

Resolución de Consejo Directivo **759 / 2025 - SAL -UNSa**  
Expte. N° 895 / 2025 - SAL -UNSa - Aprobar el Proyecto piloto denominado  
"UYE, WET WOLAHAYA AKEYIS TA IHI AKA HONHAT" – "Cuidar Respetando  
las Costumbres del Territorio"  
**De: Salud - Dpto. Posgrado**



Salta,  
23/12/2025

**VISTO:** La propuesta del Proyecto Piloto denominado **"UYE, WET WOLAHAYA AKEYIS TA IHI AKA HONHAT"** - **"Cuidar Respetando las Costumbres del Territorio"**, elevada por la Secretaria de Posgrado, Investigación y Extensión al Medio Esp. Paula Costas Czarnecki; y,

**CONSIDERANDO:**

Que la actividad tiene como objetivo general: Implementar un sistema integral de cuidados domiciliarios interculturales en Santa Victoria Este y parajes aledaños, garantizando el derecho a una atención digna y adaptada a las personas de comunidades indígenas que requieren cuidados permanentes.

Que la misma está destinada a cuidadores familiares y comunitarios de pacientes con enfermedades crónicas, terminales o de edad avanzada. Comunidades indígenas Wichí, Chorote, Toba/Qom y Chulupí del municipio Santa Victoria Este

Que cuenta con informe de la Dirección de Posgrado.

Que el Consejo Directivo, en su Sesión Ordinaria N° 18-25, tomó conocimiento del tema y luego de su análisis se mocionó:

- Aprobar el Proyecto piloto denominado **"UYE, WET WOLAHAYA AKEYIS TA IHI AKA HONHAT"** – **"Cuidar Respetando las Costumbres del Territorio"** presentado por la estudiante Noemí ESTRADA, supeditado a la incorporación de docente responsable y profesionales de la carrera de Enfermería y de Nutrición.

Que puesto a consideración del Cuerpo, se aprobó por mayoría.

**POR ELLO;** y en uso de las atribuciones que le son propias,

**EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

(En Sesión Ordinaria N° 18-23 realizada el 07-11-23)

**RESUELVE**

**ARTÍCULO 1.-** Aprobar el Proyecto piloto denominado **"UYE, WET WOLAHAYA AKEYIS TA IHI AKA HONHAT"** – **"Cuidar Respetando las Costumbres del Territorio"** presentado por la estudiante Noemí ESTRADA, que se desarrollará de acuerdo con las especificaciones detalladas en el ANEXO I de la presente.

**ARTÍCULO 2.-** Establecer que el Equipo de trabajo estará conformado según lo detallado a continuación:



Resolución de Consejo Directivo **759 / 2025 - SAL -UNSa**

Expte. N° 895 / 2025 - SAL -UNSa - Aprobar el Proyecto piloto denominado  
"UYE, WET WOLAHAYA AKEYIS TA IHI AKA HONHAT" – "Cuidar Respetando  
las Costumbres del Territorio"

**De: Salud - Dpto. Posgrado**



Salta,  
23/12/2025

### **Organizadores:**

Srta. Noemí ESTRADA - DNI N° 42.079.387

Méd. Alejandra FALÚ – DNI N° 24.453.582

Esp. Paula COSTAS CZARNECKI – DNI N° 35.044.487


### **Colaboradores**

Profesionales de Enfermería y Nutrición; y redes sanitarias/sociales que se encuentran trabajando en el territorio de Santa Victoria Este.

**ARTÍCULO 3.** - Publíquese en el Boletín Oficial y comuníquese a: Méd. Alejandra Falú, Esp. Paula Costas Czarnecki, Srta. Noemí Estrada y siga a la Dirección de Posgrado y Carrera Docente a sus efectos.

  
S. SANDRA R. GASPARINI  
Secretaria de Asuntos Institucionales  
Facultad de Ciencias de la Salud - UNSa



  
Prof. Nancy Cardozo  
Decana  
Fac. de Cs. de la Salud - UNSa

**ANEXO I****Resumen del proyecto**

El proyecto busca garantizar la atención domiciliaria intercultural a personas que requieren cuidados permanentes con enfermedades terminales, padecimientos crónicos o de edad avanzada, en las comunidades indígenas de Santa Victoria Este y sus parajes aledaños. Para lograrlo, se entregarán kits de atención adaptados y se ofrecerá capacitación especializada a los cuidadores. El objetivo es preservar la dignidad y la autonomía de los pacientes dentro de su propio territorio, respetando su cosmovisión y promoviendo un cuidado que sea culturalmente apropiado.

**Descripción del proyecto:**

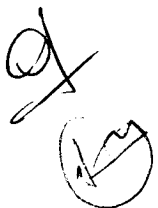
El proyecto busca implementar una red de cuidados domiciliarios permanentes para pacientes que requieren atención constante en Santa Victoria Este, departamento de Rivadavia, Salta. Esta zona enfrenta condiciones de extrema pobreza y brechas históricas en el acceso a la salud, que dificultan la provisión de servicios sanitarios básicos en las comunidades indígenas (Naharro, 2020).

Nuestro enfoque propone articular respuestas concretas desde el territorio, trabajando junto a las instituciones públicas para fortalecer la atención en contextos de alta vulnerabilidad. El modelo se estructura en tres componentes esenciales para abordar estas necesidades de cuidado:

1. Provisión de kits de higiene: Entrega de elementos para la higiene básica y la prevención de enfermedades. Estos están diseñados específicamente para las condiciones de escasez de agua y recursos de la región.

