

INFORME ESPECIAL

**ACCESIBILIDAD A LA ATENCIÓN SANITARIA
EN LA PUNA JUJEÑA Y VALLES DE ALTURA SALTEÑOS**

7 de ABRIL 2017



OCLADE, Obra Claretiana para el Desarrollo de Comunidades de quebrada y puna de Jujuy y valles andinos de Salta.

Prelatura de Humahuaca. Obispo: Monseñor Pedro María Olmedo Rivero, CMF.

Dirección: Buenos Aires 383 (C.P. 4630), Humahuaca, Jujuy, República Argentina. Tel/fax: 03887-421018 Correo electrónico: admonobispadohumahuaca@gmail.com

Fundación OCLADE. Consejo de Administración: Presidente: Manuel Chauque; Vice-Presidente: P. Miguel García Carreño; Secretaria: Juana Agustina Torres; Síndico: Germán Aguirre; Vocales: Milagro Cruz, P. Hugo Díaz. Rodrigo Sebastián Sola

Dirección: Salta Nº 50 (C.P.4630), Humahuaca, Jujuy, República Argentina. Tel/fax: 03887-421187. Correo electrónico: coordinacion@oclade.org

INFORME ESPECIAL: ACCESIBILIDAD A LA ATENCION SANITARIA EN LA PUNA JUJEÑA Y VALLES DE ALTURA SALTEÑOS.

Relevamiento de datos: Promotores y promotoras del Programa Yachay de la Fundación OCLADE: Andrea Vázquez, Gabriela Caucota , Jéssima Mamaní, Estela Lamas, Julia Garzón, Pedro Gerónimo, Margarita Soriano, Eva Vázquez, Leonardo Armella, Ivone Macarena, Juana Santos María Angélica Flores, Alberto Maine, Evelia García, Celia Villalobos, Mariana Gaspar, Mirta Cruz, Yesica Quipildor.

Coordinación, Asistencia Técnica, Análisis de la información y redacción: Mgter Alicia Torres y Dr Tomás Torres Aliaga.

Este trabajo ha sido realizado con el apoyo del Equipo Nacional de Pastoral Aborigen- ENDEPA-

Abril 2017, Humahuaca, Jujuy, República Argentina.

1.- SINTESIS.

Informe de la “**Encuesta sobre condiciones de accesibilidad a la asistencia sanitaria**” realizada a 153 familias con hijos menores de 18 años, que viven en 82 comunidades de los departamentos de quebrada y puna de Jujuy y valles andinos de Salta. Relevamiento realizado entre los meses de octubre y diciembre de 2016, por la Fundación OCLADE (Obra Claretiana para el Desarrollo) dependiente de la diócesis de Humahuaca.

La encuesta realiza una aproximación a la situación de las familias más vulnerables en una de las regiones más aisladas y marginales del país. Son datos significativos al respecto el alto promedio de integrantes por grupo familiar, -la carencia de ingresos regulares y legales y la dependencia de -programas sociales. El instrumento también corrobora las barreras de implementación relevadas y señaladas por un informe anterior de OCLADE en 2014, sobre la protección social sobre niños, niñas y adolescentes más pobres: -un 35 % de los chicos no percibe salario familiar ni asignación universal, y un 10% de ellos no recibe ninguna otra ayuda.

Sobre su objetivo específico, la accesibilidad a la atención sanitaria, demuestra que para esta extensa región los servicios públicos constituyen la única opción para todos sus pobladores. En tal sentido aparecen como problema central las deficiencias de los mismos, particularmente las carencias de disponibilidad horaria de profesionales y el deterioro de programas de salud rural que demostraron ser una primera y eficaz avanzada para vencer barreras de accesibilidad en 33 poblaciones dispersas y tradicionalmente desatendidas. En la actualidad persisten las visitas domiciliarias, pero la población reconoce -la -pérdida de cantidad y calidad de acciones de los agentes sanitarios y particularmente la ausencia en terreno de los profesionales, con el consiguiente retroceso en la oportunidad y calidad de la atención primaria.

La gente reclama mayoritariamente por obstáculos en la organización y -accesibilidad administrativa a los servicios locales, al mismo tiempo que falencias en su capacidad para resolver -enfermedades frecuentes y sencillas. Las demandas principales están centradas en que puedan resolverse -las deficiencias anteriores por las grandes distancias y costos que encuentran para acceder a una asistencia especializada y a las prestaciones de la seguridad social, que sólo -encuentran en las ciudades capitales.

