

(VERSIÓN PRELIMINAR)

Demandas y necesidades en salud de las poblaciones aborígenes urbanas. El caso de las comunidades Tobas en Resistencia, Chaco

Palabras Claves: Características Socioeconómicas – Disponibilidad de Recursos Sanitarios - Poblaciones Tradicionales – Gran Resistencia.

Autor: Blanca Elizabeth Ponce

Instituto de Investigaciones Geohistóricas -CONICET-UNNE. Departamento de Geografía de la Facultad de Humanidades, UNNE. E-mail: blancae_ponce@yahoo.com.ar

Co-autor: María Alejandra Fantín

Instituto de Investigaciones Geohistóricas -CONICET-UNNE. Departamento de Geografía de la Facultad de Humanidades, UNNE. E-mail: mafantin@gmail.com

1. Introducción

La cuestión de los pueblos indígenas en ámbitos urbanos, resulta un particular desafío para las ciencias sociales, actualmente el 48% de la población indígena de América Latina reside en zonas urbanas. Esta transición ha sido estimulada por numerosos factores particulares, entre ellos el despojo de tierras, el agotamiento ecológico, el desplazamiento en razón del conflicto, la violencia y los desastres naturales, entre otros. La migración del campo a la ciudad está asociada a la búsqueda de nuevas oportunidades en el mercado, y a factores subjetivos como la atracción por las “ventajas” de la vida en la ciudad, como ser acceso a servicios básicos tales como salud y educación, que sin duda constituyen motores importantes de esta tendencia urbanizadora. (Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento / Banco Mundial, 2014)

No obstante, este desplazamiento hacia la ciudad no ha significado mejoras en su calidad de vida, principalmente considerando que los que migran a las ciudades generalmente hacen frente a problemas especiales y, a menudo, adicionales como ser el desempleo, el limitado acceso a los servicios y a una vivienda adecuada. Además, de experimentar en muchos casos discriminación y tener dificultades para mantener su idioma, su identidad y su cultura (Naciones Unidas. 2015)

De acuerdo con el estudio realizado por Hall y Patrinos (2004:5), ser indígena aumenta las probabilidades de un individuo de ser pobre. “Controlando los factores básicos que están sabidamente asociados con la pobreza, tales como la edad, la educación, la situación laboral y la región dentro de un país, ser de origen indígena aún aumenta de manera más significativa las probabilidades que un individuo tiene de ser pobre”. Es así como un alto porcentaje de esta población se encuentran hoy en las zonas urbanas de las periferias o barrios de bajos ingresos.

La instalación de familias tobas¹ en terrenos fiscales suburbanos del Gran Resistencia se originó como resultado de la migración espontánea originada por la crisis agrícola-forestal que afectó al interior del Chaco², a partir la década de 1950. La actividad taninera y la cosecha del algodón eran los pilares de la economía chaqueña, pero con la caída de los precios y la

¹ “**Los tobas** (del guaraní, tová: rostro, cara, frente) son una etnia del grupo pámpido que habita en el Gran Chaco. Hacia el siglo XVI habitaba gran parte del Chaco Central y del Chaco Austral. La etnia **toba** se autodenominaba en su idioma ntokóit, luego comenzaron a utilizar el autoetnónimo q'om o qom ('hombre') y más infrecuentemente por el uso de su propio idioma: qom'lek o qom'lik. Como habitualmente ocurre con las grafías de nombres indígenas se encuentran muchas variantes en la escritura de estas palabras. El nombre tová es un mote despectivo de origen guaraní y significa 'frente' debido a que los **qom** solían practicar la decalcación de la parte delantera del cuero cabelludo; por el mismo motivo los españoles les llamaron "frentones" (nombre dado también a los abipones por motivos similares)”. (<http://www.qom-toba.com.ar/nosotros.html>).