2. Capacitación Intercultural de Cuidadores: Desarrollo de un programa de formación en técnicas de cuidado domiciliario, impartido en lengua originaria para cuidadores y familiares.

3. Establecer alianzas estratégicas con instituciones, universidades y organizaciones que trabajan en el territorio para fortalecer y dar sostenibilidad al modelo de cuidados domiciliarios interculturales.

Handwritten signature and a circular stamp, likely an official seal or mark, located at the bottom left of the page.

**Problemática: dignidad e interculturalidad**

Las personas pertenecientes a las comunidades indígenas Wichí, Chorote, Toba/Qom y Chulupí de Santa Victoria Este que requieren cuidados permanentes por enfermedades crónicas, avanzadas, terminales o de edad avanzada se enfrentan a una elección difícil quedarse en su comunidad, rodeadas de su familia y tradiciones, pero sin recibir los cuidados más básicos, o ser llevadas a un hospital lejano, donde podrían recibir atención médica, pero lejos de su tierra, su idioma y sus seres queridos.

Frente a la elección difícil entre 'volver a casa' al final de la vida y acceder a la atención médica básica en la lejanía de un hospital, se revela una oportunidad fundamental: La de construir un puente intercultural entre el sistema de salud y la cosmovisión de los pueblos.

Este proyecto busca ser ese puente operativo y respetuoso, una propuesta concreta para que el derecho a los cuidados paliativos y domiciliarios establecido en la Ley Nacional 27.678 que pueda extenderse de manera adaptada y culturalmente competente hasta el hogar de quienes han decidido vivir sus últimos días en su tierra, rodeados de su familia y su comunidad, ejerciendo su derecho a un 'Buen Morir' con dignidad.

**El cuidado y la muerte en la cosmovisión indígena**

Para estas comunidades, la muerte no es un suceso individual, sino un tránsito comunitario que debe ocurrir en el seno familiar y en la tierra que les da identidad. 'Volver a casa' al final de la vida es una profunda búsqueda de paz espiritual conectada con el territorio ancestral, es una reafirmación de su identidad cultural y un proceso que involucra a toda la comunidad. Sin embargo, esta decisión se encuentra con un sistema de salud que, aunque existe, carece de capacidad de atención domiciliaria, los puestos sanitarios no tienen los recursos, el personal ni el transporte necesario para llegar hasta los pacientes en sus comunidades.

**Contexto estructural de pobreza y desigualdad**

El problema se enfoca en las condiciones estructurales de pobreza extrema y desigualdad histórica. El Censo 2022 revela que Salta es la segunda provincia con mayor pobreza estructural, donde el 34.8% de los hogares tiene Necesidades Básicas Insatisfechas. Esto convierte a los cuidados domiciliarios básicos en una tarea extremadamente difícil.



La falta de agua y saneamiento adecuado compromete gravemente la higiene personal, la limpieza del paciente y la prevención de infecciones, generando úlceras e infecciones evitables en personas en situación de extrema vulnerabilidad.

La antropóloga Norma Naharro (2020), en sus investigaciones sobre el acceso a la salud en la región, ha documentado cómo las barreras se profundizan por la pobreza extrema imposibilitando así las prácticas más básicas de higiene necesarias para los cuidados domiciliarios.

La insuficiencia en la infraestructura sanitaria se observa en:

- Existen distancias de hasta 63 km entre las comunidades dispersas y el hospital base de Santa Victoria Este.
- Existe la falta de transporte accesible y adecuado para emergencias médicas.
- Las salitas sanitarias presentan carencias críticas, como la ausencia de profesionales, falta de analgésicos básicos, materiales de higiene y equipamiento esencial.
- El sistema de salud local carece de un sistema de atención domiciliaria. Los puestos de salud no cuentan con los recursos, el personal ni el transporte necesario para llegar a los pacientes en sus comunidades.
- Existe una desconexión evidente entre el sistema formal de salud y la medicina tradicional practicada por las comunidades.
- Las barreras lingüísticas y culturales. Aunque en algunos parajes existe personal de enfermería y facilitadores bilingües pertenecientes a las comunidades, la mayoría de los profesionales que trabajan en los servicios de salud no hablan las lenguas originarias y sus prácticas médicas no respetan la cosmovisión indígena, lo que genera y refuerza una desconfianza histórica hacia el sistema formal.

#### **Las consecuencias en la falta de atención domiciliaria**

En este contexto de extrema vulnerabilidad, la imposibilidad de brindar cuidados domiciliarios básicos, se traduce en sufrimiento físico evitable y la pérdida de dignidad en los últimos días de vida.

La falta de agua y elementos básicos (pañales, jabón) provoca que los pacientes sufran úlceras por presión, infecciones y dolor innecesario. Además, los familiares, no cuentan con conocimientos básicos en cuidados domiciliarios, cargan con la incapacidad para manejar el dolor o prevenir complicaciones, lo que se traduce en una inmensa carga emocional y física.

**La urgencia de aplicación en este contexto de extrema vulnerabilidad.**

Norma Naharro documenta que, en Santa Victoria Este, el 78.3% de los hogares rurales carece de agua segura y el sistema de saneamiento se reduce a pozos sépticos que dependen de un servicio municipal de desagote. La pandemia de COVID-19 profundizó estas desigualdades, dificultando aún más el acceso a hospitales y puestos sanitarios.