Además de preguntas con opciones cerradas, el instrumento -abría- una última pregunta para que la gente relatara experiencias concretas de su relación con los servicios sanitarios. Las respuestas que se han cuantificado en los problemas que relatan, son historias inconcebibles de explicar para estos tiempos y avances de las ciencias. Ellas sacuden el corazón -y no pueden dejar de movilizar la solidaridad de quienes nos decimos cristianos.

Los obstáculos organizativos, culturales y económicos que las familias señalan, son relativamente fáciles de cambiar con sencillas medidas, sin embargo todo ocurre como si no encontrarán cauces para ser consideradas por los responsables de los servicios de ambas provincias. Ejemplo trágico de ello es la ausencia de convenios interprovinciales que prevean el rechazo habitual en la atención en especialidades y servicios de complejidad para toda la población salteña de la región que depende geográficamente para ello de hospitales jujeños. *“Se atiende a bolivianos, y está bien, pero no a nosotros por ser salteños”*

La Iglesia local considera su responsabilidad aportar a que se visibilicen y resuelvan, de lo contrario la sociedad seguiría exigiendo proporcionalmente más a aquellas personas que tienen menos, o sea reproduciendo desigualdades y pobreza.

2. ANTECEDENTES, OBJETIVOS.

La Fundación OCLADE realizó un relevamiento sobre alcance de la Asignación Universal por hijo (AUH) en 2500 niños que viven en el ámbito de responsabilidad eclesial de la Diócesis de Humahuaca.¹ Dicho relevamiento además de dar cuenta de las múltiples barreras de implementación de un programa que se pretende universal en una de las regiones más pobres y marginales del país, sorprendió mostrando como dato colateral, que sólo el 30% de los niños contaban con acceso a la asistencia médica.

Ello motivó que OCLADE -responsable de las acciones de promoción humana parte de la evangelización integral que tiene como misión la Iglesia local, se propusiera conocer las condiciones de accesibilidad y principales barreras que encuentran las familias, para contar con servicios de asistencia sanitaria básica.

La coordinación del trabajo estuvo a cargo de profesionales con formación en administración sanitaria y larga experiencia y conocimiento del trabajo en la salud pública en la zona, y que forman parte del Consejo Asesor de OCLADE. Se prepararon dos instrumentos, uno destinado a que promotores comunitarios entrevistaran a las familias, y otro para que dichos profesionales relevaran condiciones, recursos y formas de organización de los siete hospitales cabeceras de áreas operativas en que está dividida sanitariamente la región. Este último hasta la fecha no ha sido autorizado por los Ministerios de Salud de Salta y Jujuy.

La encuesta a las familias con su respectivo instructivo constituyó el instrumento con el cual se capacitó a los promotores del Programa Yachay (Programa de desarrollo infantil no formal con educadoras infantiles con más de 25 años de trayectoria en 80 comunidades de la región), quienes realizaron el trabajo de relevamiento entre octubre y diciembre de 2016 con la consigna de entrevistar a Jefe/jefa de grupos

¹ OCLADE(2014) “Implementación de la Asignación Universal por Hijo” Humahuaca. Obra Claretiana para el Desarrollo. Consecuencia de este informe ante la gravedad de sus resultados y consecuente repercusión pública, desde diferentes organismos estatales se trabajó para revertir el cuadro lográndose parcialmente la eliminación de algunas barreras para la AUH

familiares que tuvieran hijos menores de 18 años- en los barrios urbanos y comunidades rurales en que intervienen.

3.- REGION Y FAMILIAS.

El ámbito de responsabilidad eclesial de la Prelatura de Humahuaca (-ver mapa al pie) comprende a municipios de valles cordilleranos de la Provincia de Salta (Iruya, Nazareno y Sta Victoria Oeste) y de la quebrada y puna de la Provincia de Jujuy (departamentos de Santa Catalina, Yavi, Rinconada, Cochinoa, Susques, y Humahuaca). Es la llamada región de “las tierras altas”- como las denomina Rutlege cuando habla del desarrollo del capitalismo en Jujuy²- y se corresponde con departamentos referidos en los mapas de la pobreza del país entre los de máximas condiciones de marginalidad, según todos los indicadores de necesidades básicas insatisfechas.