² “La etnia ocupaba, originariamente, un amplio hábitat que se extendía del norte de la provincia de Santa Fe hasta el Paraguay y desde la línea formada por los ríos Paraguay y Paraná, hasta los primeros contrafuertes de la Precordillera Salteña”. (<http://www.qom-toba.com.ar/nosotros.html>).

falta de demanda externa se iniciaron tiempos muy difíciles para los pueblos del interior y sus productores agrícolas. Los criollos y aborígenes colonos, jornaleros y obreros, se movilizaron hacia las ciudades en busca de trabajo y mejores condiciones de vida provocando en ellas un importante impacto demográfico y espacial. Dicha migración dio origen al Barrio Toba ubicado en ruta 11 km.1000, sobre terrenos del ex Ferrocarril General Belgrano el cual se inició espontáneamente hacia 1947. El Barrio Mapic, ubicado en tierras fiscales a una distancia de ocho kilómetros al noroeste de la ciudad de Resistencia. Pertenece al espacio suburbano, y la superficie total del lote fiscal es de 55 hectáreas. Forma parte de la antigua cuenca inundable del río Negro, comenzó a recibir migrantes tobas hacia 1966 pero luego el lugar fue abandonado porque las familias se unieron al Barrio Toba, beneficiado por un plan de viviendas construidas por el Estado provincial. Un nuevo movimiento poblacional ocurrió en la década de 1970, cuando el ingenio Las Palmas cerró sus puertas y sus tierras se vendieron. Desde entonces el asentamiento creció con la incorporación de parientes y familias criollas, también afectadas por la crisis agrícola de la provincia (Guarino, 2006).

Desde entonces ambos asentamientos crecieron por crecimiento natural y por la incorporación de parientes y familias criollas, también afectadas por la crisis agrícola de la provincia, originando un incremento de demanda de servicios.

En esta oportunidad, interesa principalmente analizar las necesidades y demandas de la población en el ámbito de la salud pública. Por ello, los interrogantes que motivaron a esta investigación fueron los siguientes: ¿Cuáles son las características demográficas y socioeconómicas de esta población? ¿Qué similitudes y diferencias presentan con el resto del Área Metropolitana del Gran Resistencia (AMGR)? ¿Cuál es el impacto que tiene esta población en constante crecimiento sobre la disponibilidad de recursos sanitarios públicos?

Para responder a estas preguntas se plantearon los siguientes objetivos: analizar las características socioeconómicas de las áreas de influencia de los Centros de Salud de los barrios MAPIC y TOBA; contextualizar estas características con el resto de las áreas del Gran Resistencia, con el fin de establecer diferencias y semejanzas y estudiar la oferta y disponibilidad de los servicios salud pública.

2. Materiales y Métodos

Para cumplir con los objetivos del trabajo, se tomó como unidad espacial a las Áreas Programáticas o áreas de influencias de los Centros de Salud ubicados en los barrios MAPIC

y TOBA, ambos localizados en el Gran Resistencia³(Mapa N° 1). Las Áreas Programáticas son el resultado de la organización espacial que ha realizado el Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco y, en cada una de ellas se desarrollan todas las acciones de salud, tendientes a asegurar la cobertura de toda la población bajo su responsabilidad.

En una primera instancia, se empleo el “Censo del Bicentenario: Pueblos originarios”. Del mismo se obtuvo los datos necesarios para conocer el contexto nacional, regional y provincial.

Posteriormente, se utilizó el Censo Nacional de Población, Hogar y Vivienda de la República Argentina, correspondiente al año 2010. Dado el nivel de desagregación de información requerida para el análisis, se procedió a trabajar con las variables provenientes del Cuestionario Básico.

Es importante aclarar que, la metodología empleada en el censo del año 2010 (muestral), no permite el acceso a la información del número de hogares con una o más personas que se autorreconocen como descendientes o pertenecientes a algún pueblo indígena u originario, a nivel de radio censal; no obstante, el censo del año 2001 si lo hace.

De esta manera, puede reconocerse que en el año 2001, el Área Programática TOBA albergaba 3697 habitantes y 749 hogares; mientras que en el MAPIC había 1122 habitantes, 263 hogares. Sobre ese total de hogares, el 45% correspondía a población indígena en el primero y el 11% en el segundo.

