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Du Mortier S. (2006). *Las Unidades Móviles de Salud - Enfoque Metodológico*. Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). Disponible en: <http://www.fcomci.com/sites/default/files/Las%20Unidades%20Moviles%20de%20Salud.pdf>
- ELAPS, Recuperado de: <http://blogs.psych.unc.edu.ar/elaps/pagina-ejemplo/>

- INDEC. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004-2005- Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001. Recuperado de <http://www.indec.mecon.ar/> visto: 7/08/16
- Iosa, E. (2015) Facebook: Fundación Deuda Interna. Recuperado de: https://web.facebook.com/deudainterna/posts/736981323080390?_rdr
- Menéndez, E. (1992): “Modelo Hegemónico, Modelo Alternativo Subordinado, Modelo de Autoatención. Caracteres estructurales”, En Navarro Campos, R Comp., “La antropología Médica en México. Universidad Autónoma Metropolitana, 1º ed.”
- Morín, E. (2005): Introducción al pensamiento Complejo. Barcelona. Editorial Gedisa
- Programa Médicos Comunitarios. Curso en Salud Social y Comunitaria. Cap. 2. Herramientas en Epidemiología. Ministerio de Salud de la Nación. Área de Salud Indígena (2011), n/a, www.msal.gov.ar/medicoscomunitarios/index.php/institucional/area-de-salud-indigena.
- Sitios de la Fundación Deuda Interna: Recuperado de: www.deudainterna.org o Red Social Facebook: Fundación Deuda Interna. Material Audiovisual de Fundación Deuda Interna: https://www.youtube.com/watch?v=YRfgIkeVy94&feature=youtu.be&list=UU2MDm13FF_phDEV2eFSokug; <http://www.deudainterna.org/hospital-comunitario-movil-dr-salvador-mazza/>
- Tratado Interétnico para la Refundación de la República Argentina. (T.I.E.R.R.A). Año 2016.

ANEXO. (Material Audiovisual Fundación Deuda Interna)