Sanitariamente corresponden a las áreas de responsabilidad asignadas a tres hospitales de las provincias de Salta y cuatro de Jujuy, todos ellos servicios de nivel Nivel II de complejidad, con excepción del Hospital de La Quiaca -que tiene nivel III³. Dependiendo del Ministerio de Salud Pública de Salta son los hospitales de- Iruya, Nazareno y Santa Victoria Oeste; y dependiendo del Ministerio de Salud Pública de Jujuy los servicios de Humahuaca, Abra Pampa,- Susques y La Quiaca.

Fueron entrevistadas 153 familias de 82 comunidades diferentes: 32 barrios urbanos (6 de Salta y 26 de Jujuy)- y 51 comunidades rurales (23 de Salta y 29 de Jujuy)⁴ a saber:

- ✓ Hospital de Iruya: tres barrios de la localidad de Iruya (Medalla Milagrosa, San Roque, La Banda) y ocho comunidades rurales (Mesada Grande, Rodeo Colorado, Vizcarra, Campo Luján, Pueblo Viejo, Campo Carreras, Abra de Sauce, Río Grande).
- ✓ Hospital de Nazareno: dos barrios urbanos de la localidad de Nazareno (Centro y B° Libertad) y cuatro comunidades rurales (Campo La Cruz, Cuesta Azul, San Marcos, Podcaya)
- ✓ Hospital de Victoria Oeste: un barrio de la localidad de Santa Victoria y once comunidades rurales (Acoyte, Mecoyita, La Huerta, Pucará, Rodeo Pampa, Lizoite, Abra de Santa Cruz, Río Grande, Pozo Bravo, Santa Cruz y Santa María)
- ✓ Hospital de Susques: tres barrios de localidad de- Susques (Centro, Alto Belén, La Loma) y cinco comunidades rurales (Santuario de Tres Pozos, El Toro, Pastos Chicos, Huancar y Cerro Negro)

² Rutlege, Ian (1994) “Cambio agrario e Integración” Proyecto Ecira. Jujuy

³ Nivel II: Definidos teóricamente por capacidad de resolución de problemas sanitarios de baja y mediana complejidad, laboratorio, rayos X e internación; partos, -problemas ginecológicos, traumatológicos y quirúrgicos de baja complejidad. Nivel III incluye especialidades médicas y cirugías de mayor complejidad.

⁴ Se consideran barrios aquellos ubicados en localidades de más de mil habitantes. Las comunidades rurales aquellas del interior, con población inferior a mil habitantes.

- ✓ Hospital de Abra Pampa : dos barrios de localidad de Abra Pampa (31 de agosto y 23 de agosto) y seis comunidades rurales(San Francisco de Alfarcito, Agua Caliente, Rinconadillas, Tusaquillas, Sauzalito, Barrancas)
- ✓ Hospital de Humahuaca:- nueve barrios de la localidad de Humahuaca (San Cayetano, 23 de agosto, Medalla Milagrosa, Santa Bárbara sur, Santa Bárbara Norte, La Merced, Santa Rita, Alto Independencia, Santa Rosa) -y cinco comunidades rurales (La Banda de Iturbe, Casillas, Pueblo Viejo, Chaupi Rodeo, Miyuyoc)
- ✓ Hospital de La Quiaca:- doce barrios de la localidad de La Quiaca (Marquez Bernal, Pirquitas, Perpetuo Socorro, Luján, Sgo del Estero, Alberdi, Santa Clara, San Cayetano, Urquiza, Artesanos Andinos, Santa Teresita, 1ro de agosto)- y doce comunidades rurales (Cara Cara, El Tolar, Casira, Ciénaga, Cusi Cusi, Santa Clara, Lagunillas del Farallón, Misa Rumi, Inticancha, Oratorio, Barrios, Ciénaga de Paicone).

4.- PRINCIPALES DATOS.-

a) Sobre las familias.