Para el año 2010, en el Área Programática TOBA la población y el número de hogares ascendió a 3882 y 895 respectivamente; en tanto que, en el MAPIC el incremento fue mayor: 5153 habitantes y 1201 hogares.

Partiendo del supuesto que el porcentaje de hogares con población indígena se mantuvo en el año 2010, se procesaron tabulados especiales a nivel de radio censal, mediante el programa Redatam +SP, los cuales fueron compatibilizados con las Áreas Programáticas MAPIC y TOBA, alcanzándose la caracterización demográfica y socioeconómica de las mismas. Del mismo modo, con la finalidad de contextualizar dicha información, se procesaron los datos para el Gran Resistencia.

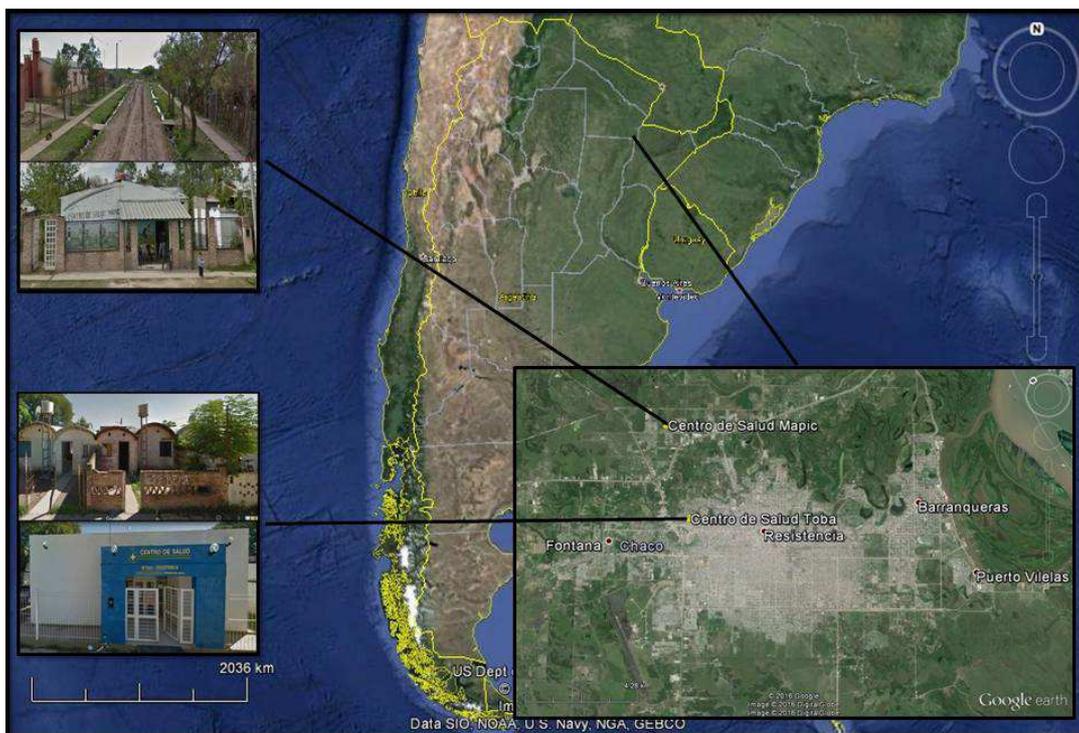
Finalmente, para estudiar la oferta y disponibilidad de los servicios salud pública, se recurrió en un primer momento al Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco. A

³ El Gran Resistencia se localiza en el departamento San Fernando, de la provincia del Chaco, en el norte de la República Argentina. Lo integran los municipios de Resistencia (capital provincial), Barranqueras, Fontana y Puerto Vilelas, los cuales debido a su continuidad geográfica se encuentran funcionalmente articuladas. Constituye el 11° (undécimo) conglomerado urbano de la Argentina y es el aglomerado más poblado del nordeste argentino (385.726 habitantes), según los resultados del Censo Nacional de Población, Hogar y Vivienda del año 2010.

través de sus publicaciones periódicas (“Anuarios de Estadísticas Vitales y Sanitarias”), se pudo conocer el número de consultas según grupos etarios, optándose por trabajar con promedios trianuales. Asimismo, es importante aclarar que no existen publicaciones con el nivel de desagregación necesario para conocer la disponibilidad de recursos físicos y humanos, por lo que se debió recurrir a los en los Centros de Salud.