Esta situación no es solo una cuestión de salud pública, sino una deuda histórica con los pueblos originarios y una herida abierta en el tejido social. La solución demanda no solo recursos, sino el reconocimiento profundo de la dignidad cultural de los pueblos Wichí, Chorote, Toba/Qom y Chulupí, y el respeto a su derecho a un "Buen Morir" en su territorio ancestral.

Como señala la antropóloga Mónica Flores Klarik, se requiere una transformación en las concepciones de las políticas públicas distantes de estas realidades.

Es urgente la implementación de un Sistema de Cuidados Domiciliarios Intercultural, accesible y localizado, que priorice la higiene y el confort de los pacientes a través del acceso a elementos necesarios, y la capacitación de cuidadores familiares en Santa Victoria Este.

**Fundamentación****Cuidados domiciliarios interculturales integrales como Derecho Humano**

Existen marcos legales que fundamentan el derecho humano a la salud y los cuidados permanentes, con especial urgencia en contextos de alta vulnerabilidad como Santa Victoria Este:

- La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los Cuidados Paliativos: “Como la mejora de la calidad de vida de pacientes y familias que enfrentan los problemas asociados con una enfermedad terminal, a través de la prevención y el alivio del sufrimiento, mediante la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos, psicosociales y espirituales” (1990: pp. 8 ).
- La Ley Nacional N° 27.678 establece: “toda persona con una enfermedad terminal o grave tiene derecho a recibir Cuidados Paliativos en todo el territorio nacional, sin restricciones económicas o geográficas” (2023: Art. 1, pp. 3 ). La actual situación en Santa Victoria Este, donde pacientes terminales

g  
15m

regresan a sus comunidades para enfrentar una muerte en condiciones de abandono, representa una transgresión múltiple a esta normativa. Por lo tanto, el proyecto se convierte en una herramienta para la aplicación efectiva de este derecho.

- La Ley 24.071, sancionada en 1992, aprueba el Convenio 169 de la OIT y garantiza el derecho a servicios de salud adecuados y el respeto a la medicina tradicional. "Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario" (Art. 25, pp. 15). Estos servicios "deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales."(OIT: 1989, Art. 25, pp. 16).
- La Ley 23.302, sancionada en 1985, establece "el respeto por las pautas establecidas en las directivas de la Organización Mundial de la Salud, respecto de la medicina tradicional indígena integrando a los programas nacionales de salud a las personas que a nivel empírico realizan acciones de salud en áreas indígenas" (1985: Art. 8, pp. 4).
- Declaración de la Organización de las Naciones Unidas ONU sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas establece que "Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud" (2007: Art. 24, pp. 25).
- Corte Interamericana de Derechos Humanos (2024). Recientemente, publicó la Opinión Consultiva N°31, que desarrolla y establece la importancia del derecho al cuidado desde múltiples perspectivas. Esta opinión enfatiza que el cuidado no es solo un servicio asistencial, sino un derecho humano fundamental vinculado al derecho a la vida, la salud, la dignidad, la igualdad y la no discriminación.

2/

(12)

La Corte sostiene que los Estados deben reconocer el derecho al cuidado en sus políticas públicas, garantizando que quienes lo brindan, como los cuidadores domiciliarios reciban formación, reconocimiento y condiciones laborales dignas (Corte IDH, 2024). En el contexto de Santa Victoria Este, esta opinión representa una oportunidad histórica para colaborar con el Estado en la formación de cuidadores locales, mejorando la calidad del cuidado y aliviando la carga familiar, especialmente en comunidades que enfrentan barreras sistémicas para acceder a servicios culturalmente pertinentes.

Los Cuidados domiciliarios deben ser culturalmente competentes, lo que implica respetar y articular las prácticas y cosmovisiones de la zona sobre la enfermedad, el sufrimiento y la muerte.

En Santa Victoria Este, la formación de cuidadores domiciliarios interculturales surge como una respuesta necesaria y oportuna para:

- Ampliar el alcance del sistema de salud en comunidades rurales e indígenas, donde los servicios formales tienen dificultades para llegar.
- Fortalecer a las familias y cuidadores informales que hoy acompañan a sus seres queridos sin contar con herramientas básicas, para que puedan brindar un cuidado seguro, digno y afectivo.
- Integrar los saberes ancestrales y la cosmovisión local con los principios del cuidado básico y paliativo, construyendo un modelo híbrido que respete tanto la identidad cultural como los estándares de bienestar.

La formación de cuidadores domiciliarios interculturales fortalece las capacidades comunitarias desde adentro. Esto no solo mejora la calidad del cuidado y alivia la carga familiar, sino que también contribuye a un sistema de salud mas cercano, pertinente y arraigado en el territorio, en línea con lo establecido por el Convenio 169 de la OIT y la Opinión Consultiva N°31 de la CIDH.

La unión entre el marco internacional CIDH, OIT, ONU y el nacional Leyes 27.678 de Cuidados Paliativos y 23.302 de Política Indígena con la realidad local convierte este proyecto en una herramienta de innovación social y sanitaria.

9  
23



Garantizar el derecho al cuidado intercultural en el territorio no es solo un acto de justicia sanitaria, es un paso hacia un sistema de salud más completo, inclusivo y humano, que reconozca y valore la diversidad cultural como parte fundamental del bienestar colectivo. Para los pueblos Wichí, Chorote, Toba/Qom y Chulupí, esto significa poder ejercer el "Buen Morir" como un derecho cultural, en su tierra, acompañados por su gente, pero también acompañados por un Estado que aprende, se adapta y se hace presente de manera respetuosa y significativa.