- ✓ El total de población dividido por el total de familias, indica un promedio de siete integrantes por grupo familiar (7,2 para Salta y 6,7 para Jujuy).
- ✓ En relación al tipo de ingresos familiares, sólo un 14% de ellas refieren contar con salarios regulares y legales o jubilaciones con aportes a obras sociales. (17 % en Salta, 12% en Jujuy). Salarios irregulares o sin aportes un 13% (14% en Salta y 12% en Jujuy). Y más allá de diferentes actividades de subsistencia, un 75% de las familias refieren como ingreso estable, sólo el aportado por programas sociales (un 70% en Salta y 80% en Jujuy). Ese porcentaje corresponde en su mayoría a la Asignación Universal por Hijo (AUH), pero también una de cada tres familias viven de pensiones no contributivas por madre de siete hijos o discapacidad.
- ✓ Sobre la protección social de los menores de 18 años, el porcentaje de niños cuyos padres perciben por ellos salario familiar o AUH es en promedio del 65% (60% en Salta y 70% en Jujuy). Un 35% de niños no cuentan con ninguna de esas protecciones sociales. Si bien un 25% de las familias perciben una pensión no contributiva, existe un 10% de niños y adolescentes totalmente desprotegidos (11% en Salta y 9% en Jujuy).
- ✓ La encuesta refiere un 3% de personas con algún tipo de discapacidad o enfermedad crónica permanente (2,5 en Salta y 3,7 en Jujuy). Según los jefes de esos grupos familiares el 100% de ellos carecen de la asistencia o rehabilitación que necesitarían. En su mayoría por falta de asistencia profesional especializada, y en un menor porcentaje por ausencia de insumos medicamentos, prótesis, etc.

b) Sobre acceso a la asistencia sanitaria.

- El 96% de las familias entrevistadas cuentan con visitas de agentes sanitarios que realizan actividades básicas de promoción y prevención. Pero sólo un 60% (62 % en Salta y 59% en Jujuy) refieren que esas visitas son regulares o con todas las actividades que “antes” realizaban. Las mayores carencias aparecen en actividades de control de embarazos y cumplimiento de programas de salud sexual o reproductiva.
- El 98 % de las familias dice recurrir a servicios públicos para la atención de sus enfermedades. Las pocas que aportan a obras sociales, (15%) dan cuenta de barreras geográficas, económicas o administrativas por las cuáles no acceden a sus servicios. Con excepción de quienes viven en La Quiaca, la mayoría de quienes cuentan con obra social, vive a distancias mayores a 300km (entre 4 y 10 horas de viaje⁵ y un costo promedio de \$-500 x pasaje) de sus prestadores. Ninguna de las familias con obra social manifiesta que se le requiera ~~el~~ carnet de la misma en los servicios públicos para que ellos puedan gestionar el recupero de gastos por la prestación brindada según lo establecido por en leyes nacionales y provinciales
- La única excepción a lo anterior, son las familias con pensiones no contributivas que son conscientes de que cuentan con ~~PROFE~~ (Programa Federal) y ~~lo~~ consideran una obra social. Quienes viven cerca del Hospital de La Quiaca consideran esta cobertura como un obstáculo más, para ser asistido en el servicio público, ya sea por la cantidad de requisitos administrativos como por cobros o pedidos de reintegro de los medicamentos.
- Ante una emergencia, accidente o urgencia, el 100% de las familias recurre a un prestador público. El 60% (70% en Salta y 50% en Jujuy) cuentan para ello a menos de una hora de su casa, ~~sólo~~ con un puesto sanitario en el que no siempre encuentra un enfermero o agente sanitario. Sólo un 37 % de las familias (25% en Salta y 50 % en Jujuy) accede en menos de una hora a una consulta médica en una guardia hospitalaria, ya sea porque residen en barrios urbanos o comunidades cercanas. Un 33 % ~~(-35% en Salta y 27% en Jujuy)~~ vive a una distancia de dos a cuatro horas de un médico, con un costo promedio por pasaje de \$ 350 el pasaje. Un 30 % (40% en Salta y 20% en Jujuy) a cuatro o más horas, con un costo promedio del pasaje ~~de~~ 800\$. Esas mismas distancias son las que los separan a la gente de la posibilidad de una consulta odontológica, medios de diagnóstico como laboratorios o rayos X, o de posibilidad de una internación ante un problema de mediana complejidad.

⁵ Utilizamos como medida horas y/ o costos promedios en lugar de km, porque la mayoría de las distancias se recorren caminando o mulas entre cerros o por la puna. En emergencias pueden conseguir camionetas particulares, ya que los colectivos en el mejor de los casos tienen dos o tres frecuencias semanales en donde existen caminos.