La información proveniente de estas diferentes fuentes en diferentes tablas, a fin de facilitar el análisis y elaborar las conclusiones.

Mapa N° 1: Ubicación Geográfica del Gran Resistencia y las Áreas Programáticas MAPIC y TOBA. Año 2010



Fuente: Elaboración propia en base a la información de Google Earth, 2016

3. Resultados

3.1 Contexto nacional, regional y provincial

De acuerdo con datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010 (INDEC 2012), en Argentina el 3,03% (368.893) de hogares cuenta con una o más personas que se reconoce como perteneciente o descendiente de un pueblo indígena. Cuando se analiza en términos de población el porcentaje se reduce a 2,38%.

Como se puede observar en la Tabla N° 1, la región Patagónica es la que concentra el mayor porcentaje de población indígena sobre el total de habitantes (6,91%), continúa la región del Noroeste con 3,53% y el Noreste con 2,49%.

El pueblo originario más numeroso es el Mapuche (205.009 integrantes), después, le siguen el pueblo Qom (Toba) (126.967 integrantes), Guaraní (105.907), Diaguita (67.410), Kolla (65.066), Quechua (55.493) y Wichí (50.419). Estos 7 pueblos concentran el 70% de la población originaria de la Argentina. (INDEC 2012).

En la región NEA, compuesta por las provincias de Chaco, Corrientes, Formosa y Misiones, de un total de 3.679.879 habitantes, 91.655 personas se autorreconocen descendientes o pertenecientes a un pueblo originario. Este número representa el 2,49% de la población de la región, levemente superior al promedio nacional (2,38%) (NDEC, 2015)

El 48,27% se reconoció descendiente o perteneciente a la etnia Toba y el 20,84% a la Wichí, el 31% restante se divide en Mocoví, Guaraní, Pilagá, entre otras.

Tabla N° 1. Hogares con una o más personas indígenas o descendientes de pueblos indígenas y población que se reconoce como perteneciente o descendiente de un pueblo indígena.

Región	Población			Hogares		
	Total	Indígena u originaria	%	Total	Con una o más personas indígenas u originarias	%
Metropolitana	12.806.866	248.516	1,94	4.084.507	106173	2,60
Pampeana	13.766.727	239.317	1,74	4.393.526	99323	2,26
Patagónica	2.100.188	145.126	6,91	647.164	58936	9,11
NEA	3.679.879	91.655	2,49	999.475	26150	2,62
NOA	4.911.412	173.436	3,53	1.248.085	57324	4,59
Cuyo	2.852.294	56.982	2,00	798.918	20987	2,63
Total	40.117.366	955.032	2,38	12.171.675	368893	3,03

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INDEC, 2015.

En la provincia del Chaco el 3,9% de la población se reconoce indígena. Se trata de 41.304 personas sobre un total de 1.055.259 habitantes. Ese porcentaje supera la media nacional de 2,4%. El 95,1% de esos 41.304 habitantes es descendiente de los pueblos originarios que históricamente han habitado la región del Chaco, el 74,5% se autorreconoció perteneciente al pueblo Toba, el 11,2% al Wichí y el 9,4% al Mocoví. (INDEC, 2015)

El 58,6% de la población indígena de la provincia del Chaco vive en áreas urbanas y el 41,4% en áreas rurales. De los tres pueblos originarios más numerosos de la provincia (Toba, Wichí y Mocoví), sólo el Toba presenta una proporción mayor de población urbana (60,5%); el Wichí y el Mocoví, en cambio, tienen mayor proporción de población rural.