### **El reconocimiento del territorio**

Se reconoce la decisión de "morir en el territorio" como un acto de dignidad cultural profundamente arraigado en la identidad. Para las comunidades indígenas Wichí, Toba/Qom, Chorote y Chulupí, un final de vida digno significa morir en su tierra, rodeados por su familia, y con el alivio básico del sufrimiento físico (higiene y confort).

Un final de vida digno y en paz trasciende la mera ausencia de dolor. Es la capacidad de la persona de afrontar la muerte en un estado de dignidad, conciencia, respetando sus valores y deseos. libre de sufrimiento evitable y rodeada de afecto y sentido de pertenencia. Garantizar esta asistencia, en este contexto, es un acto de justicia social y reparación histórica.

Los cuidados domiciliarios propuestos se diseñan desde un enfoque intercultural, gestionado por estudiantes indígenas que comprenden, la muerte como un tránsito comunitario. Esto implica:

- Reconocer el territorio como espacio fundamental para el cuidado y la dignidad.
- Integrar activamente a referentes comunitarios tradicionales.
- Adaptar la comunicación a las lenguas originarias.
- Respetar prácticas y conocimientos ancestrales sobre salud y enfermedad.

Ante la imposibilidad de implementar protocolos convencionales (debido a la falta de medicamentos complejos, escasez de agua potable y precariedad de la infraestructura sanitaria), la estrategia práctica del proyecto se basa en una adaptación crítica de los cuidados domiciliarios.

La propuesta se enfoca en la gestión de cuidados básicos y aseguramiento del confort. La higiene, el manejo del paciente y la contención afectiva se convierten en los ejes terapéuticos paliativos esenciales, dado que la falta de agua potable y la escasez de insumos son las barreras primarias.

9  
15

La provisión de Kits (con insumos básicos de higiene y confort), acompañada de capacitación práctica, constituye una respuesta concreta a las barreras estructurales. Esta reorientación es una adecuación a la realidad local, transformando elementos simples en herramientas terapéuticas esenciales.

A través de talleres de formación progresivos, se capacitará a las personas encargadas del cuidado con conocimientos aplicables. Esto generará capacidades locales que permanecerán en las comunidades más allá de la intervención inicial.

### **El Impacto transformador**

Esta intervención trasciende la asistencia para posicionarse como un modelo de salud intercultural replicable que contribuya a la construcción de un sistema sanitario más equitativo donde ninguna persona vea negado su derecho a cuidados dignos en su territorio, respetando su cosmovisión. La articulación entre el marco legal, el respeto cultural y la adaptación al contexto social, convierte este proyecto en una herramienta efectiva para garantizar derechos humanos fundamentales en contextos de extrema vulnerabilidad.

### **Objetivo general**

Implementar un sistema integral de cuidados domiciliarios interculturales en Santa Victoria Este y parajes aledaños, garantizando el derecho a una atención digna y adaptada a las personas de comunidades indígenas que requieren cuidados permanentes.

### **Objetivos específicos**

1. Capacitar a cuidadores primarios y familiares en técnicas de cuidado domiciliario durante el final de la vida.
2. Diseñar, seleccionar y adquirir insumos de higiene básica, adaptados a las condiciones de extrema pobreza y a la escasez de agua potable en la zona.
3. Implementar un sistema comunitario eficiente para la distribución, entrega y reposición de kits de higiene a los pacientes que requieren cuidados domiciliarios.
4. Identificar y detectar redes, instituciones, ONG y fundaciones que estén trabajando en el territorio.

### **Actividades específicas del proyecto**

Las actividades clave previas son:

Establecer contacto con actores locales que ya están trabajando en el territorio.

9  
15

## **I. Identificación y logística inicial**

### **1. Identificación de beneficiarios y cuidadores:**

- Presentación del proyecto piloto ante el cacique o referente comunitario.
- Aplicación de la entrevista inicial mediante la ficha técnica a beneficiarios y sus cuidadores.
- Elaboración del listado de pacientes, beneficiarios y sus cuidadores primarios.
- Coordinación con el referente para la logística de entrega y capacitación.

### **2. Diseño y producción de kits de confort:**

- Armado de kits, que se focaliza en la higiene y el confort, es de uso directo de las personas a cargo del cuidado.
- Composición: el kit incluye elementos esenciales de higiene y prevención de infecciones, adaptados específicamente a ambientes con acceso limitado a agua potable y recursos.

### **3. Elaboración de Material de Capacitación:**

- Redacción y Diseño: resumen de contenidos técnicos de cuidados domiciliarios y diseño de material con un lenguaje sencillo y culturalmente apropiado.
- Impresión: producción del material didáctico para los talleres.

## **II. Distribución y formación práctica**

### **4. Entrega y capacitación inicial**

- Distribución: el kit se entregará al cuidador familiar primario del paciente, con el aval y conocimiento del Cacique o Referente.
- Sesión práctica: la entrega se realizará después de una sesión práctica de capacitación sobre el uso correcto del kit y las técnicas de cuidado, priorizando la comunicación adecuada y el respeto intercultural.
- Demostración: mostrar de manera práctica el uso de los elementos del kit.
- Enfoque de adaptación: se instruirá sobre el modo de reemplazo de recursos escasos.

- **Prevención:** instrucción clara sobre los riesgos de infección y las medidas preventivas.
- **Equipo de capacitación:** la capacitación inicial estará a cargo de estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Salta pertenecientes a los pueblos Wichi y Chorote.