- El 97 % de las familias que viven en comunidades rurales refieren no contar con asistencia médica en su comunidad. Sólo un 3% cercanas al Hospital de Abra Pampa, dicen que a veces existen “*escasas y rápidas giras de profesionales*” pero que generalmente no resuelven nada y terminan derivando todo al hospital.
- Para la asistencia de especialistas, estudios complementarios, cirugías o atenciones de mayor complejidad un 30 % de las familias jujeñas los encuentran a menos de una hora de distancia de su domicilio. (las que viven cerca de La Quiaca). Esos servicios para el 31% están entre dos y cuatro horas de donde viven y para el 38% a más de cuatro horas con costos promedios de \$ 600 el pasaje.
- Esos servicios, los especialistas, estudios complementarios y cirugías aún sencillas como cesáreas, para el 90% de las familias salteñas están mucho más lejos:- entre 200 y 500 km con un costo promedio de \$900 el pasaje, ya que para llegar a ellos deben atravesar toda la pcia de Jujuy. En caso de emergencias pueden hay 200km - cuatro horas de viaje en ambulancias- hasta los hospitales jujeños (La Quiaca o San Salvador). Muchas veces cuando las prestaciones no son urgentes y pueden ser programadas, los pacientes salteños suelen ser rechazados por ser de otra provincia.
- En relación a atención odontológica, (referida como una de las mayores carencias en asistencia), un 55% de las flias (60% en Salta y 50 % en Jujuy) dice no contar con turnos, ni aun viviendo a menos de una hora. De las que acceden, el 40% es sólo para extracciones de piezas dentarias y un 10% dice conseguir les realicen arreglos. Un 5 % de familias cercanas a La Quiaca dicen conseguir asistencia por obra social o acceder a servicios privados en Bolivia.
- Ante conflictos familiares, violencias, adicciones o problemas de salud mental, sólo 14% de las familias jujeñas - aquellas que viven cerca de Humahuaca y La Quiaca- cuentan con alguna posibilidad de asistencia psicológica- (Con múltiples quejas de barreras culturales en este último hospital). El 85% de las familias de la región no tienen ninguna posibilidad de acceder a esa atención a pesar de los años de vigencia de ley de salud mental.
- Sobre el acceso a medicamentos un promedio de 20% de las familias (11% en Salta y 33% en Jujuy) viven a menos de una hora de una farmacia privada. El 80% sólo consigue medicamentos si estos son provistos por los servicios públicos. De estos un 12 % (5% en Salta, 20% en Jujuy) refiere que “nunca” tienen para proveer, un 60 % que “ a veces” (64% en Salta y y 54% en Jujuy) y 18 % que los proveen “casi siempre” (20 % en Salta y 5% en Jujuy). El 50% de las familias refiere resolver esto con yuyos o remedios caseros.(el 55% en Jujuy y 40% en Salta).

C) Satisfacción /Quejas sobre los servicios sanitarios.

- Sobre la seguridad social, el 90% de las familias que aportan alguna de ellas, se quejan de no poder recibir sus prestaciones por las distancias, los costos de viajar a las ciudades y también por las dificultades de conseguir turnos cuando no pueden quedarse varios días en la ciudad. Ninguna de esas quejas han sido efectivizadas por algún medio, y la mayoría de las razones que se dan al respecto es que *“ no sabemos dónde hay que reclamar”*.
- Sobre los servicios públicos, el 84% de las familias (80% de Salta y 88% de Jujuy) manifiestan alguna queja o problemas con su funcionamiento, pero sólo el 14% de ellas refieren haberla hecho efectiva en algún momento. Entre las principales razones por las que no las han manifestado sobresalen *“por miedo, temor a represalias, porque será peor”, “porque no dan respuesta”, “ porque no sabemos cómo o ante quién hacerlo”* “. Entre quienes las han efectivizado la mayoría de ellos lo han hecho a través de un representante de asociación comunitaria o política. Sólo una persona dice haber recibido una respuesta y que se la haya resuelto el problema. En las familias de Iruya una de las razones más comunes por la que no se quejan, es *“porque ya no hay buzón de quejas”* lo que estaría indicando que ese es un dispositivo con el que en algún momento han contado.
- Entre los motivos de quejas sobre servicios públicos aparece en primer lugar (80%) las barreras administrativas; en segundo orden (50%) las barreras culturales. En tercer lugar, pero únicamente sobre hospitales de Jujuy (20%) -barreras económicas. A saber:
 - Administrativas: El 90% de las respuestas rurales y 70% de respuestas urbanas en ambas provincias refieren como motivos de insatisfacción la falta de acceso oportuno a la atención, con expresiones como *“ falta de turnos” “ colas desde la madrugada” “ atienden pocas horas por día “, “ los médicos no cumplen -sus horas o días “, “hay que estar muy grave para que te atiendan por guardia”, “sólo dan un turno por persona, con varios hijos hay que ir varias noches hacer cola”,” te atienden pero te hacen volver varias veces para dar tratamiento” “piden estudios que no tenemos como hacer” “ siempre hay excusas hasta para ponerte una inyección”*. Estos problemas son mucho mayor para la gente que vive en comunidades del interior y para la asistencia odontológica.
 - Culturales: La mitad de las quejas sobre los servicios de ambas provincias , se refieren como problemas de mal trato o falta de calidad en la atención, con expresiones como *“ hay profesionales siempre de mal humor” “ no hay privacidad ni confianza” “ no explican nada porque nos consideran ignorantes”, “ nos tratan mal, nos retan”, “ no nos revisan, sólo preguntan dónde duele y recetan”, “ no detectan o detectan tarde las enfermedades” “ siempre recetan lo mismo”, “deberíamos tener médicos especialistas -porque todo derivan a los profesionales de las ciudades”* .
 - En relación a las barreras económicas, aparecen las exigencias de bonos de contribución compulsivos o pago de insumos (anestesia, radiografías, reintegro de medicamentos, etc)