En la provincia del Chaco, según la información censal del año 2010, existen 11.534 hogares con una o más personas que se autorreconocen como descendientes o pertenecientes a algún pueblo indígena u originario, de los cuales el 81% vive en viviendas deficitarias⁴. Entre otras características socioeconómicas pueden mencionarse que, el 26% vive en condición de hacinamiento y el 73% se abastece de agua fuera de la vivienda y el terreno; de ese total, el 50% lo hace a través de: perforaciones con bomba a motor o manual; pozo; transporte por cisterna o agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia. Además, en relación a los indicadores de la población indígena que vive en viviendas particulares puede agregarse que: el 14% de población indígena con más de 10 años es analfabeta, de los cuales el 45% son varones y el 55% mujeres; el 84% no tiene una obra social, prepaga o plan estatal y el 16% de la población de más de 65 años de edad carece de una jubilación es el 16%.

3.2 Características Socioeconómicas de los Hogares en la Áreas Programáticas MAPIC y TOBA

Para realizar la caracterización socioeconómica de las áreas de influencia de influencia de los Centros de Salud MAPIC y TOBA y con contextualización con el Gran Resistencia, se procedió a agrupar a las variables en seis dimensiones, tal como puede verse en la Tabla N° 2:

Tabla N° 2. Selección de Dimensiones y Variables para el análisis Socioeconómico

Dimensiones	Variables
Características Demográficas	Edad
	Sexo
	Índice de Masculinidad
Indicadores Sociales	Jefes de Hogares según Sexo
	Personas que no saben leer ni escribir
	Personas Desocupadas
Características de los Servicios Sanitarios	Hogares sin agua de red pública
	Hogares con agua fuera de la Vivienda y el Terreno
	Hogares sin baño/letrina
	Hogares con Baño/letrina sin botón, cadena o

⁴ Para la elaboración del indicador se consideraron viviendas deficitarias, a las casas tipo “b”, los ranchos, casillas, pieza–inquilinato, pieza de hotel o pensión, local no construido para habitación, vivienda móvil y en la calle

	mochila
	Viviendas con Conexiones a Servicios Básicos Insuficientes
Características Estructurales de la Vivienda	Hogares con pisos de tierra o ladrillo suelto
	Viviendas construidas con materiales poco resistentes y de mala calidad
	Viviendas con Calidad Constructiva Insuficientes
Disponibilidad de Equipamientos Tecnológicos	Sin Heladera
	Leña/carbón como principal combustible para cocinar
	Sin Computadora
	Sin Celular
	Sin Teléfono de Línea
Situación de Pobreza de los Hogares	Hogares con al menos un indicador de NBI

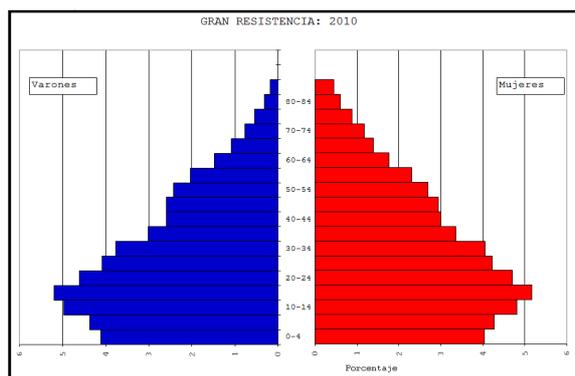
Fuente: Elaboración propia.

Para el análisis de la primera dimensión “*Características Demográficas*”, se consideró a los dos componentes principales que participan directamente en la dinámica de la población: la edad y el sexo. La pirámide de población es la forma de representación gráfica frecuentemente utilizada para estudiarlos, por su fácil construcción e interpretación.

De esta manera, puede advertirse que para el año 2010, la pirámide poblacional del Gran Resistencia (Gráfico N° 1), se aproxima a la forma de una campana, siendo la característica principal de las poblaciones en transición. Su base angosta denota una reducción de los nacimientos y el engrosamiento de la cúspide el aumento del peso relativo de la población en edad avanzada. En efecto, los datos estadísticos demuestran que la población de 0 a 14 años representan el 26,58%; mientras que la población de 15 a 64 años y mayor de 65 años constituyen el 66,03% y 7,39% respectivamente, destacándose el peso relativo de la mujeres, principalmente en el último grupo etario (60,81%).