**Población destinataria directa:**

Población Beneficiaria para la Fase Inicial

Comunidad de Implementación:

- Pozo El Tigre
- Municipio: Santa Victoria Este
- Departamento: Rivadavia
- Provincia: Salta

Características de la Población Beneficiaria:

- **Composición Étnica:** Comunidades Wichí y familias criollas
- **Situación de Vulnerabilidad:** Alta vulnerabilidad sanitaria y nutricional. Niños de la zona son atendidos en el Centro de Recuperación Nutricional Infantil.
- **Problemas de acceso a agua potable,** dependen de pozos de agua y sus respectivas bombas
- **Infraestructura Sanitaria:** Puesto sanitario recientemente refaccionado (2024), con 2 consultorios, enfermería y sala de espera.

Grupos Prioritarios para la Intervención:

- Habitantes de los parajes rurales de difícil acceso en Santa Victoria Este.
- Población en situación de aislamiento estacional por crecidas del río Pilcomayo.
- Pacientes con enfermedades crónicas avanzadas, terminales o limitantes para la vida, que han optado por permanecer en su territorio para morir según su cosmovisión.
- Pacientes sin acceso previo a cuidados paliativos
- Adultos mayores con dependencia funcional
- Pacientes postrados o con movilidad reducida
- Familias con niños en recuperación nutricional

9  
15+

- Cuidadores familiares sin capacitación en cuidados paliativos

**Justificación de la Elección:**

- La zona tiene alta vulnerabilidad estructural confirmada por fuentes oficiales.
- Cuenta con infraestructura sanitaria básica que permite articulación.
- Acceso limitado a servicios de salud especializados.
- Necesidad documentada de intervenciones en cuidados domiciliarios.
- Representa la realidad sociocultural del Departamento Rivadavia.

Este proyecto piloto busca establecer un modelo replicable que posteriormente pueda extenderse a otras comunidades del municipio, basándose en las lecciones aprendidas en esta comunidad prioritaria.

**Beneficiarios Secundarios Directos:**

- Cuidadores primarios y familiares que asisten diariamente, enfrentando la sobrecarga física y emocional sin recursos ni capacitación adecuada.
- Agentes locales que requieren formación en cuidados paliativos, domiciliarios e interculturales para brindar acompañamiento efectivo.

**Resultados esperados**

- Las comunidades se convertirán en actores primordiales de su autocuidado a través de acompañantes formados y multiplicadores interculturales. Estos replicarán la metodología de capacitación y la gestión de *kits*, promoviendo la organización comunitaria.
- Se logrará la integración del conocimiento sobre cuidado básico en la vida comunitaria, transformando la pérdida en un proceso de duelo colectivo y consolidando el "Buen Morir" como un derecho cultural.
- El Estado institucionaliza y financia la provisión de kits y la capacitación en cuidados domiciliarios en todo el territorio, dando pleno cumplimiento a la ley nacional.

## **Componentes de sostenibilidad**

### **Corto Plazo (0-3 meses) - Cierre e Institucionalización**

1. Crear y mantener un canal educativo en WhatsApp para compartir contenido semanalmente (video tutorial, guía práctica y respuestas a consultas).
2. Compromisos Institucionales Formales Firmar 1 acuerdo de colaboración con instituciones locales (hospital, municipalidad o ONG).
3. Sistema de Monitoreo Inicial.
  - Realizar visitas de seguimiento a 10 familias beneficiarias.
  - Aplicar fichas de evaluación de uso de kits.
  - Identificar necesidades de ajuste en la metodología.
4. Reunión de Planificación Post-Proyecto:
  - Convocar y realizar 1 reunión de retroalimentación con todos los actores clave.

### **Calendario de implementación.**

- Mes 1: Establecimiento del canal WhatsApp, primera ronda de visitas de monitoreo y reuniones iniciales con instituciones
- Mes 2: Continuidad en envío de contenidos educativos, segunda ronda de visitas de monitoreo y negociación de acuerdos formales
- Mes 3: Reunión de planificación post-proyecto, firma de convenios y documentación de respaldo.

### **Mediano Plazo (3-9 meses) - Consolidación y Seguimiento.**

- 1) Seguimiento de Participación.”
  - Contar la cantidad de personas que asisten a las capacitaciones cada mes.
  - Verificar si la participación aumenta o disminuye.
  - Anotar en planillas quiénes participan.
- 2) Escuchar a la Gente:
  - Preguntar a los participantes qué les parecen las capacitaciones.
  - Pedir sus ideas para mejorar.
  - Utilizar sus sugerencias para hacer cambios.
- 3) Encuestas Simples:

9  
(15)

- Realizar encuestas cada 3 meses (5-8 preguntas).
- Preguntar sobre:
  - ς Estado del cuidado del paciente.
  - ς Preparación de los cuidadores.
  - ς Apoyo de la comunidad.

4) Contar Experiencias:

- Grabar audios o escribir historias de cuidadores.
- Compartir casos.
- Tomar fotos (con permiso)
- Documentación:
  - ς Planillas con listas de asistencia.
  - ς Resultados de las encuestas.
  - ς Grabaciones de testimonios.
  - ς Informes mensuales de progreso.

Calendario:

- Meses 3-4: Primera encuesta y empezar a escuchar opiniones.
- Meses 5-6: Analizar la participación y elaborar el primer informe.
- Meses 7-9: Segunda encuesta y plan de mejoras.

Largo Plazo (1 año) - Sostenibilidad y Réplica.