pero sólo en los Hospitales de Jujuy. No hay ninguna queja de este tipo sobre los hospitales de Salta. - En Susques es reiterada la queja sobre que se prioriza la atención a gente de las empresas locales.

- Si bien las barreras económicas no aparecen en alta proporción como motivo directo de queja, hay que señalar que es una razón económica la que atraviesa todos los reclamos y propuestas sobre los servicios locales, tanto sobre puestos sanitarios como sobre los hospitales de mayor complejidad. Las grandes distancias, los días que hay que dejar familia y actividades rurales, la ausencia de colectivos o m servicios diarios, los altos costos y desembolsos que requieren pasajes y alojamiento en los centros urbanos son sin duda las razones más importantes para pedir que los puestos sanitarios cuenten con enfermeros todos los días, que los médicos visiten y den soluciones en las comunidades del interior, -para pedir más horas de atención profesional, -que en los hospitales se priorice la atención de la población rural o que los profesionales de los hospitales estén capacitados para no derivar todo a las capitales de provincia.

5) ALGUNAS HIPOTESIS Y SUGERENCIAS.

La encuesta se realizó a un grupo de familias que sin duda no es representativa de todas las que viven en la región. Si bien pertenecen a una gran diversidad de comunidades, la muestra no ha sido seleccionada con estrictos criterios estadísticos, y en tal sentido no- ha tenido en cuenta la correspondiente proporción según condiciones socioeconómicas. Al mismo tiempo que parece poco cuestionable su representatividad de las familias más marginadas, al haberse propuesto entrevistar a aquellas -con niños, niñas y adolescentes para conocer particularmente el acceso de ellos a la atención sanitaria, no es representativa de otros grupos por ejemplo,- aquellos donde viven -personas mayores o ancianos. En los grupos encuestados sólo aparece un 2,5% de personas mayores de 65 años.

Debemos advertir que al haber sido la encuesta relevada por promotores institucionales, en un contexto donde la población local tiene siglos de subsistencia ocultando sus preferencias, podemos también poner en cuestión las respuestas relativas a pautas culturales. Parece poco probable, cuando la mitad de las familias refiere usar remedios caseros, que sólo un 10% de ellas exprese- recurrir a curanderos.

Las falencias o sesgos metodológicos señalados permiten poner en contexto tanto la validez de la información proporcionada, como aquella que es necesario profundizar. **La- cantidad y variedad de familias y comunidades; el peso cuantitativo de algunas respuestas y la fuerza descriptiva de los relatos aportados, constituye sobrada evidencia** de cuestiones fundamentales de revertir. Resaltamos aquellas hipótesis prioritarias de ser consideradas -tanto por las autoridades sanitarias locales como por todos aquellos que deciden políticas sanitarias.