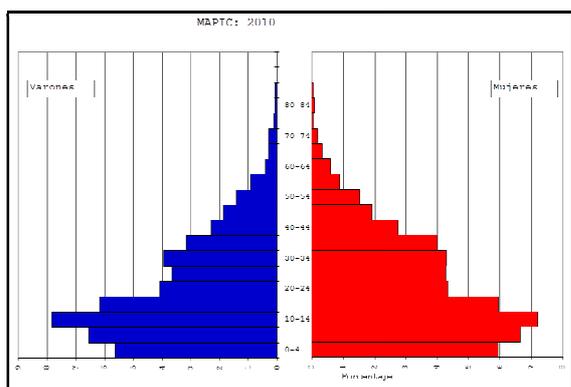
Por otra parte, las Áreas Programáticas MAPIC y TOBA, se caracterizan por tener una pirámide del tipo triangular o expansiva; presentando una base ancha y un angostamiento progresivo y regular hasta la cúspide, correspondiéndose con una población joven con fuerte natalidad y mortalidad media o fuerte (Gráfico N° 2 y Gráfico N° 3). En ambos casos, se destaca la importante presencia de población de 0 a 14 años (39,82% y 36,24% respectivamente); como así también, los bajos valores porcentuales de la población mayor de 65 años, sobresaliendo el caso del Área Programática MAPIC, donde representa el 1,59% y existe un predominio de varones en las edades avanzadas.

Gráfico N° 1: Pirámide de Población del Gran Resistencia. Año 2010



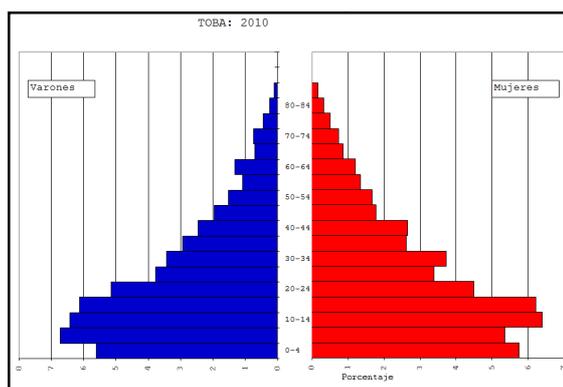
Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INDEC, 2016.

Gráfico N° 2: Pirámide de Población del Área Programática MAPIC. Año 2010



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INDEC, 2016.

Gráfico N° 3: Pirámide de Población del Área Programática TOBA. Año 2010



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INDEC, 2016.

Por su parte, el índice de masculinidad muestra un predominio de mujeres para el Gran Resistencia y el Áreas Programática MAPIC (93 y 95 hombres por cada cien mujeres respectivamente). En contraposición se encuentra el TOBA, donde según la información censal del año 2010 existen 103 hombres por cada cien mujeres.

En la segunda dimensión “*Indicadores Sociales*” (Tabla N° 3), la variable sexo del jefe de hogar muestra un predominio de varones en las tres unidades espaciales de análisis, siendo el MAPIC donde se observa el menor valor porcentual (58,28%), en correspondencia con el índice de masculinidad.

Asimismo, con la finalidad de captar a la población analfabeta, se incorporó en este análisis a la población mayor de tres años de edad que no sabe leer ni escribir. De esta manera

pueden identificarse en el Gran Resistencia un 7,27% de población mayor de tres años que no sabe leer ni escribir, seguidamente se encuentra el MAPIC (11,06%) y con los valores más altos el TOBA. Debe tenerse presente que, en cálculos de este tipo, el peso relativo que puede tener una estructura poblacional más joven, puede influir en los resultados, por lo que debe recordarse que es en el primer Área Programática donde se encuentran los valores porcentuales más altos de 0 a 14 años de edad.

Otra de las variables que conforma esta dimensión es la población mayor de 14 años de edad, las cuales permiten conocer a las personas que están demandando trabajo y no lo consiguen. La misma tiene un comportamiento similar en las tres unidades espaciales, con valores porcentuales que no superan el 5%.