- Multiplicación del conocimiento: los capacitadores locales formados replican los talleres en sus propias comunidades y parajes aledaños.
- Institucionalización: la metodología de cuidados domiciliarios se incorpora oficialmente en los programas de salud del hospital de Santa Victoria Este y puestos de salud rurales.
- Sostenibilidad financiera: el municipio y la provincia asignan partidas presupuestarias específicas para la compra continua de kits de higiene.

**BIBLIOGRAFÍA**

- La Opinión Consultiva N° 31 2025. de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, su incidencia sobre el derecho humano autónomo al cuidado, el derecho del trabajo y de la seguridad social [www.saij.gob.ar](http://www.saij.gob.ar)
- Ley 27.678/2022. Cuidados Paliativos. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-27678-368373>.
- Ley 23.302/1985. Política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes. Boletín Oficial de la República Argentina <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/23790/actualizacion>.
- Ley 24.071/1992. Aprobación del Convenio 169 de la OIT. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-24071-470/texto>.
- FUNDAPAZ. (2023). Acceso al agua en comunidades indígenas del Chaco salteño. <https://fundapaz.org.ar/acceso-al-agua-en-comunidades-indigenas-del-chaco-salteno/>.
- FUNDAPAZ. (2023). Salud intercultural en Santa Victoria Este: diagnóstico y propuestas. <https://fundapaz.org.ar/salud-intercultural-en-santa-victoria-este/>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2022). Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2022. <https://www.indec.gob.ar>.
- Naharro, N. (2020). Acceso a la salud en comunidades indígenas del Chaco salteño. Universidad Nacional de Salta. <https://share.google/jPM5Y2cScosbJu8WQ>.
- Naciones Unidas. (2007). Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. [https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS\\_es.pdf](https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_es.pdf).
- Organización Mundial de la Salud. (1990). Cuidados paliativos: Principios y directrices. <https://www.who.int/es>.

9  
13



**ANEXOS: Forma de Reposición de los Kits.**

La reposición de los kits se realiza de la siguiente manera:

Entrega Inicial: El beneficiario recibe el kit completo con todos los elementos.

Reposiciones Mensuales (cada 30 días): Se reponen los siguientes 6 productos que se gastan más rápido:

- Jabón (1 barra)
- Toallas húmedas (2 paquetes)
- Crema para la piel (1 pomo)
- Champú (1 frasco)
- Desodorante (1 unidad)
- Pañales (1 paquete grande)

Reposiciones cada 2 meses:

- Alcohol en gel (1 frasco)
- Guantes (1 caja)

Reposiciones cada 3 meses:

- Cepillo y pasta dental (1 kit)

Reposiciones según necesidad: Los siguientes elementos solo se reponen cuando se necesitan

- Gasas
- Algodón
- Cinta adhesiva
- Iodopovidona (desinfectante)
- Sales de rehidratación

Cada mes, se visita a la familia para revisar qué elementos faltan. Se entrega solo lo que se necesita.

El sistema de reposición consiste en evitar desperdicios, ya que algunos productos duran más tiempo, lo que lo hace más económico y sostenible.

Ficha técnica del *Kit de higiene*.

Categoría	Ítem	Cantidad (por kit)	Función Prioritaria	Vida Útil Estimada	Precio
Higiene y Prevención	Jabón blanco neutro (barra grande)	1	Aseo corporal, prevención de infecciones.	1 meses	1100
	Alcohol en gel o solución de alcohol	1 frasco (250 mil)	Desinfección de manos del cuidador (sin agua).	1.2 meses	2300
	Toallas húmedas para adultos	2 paquetes	Baño seco o aseo en cama.	1 mes	4000
	Crema hidratante o vaselina	1 pomos grandes	Prevención de escaras y protección de la piel.	1 meses	4000
	Guantes descartable	1 caja (100 unid.)	Protección del cuidador en la manipulación de fluidos.	Variable	3200
	Cepillo y pasta dental	1 kit	Limpieza de dientes y encías.	3 meses	3200
	Shampoo	1	Limpieza del cuero cabelludo.	1 mes	2000
	Desodorante	1	Reducir la transpiración.	1 mes	2500
Confort Básico	Gasa estéril	1 paquete	Curaciones menores y protección de heridas/escaras.	Variable	2500
	Pañales descartables para adultos	1 paquete (grande)	Dignidad y confort en caso de	Según uso	5000

9  
13

			incontinencia severa.		
	Linterna de mano	1	Seguridad y cuidado nocturno.	Larga	3000
	Algodón	1	Limpiar y secar áreas específicas del cuerpo.	Según uso	1500
	Cinta adhesiva hipoalergénica	1	Para asegurar gasas o vendas en la piel.		2000
	Iodopovidona	1	Limpieza y desinfección de áreas.	Según uso	4700
Soporte y Monitoreo	Sales de rehidratación Oral (SRO)	5 sobres	Prevención/tratamiento de deshidratación por diarrea.	Según uso	3000
	Toalla y toallón	1	Secado del cuerpo.	Larga	10000
	Cuaderno y bolígrafo	1	Registro de síntomas, medicación y monitoreo de la enfermedad.	Larga	3500
	Cartilla de Capacitación	1	Información para el uso correcto de cada elemento.	Larga	

9  
LM

## A) Módulos de la capacitación

**Módulo 1****Higiene y Confort Básico sin Recursos Avanzados**

Objetivo: Prevenir infecciones y mitigar el sufrimiento físico con herramientas prácticas de bajo costo.