- A) Todo ocurre como si fuera **constatable un gran retroceso en programas de salud rural que fueran modelos en el país** (desde 1968 en Jujuy y desde 1978 en Salta) por el impacto que lograron con acciones de promoción, prevención y detección temprana a través de visitas domiciliarias programadas de agentes sanitarios junto a la correspondiente supervisión y acompañamiento médico en todas las comunidades por alejadas y dispersas que estuvieran. La población reconoce el deterioro de tradicionales actividades como la falta de actualización en los temas de intervención; la ausencia falta de regularidad en visitas o de permanencia local de enfermeros y agentes sanitarios y la casi total ausencia de visitas médicas a las comunidades rurales.- **Parece haberse quebrado- el nexo o puente institucional entre las necesidades de personas marginadas por sus condiciones geográficas y culturales, y los servicios sanitarios.** Ello pone en cuestión las apreciaciones de funcionarios o profesionales que responsabilizan a las pautas culturales de la población del deterioro de indicadores, ya que parecen ser las instituciones las que han obturando la puerta de entrada a ellos. La falta de asistencia profesional en barrios y comunidades rurales es una barrera especialmente grave por las características geográficas, cuando se trata de la atención de niños, niñas _ancianos y discapacitados a quienes no les es fácil trasladarse, con incidencia directa como obstáculo para acceder a otros derechos tales como cobro de salarios, pensiones o la misma AUH.
- B) Todo ocurre como **si existieran graves barreras de acceso a la asistencia en los hospitales cabeceras- casi única oportunidad de atención de profesionales- propias de erróneas decisiones organizativas más que de falta de recursos.** Las quejas generalizadas sobre la atención limitada a pocas horas en los únicos servicios sanitarios de los que dispone toda la población; la falta de atención por demanda y limitación de cantidad de turnos por personas; la exclusiva opción de atención por guardias para la mayoría de la población y/o la falta de priorización de la familias numerosas, de la población que viene del interior o camina horas para llegar a los mismos; los cobros de bonos compulsivos, son entre otras medidas fácilmente reversibles y cuya ausencia resulta en desalentar consultas precoces, oportunas y de calidad además de demandar desembolsos económicos evitables a una población en condiciones de vulnerabilidad.
- C) Todo ocurre como si existieran **importantes deficiencias en la capacidad de diagnosticar y resolver problemas frecuentes y relativamente sencillos, en los servicios hospitalarios cabeceras de áreas,** y que como servicios de mediana complejidad deberían estar en condiciones de resolver El hecho de que entre 60 y 80% de la población no encuentre cerca de su domicilio asistencia oportuna de un médico, odontólogo, psicólogo; el acceso a estudios y prácticas elementales para el diagnóstico y tratamiento de problemas comunes como motivos de consulta.; constituye una exigencia básica de calidad en los servicios de primer y segundo nivel de complejidad. Señalados por la mayoría de los encuestados -como barreras geográficas e inclusive culturales, (defraudación

de expectativas) cuando se quejan de la mala calidad de atención local, la necesidad de especialistas, el que los profesionales no revisan, siempre dan los mismos remedios-, diagnostican tarde o todo lo derivan a hospitales de las ciudades capitales; y que subrayan la imposibilidad económica que tienen estas poblaciones de asumir los costos que les demandan los traslados para encontrar una atención de acuerdo a sus expectativas.

- D) Todo ocurre como si fuera **generalizada y notoria, la ausencia total de servicios y/o recupero de fondos que aportan a las obras sociales los pobladores más aislados y necesitados**. La ausencia de reintegros- o reconocimiento de prestaciones –efectivamente realizadas en los servicios públicos, implica una transferencia de fondos de poblaciones marginadas hacia centros urbanos. Junto a lo señalado en el punto anterior sobre las –**desproporcionadas exigencias de costos privados para que ellas accedan a prestaciones básicas**, son claros indicios de **políticas altamente regresivas que no pueden dejar de revertir quienes dicen querer reducir la pobreza**.
- E) Finalmente en contextos de máxima marginalidad sociocultural y consecuente desigualdad de poder entre –instituciones y población, se hace imperioso reclamar la existencia regular de **dispositivos para la expresión de necesidades y demandas por parte de todos los grupos subalternos, sean trabajadores como población**. Resguardando identidad y posibilidad de represalias, garantizando espacios simétricos de diálogo respetuoso y las correspondientes respuestas. Eso acortaría y mejoraría las brechas y obstáculos señalados.

Humahuaca, 7 de abril de 2017

Día Mundial de la Salud.

Semana Santa

MAPA

Departamentos/Áreas Sanitarias Tierras Altas