Tabla N° 3. Indicadores Sociales en el Gran Resistencia y las Áreas Programáticas MAPIC y TOBA en valores porcentuales. Año 2010

	Jefes de Hogares según Sexo		Personas que no saben leer ni escribir	Personas Desocupadas
	Varón	Mujer		
Gran Resistencia	64,10	35,90	7,27	4,16
Mapic	58,28	41,72	11,06	5,03
Toba	63,58	36,42	14,32	4,16

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INDEC, 2010.

En lo que respecta de la dimensión “*Características de los Servicios Sanitarios*” (Tabla N° 4), es destacable que gran parte de ellos se bastecen de agua proveniente de la red pública. No obstante, se encuentran valores considerables de hogares que carecen de agua dentro de la vivienda, tal es el caso del Áreas Programática TOBA, donde el 22,35% de ellos se abastece a través de una canilla fuera de la vivienda y terreno. En consecuencia, no tienen baño o letrina con descarga de agua (12,53%).

Por otra parte, si bien los valores porcentuales de los hogares sin baño o letrina son bajos, sobresale nuevamente la situación del TOBA (7,49%).

Como síntesis de estas características se ha incorporado la variable viviendas con conexiones a los servicios básicos insuficientes, la cual pone de nuevo en evidencia el mismo patrón antes mencionado (el TOBA sobresale con el 35,71%).

Tabla N° 4. Características de los Servicios Sanitarios en los Hogares del Gran Resistencia y las Áreas Programáticas MAPIC y TOBA en valores porcentuales. Año 2010

	Hogares sin agua de red pública	Hogares con agua fuera de la Vivienda y el Terreno	Hogares sin baño/letrina	Hogares con Baño/letrina sin botón, cadena o mochila	Viviendas con Conexiones a Servicios Básicos Insuficientes ⁵
Gran Resistencia	0,37	12,49	3,97	12,53	21,52
Mapic	0,25	10,32	2,08	14,12	25,60
Toba	0,34	22,35	7,49	22,10	35,71

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INDEC, 2010.

En cuarto lugar se encuentra la dimensión “*Características Estructurales de la Vivienda*” (Tabla N° 5). Los materiales de baja calidad de los pisos es uno de los indicadores que constituyen la variable viviendas construidas con materiales poco resistentes y de mala calidad; de ahí puede suponerse que en los valores porcentuales del MAPIC (41,84%), además de este indicador, influye la presencia de materiales de mala calidad en los techos.

La calidad constructiva insuficiente es la última variables que compone esta dimensión, la misma muestra la síntesis de los aspectos analizados anteriormente, destacándose notablemente el TOBA con la situación más crítica (33,81%).

Tabla N° 5. Características Estructurales de las Viviendas del Gran Resistencia y las Áreas Programáticas MAPIC y TOBA en valores porcentuales. Año 2010

	Hogares con pisos de tierra o ladrillo suelto	Viviendas construidas con materiales poco resistentes y de mala calidad ⁶	Viviendas con Calidad Constructiva Insuficientes ⁷
Gran	3,34	26,44	19,43

⁵ Calidad de conexión a servicios básicos (INCALSERV): refiere al tipo de instalaciones con que cuentan las viviendas para su saneamiento. Para este indicador, se utilizan las variables procedencia del agua y tipo de desagüe. Calidad insuficiente: se refieren a aquellas viviendas que no disponen de agua a red pública y desagüe cloacal.

⁶ Calidad de los materiales (INMAT): refiere a la calidad de los materiales con que están construidas las viviendas (material predominante de los pisos y techos), teniendo en cuenta la solidez, resistencia y capacidad de aislamiento, así como también su terminación. Se incluye: Calidad III: la vivienda presenta materiales poco resistentes y sólidos en techo y en pisos y Calidad IV: la vivienda presenta materiales de baja calidad en pisos y techos.