Tema	Contenido Específico y Enfoque Asistencial
Prevención de escaras	Enseñar técnicas sencillas para mover al paciente sin dañarlo. Uso de elementos naturales ( tejidos blandos) o materiales reciclados para acolchar y liberar puntos de presión.
Aseo digno	Baño seco/aseo mínimo: técnicas para mantener la higiene con poca agua (uso de esponjas, toallas húmedas). Cuidado de boca y ojos (esenciales para el confort).
Prevención de infecciones	Higiene de manos: importancia del lavado (con el agua disponible) en el cuidador. Manejo seguro de pañales, ropa sucia y residuos lejos de la vivienda.

**Módulo 2****Alivio del Sufrimiento y Nutrición Paliativa**

Objetivo: Identificar y reconocer los síntomas más comunes (dolor, falta de aire, deshidratación) con recursos básicos.

Tema	Contenido Específico y Enfoque Práctico
Reconocimiento de síntomas	El "Lenguaje del Cuerpo": Cómo identificar que el paciente siente dolor (llanto, inquietud, gestos) o falta de aire, ya que no siempre lo expresan verbalmente.
Uso seguro de elementos	Capacitación básica a los referentes, sobre el uso correcto y cómo reconocer un efecto secundario.
Hidratación y alimentación	Demostración de cómo administrar sueros orales para mantener la hidratación. Preparación de alimentos blandos y nutritivos con productos locales.

9  
15

C). FICHA DE REGISTRO

– BENEFICIARIOS DE KITS REGISTRO –

■ DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de registro:     /     /2026

Comunidad/Paraje: \_\_\_\_\_

Centro Asistencial de Referencia: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ años

Nombre del cuidador principal: \_\_\_\_\_

Teléfono de contacto (en caso de tener): \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

Idioma principal:

- . Wichí
- . Chorote
- . Toba/Qom
- . Chulupí
- . Otro \_\_\_\_\_

● SITUACIÓN DE SALUD ACTUAL

. Diagnóstico Principal:

. ¿Cuál es la principal enfermedad que le afecta actualmente?

\_\_\_\_\_

Otros Diagnósticos:

- ¿Tiene otros diagnósticos médicos o condiciones de salud?

(puede marcar más de uno)

- Diabetes
- Hipertensión
- Enfermedad cardíaca

9  
12

- Otro (especifique): \_\_\_\_\_

. Tiempo con la Enfermedad:

- ¿Cuánto tiempo lleva con esta enfermedad o condición

\_\_\_\_\_ (años/meses)

. Evaluación desde su Cosmovisión:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diagnóstico según su Cosmovisión:

- ¿Cómo se entiende o se explica esta enfermedad en su comunidad o cultura?

\_\_\_\_\_

● Estado general (marcar uno):

Por favor, marque la opción que mejor describe el estado actual de la persona:

1. Autónomo

- Se mueve y cuida solo
- Tiene conciencia y puede expresar por sí mismo lo que necesita
- Conserva capacidad auditiva

2. Necesita Ayuda Leve

- Camina, pero requiere apoyo
- Puede hablar por sí mismo, sabe y entiende lo que le sucede
- Puede escuchar sin inconvenientes.

3. Dependiente Moderado\*

- Permanece sentado, no camina.
- Tiene dificultades para pedir ayuda o expresarse por sí mismo.
- Conciencia relativa para reconocer lo que siente y expresar lo que necesita.
- Escucha con dificultad, requiere que se levante el tono de voz.

4. Dependiente Total

- Encamado permanente.

Q  
(15)

- No se expresa por sí mismo.
- No tiene conciencia sobre su situación.
- Pérdida de capacidad auditiva.
- Síntomas principales (marcar todos los que aplican):
  - Dolor constante
  - Dificultad para respirar
  - Problemas para comer/tragar
  - Incontinencia
  - Úlceras o escaras
  - Confusión o desorientación
  - Otro: \_\_\_\_\_

● SITUACIÓN FAMILIAR Y DE VIVIENDA

Personas que viven en la casa: \_\_\_\_\_

Adultos \_\_\_\_\_

Adolescentes \_\_\_\_\_

Niños \_\_\_\_\_

Cuántos ayudan en el cuidado: \_\_\_\_\_

Cantidad de habitaciones en la vivienda \_\_\_\_\_

- Acceso a agua potable:
  - Sí, dentro de la casa
  - Sí, pero fuera de la casa
  - No, debe acarrear de lejos
  - Distancia
  - Otro
  - Cómo potabiliza el agua

---

SITUACIÓN DE SANEAMIENTO E HIGIENE AMBIENTAL

- Acceso a baño o letrina:
  - ¿Dónde realiza sus necesidades la persona que requiere cuidados?

Q  
LM

- Tiene baño o letrina dentro del terreno de la vivienda.
- Usa letrina comunitaria o compartida con otras familias.
- No tiene letrina; utiliza el monte o un área abierta (pozo siego o similar).
- Otro: \_\_\_\_\_
  - Tipo de letrina (si aplica):
- Letrina con pozo séptico o cámara.
- Letrina de hoyo (pozo simple).
- Inodoro con descarga de agua (conectado a pozo séptico).
- No sabe / no aplica.
  - Distancia y acceso:
- Si tiene letrina, ¿está a una distancia accesible para la persona enferma?  
(ej: menos de 10 pasos desde la cama).
  - Sí, es accesible.
  - No, está muy lejos o el camino es difícil.
  - No tiene letrina.
  - Disposición de pañales y residuos sanitarios:
- ¿Cómo se desechan los pañales usados y los materiales de curación?
  - Se queman en un lugar seguro.
  - Se entierran en un pozo apartado.
  - Se depositan en la basura común.
  - Se lavan/reutilizan.
  - Otro: \_\_\_\_\_
  - Observaciones sobre higiene ambiental:
- (Espacio para anotar riesgos observados, como letrina en mal estado, cercanía de excretas a la vivienda o fuentes de agua, presencia de moscas, etc.)
- Material principal de la vivienda:
  - Ladrillo/block
  - Adobe/tierra
  - Madera
  - Lona de Plástico





- Otro: \_\_\_\_\_
- **ACCESO A SERVICIOS DE SALUD**
  - Centro de salud más cercano
  - Medio de transporte usual:
    - Caminando
    - Moto
    - Vehículo particular
    - Bicicleta
    - No tiene acceso
  - ¿Tiempo promedio para llegar?

¿Cuándo fue la última vez que visitó un centro de salud?

Motivo de la última consulta:

- Control
- Emergencia
- Dolor intenso
- Receta de medicamentos
- Otro:

Recibió medicamentos recetados:

- Sí, todos
- Sí, algunos
- No recibió
- No le recetaron

- 
- **BARRERAS IDENTIFICADAS (Marcar todas las que apliquen)**
  - **Barreras educativas: Nivel de educación alcanzado**
    - No tengo educación formal
    - Primaria incompleta

9  
13

- . Primaria completa
  - . Secundaria incompleta (
  - . Secundaria completa
  - . Terciaria o Universitaria
  - . Especifique si es bilingüe: \_\_\_\_\_
  - Barreras económicas:
    - . No tiene dinero para transporte
    - . No puede pagar medicamentos
    - . Debe elegir entre comida y salud
  - Barreras geográficas:
    - . Caminos intransitables
    - . Río crecido
    - . No tiene vehículo
    - . Lejanía extrema
  - Barreras culturales/lingüísticas:
    - . No le entienden cuando habla
    - . No entiende las indicaciones en español
  - Barreras en servicios de salud:

Por favor, responda a las siguientes preguntas:

    - . ¿El centro de salud cuenta con personal profesional de salud (médicos, enfermeros, etc.)?
      - Sí
      - No
      - A veces
    - . ¿El centro de salud cuenta con un médico disponible cuando lo necesita?
      - Sí, siempre
      - Sí, a veces
      - No, nunca
      - No sé
- 

g  
15

## OBTENCIÓN DE ALIMENTOS Y AUTOSUSTENTO

- ¿Cómo obtienen principalmente los alimentos en su hogar?

(Puede marcar más de una opción)

- Recolección (frutos del monte, hierbas, miel)
- Caza o pesca
- Agricultura familiar (chacra, huerta)
- Compra en mercados o almacenes
- Ayuda social o comedor comunitario
- Intercambio o trueque con vecinos/comunidad
- Otro: \_\_\_\_\_

- Si cultiva o tiene huerta,

- ¿qué productos siembra o cosecha?

(Ejemplo: zapallo, ancho, sandía, melón, verduras de hoja, etc.)

- ¿Qué alimentos recolectados del monte consumen con más frecuencia?

(Ejemplo: algarroba, chañar, mistol, tuna, etc.)

- En los últimos meses,

- ¿han tenido dificultades para acceder a alimentos suficientes?

- Sí, frecuentemente

- A veces

- No, generalmente tenemos suficiente

## DIETA Y CUIDADOS DURANTE LA ENFERMEDAD

- En época de enfermedad,

- ¿cambia la alimentación de la persona?

- Sí, se preparan alimentos más blandos o especiales

- Se priorizan alimentos tradicionales/medicinales

- No, se come lo mismo

- Disminuye el apetito o la capacidad de comer

9/15

· ¿Se utilizan alimentos específicos para el cuidado o la recuperación?

(Ejemplo: caldos, té de hierbas, alimentos frescos del monte)

● **PRÁCTICAS CULTURALES DE CUIDADO**

Medicina tradicional que utiliza:

- Hierbas medicinales:
- Ceremonias espirituales
- Baños con plantas medicinales
- Otros: \_\_\_\_\_

Preferencias del paciente:

- Prefiere medicina tradicional
- Acepta ambas medicinas
- Prefiere medicina occidental
- No tiene preferencia definida

● **PERCEPCIÓN SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS**

Conocimiento previo:

- Nunca escuchó sobre cuidados paliativos
- Sabe algo pero poco
- Conoce bien el concepto

● **PRIORIDADES DE CUIDADO IDENTIFICADAS**

Necesidad más urgente (marcar la principal):

- Control del dolor
- Cuidado de la piel/higiene
- Ayuda para movilizarse
- Apoyo emocional
- Alimentación/hidratación
- Otro: \_\_\_\_\_

Observaciones importantes:

---

9/12/24

---

ENTREGA DE KIT – REGISTRO INICIAL

Fecha de entrega:    /    /2026

Kit número: \_\_\_\_\_

Entregado por: \_\_\_\_\_

Familiar/cuidador: \_\_\_\_\_

Toda la información es confidencial y solo para uso del proyecto

  
Mgs. Sandra R. Gasparini  
Secretaria de Asuntos Institucionales  
Facultad de Ciencias de la Salud - UNSa



  
Prof. Nancy Cardozo  
Decana  
Fac. de Cs. de la Salud - UNSa