⁷ Calidad constructiva de la vivienda (INCALCONS): este indicador se construye a partir de la calidad de los materiales con los que está construida la vivienda y las instalaciones internas a servicios básicos (agua de red y desagüe) de las que dispone. Calidad insuficiente: no disponen de materiales resistentes, sólidos y con la aislación adecuada. A su vez también no disponen de cañerías dentro de la vivienda y de inodoro con descarga de agua.

Resistencia			
Mapic	5,58	41,84	18,02
Toba	13,63	39,40	33,81

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INDEC, 2010

La “Disponibilidad de Equipamientos Tecnológicos” (Tabla N° 6), es la quinta dimensión en este trabajo, a partir de la cual se intenta ver las posibilidades que tienen los hogares de adquirir ciertos bienes que le permitan alcanzar un mayor bienestar. En términos generales se observa un mismo patrón, destacándose en las variables seleccionadas la situación del TOBA.

Entre las variables se destaca la imposibilidad de los hogares de adquirir una computadora o tener teléfono de línea, con valores porcentuales que superan el 80% en ambas Áreas Programáticas. Sin embargo, la ausencia de los celulares en los hogares no es una característica que distinga a las unidades espaciales analizadas.

Tabla N° 6. Disponibilidad de Equipamientos Tecnológicos de los Hogares del Gran Resistencia y las Áreas Programáticas MAPIC y TOBA en valores porcentuales. Año 2010

	Sin Heladera	Leña/carbón como principal combustible para cocinar	Sin equipamiento tecnológico.		
			Sin Computadora	Sin Celular	Sin Teléfono de Línea
Gran Resistencia	8,61	0,99	57,02	11,37	57,86
Mapic	16,32	2,58	80,60	11,82	87,01
Toba	28,04	6,93	84,58	29,50	84,02

Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INDEC, 2010.

Por último y a modo de síntesis de las características socioeconómicas, se incluyó una sexta dimensión “*Situación de Pobreza de los Hogares*”, analizándose en la misma al NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas). Dicho indicador que permite identificar a los hogares con pobreza estructural, los cuales son el resultado de un cúmulo de privaciones materiales esenciales, como ser: la educación, el empleo y la vivienda. En este sentido, sobresale el Área Programática TOBA con el 24,58%, y muy próximo a los valores del Gran Resistencia (11,27%) se encuentra el MAPIC (15,90%)

3.3. Disponibilidad de Recursos en las Áreas Programáticas MAPIC y TOBA

En la actualidad en el Gran Resistencia los Centros de Atención Primaria de la Salud⁸ se agrupan en tres categorías según el nivel de complejidad:

❖ **Nivel de Complejidad IV:** corresponden a los Centros Regionales de Referencia (CRR), los cuales son cuatro y tienen por finalidad descentralizar la atención brindada por los dos hospitales públicos (“Julio C. Perrando” y “Pediátrico Dr. Avelino Castelán”). Si bien, cada uno de ellos tiene su propia área de influencia, agrupan a varios centros de salud barriales (Nivel II), con sus propias áreas programáticas, dividiendo al territorio del Gran Resistencia en cuatro zonas: norte, sur, este y oeste.

Para que el personal sanitario pueda desarrollar correctamente su trabajo, los CRR cuentan con diversos equipamiento básicos, ya sea para auxiliar a los pacientes en sus tareas de diagnóstico o para valorar el éxito de sus acciones terapéuticas, los cuales van desde un simple termómetro o tensiómetro hasta otros más sofisticados y caros como por ejemplo los equipos de rayos X.

De esta manera, entre los servicios que ofrecen pueden mencionarse: Clínica Médica; Pediatría; Ginecología; Odontología; Salud Mental; Rayos X; Ecografía; Extracciones para laboratorios; Servicio social; Kinesiología; Enfermería; Farmacia; Servicio de Guardias las 24hs.

❖ **Nivel de Complejidad III:** se los conoce como Centros de Salud Barriales y a la fecha son 39 en el Gran Resistencia. Ofrecen servicios de clínica médica, pediatría, ginecología, odontología y farmacia. En ellos, las modalidades de atención son a través de la demanda espontánea o la entrega de turnos programados durante la mañana y la tarde⁹.

❖ **Nivel de Complejidad II:** son los denominados sub-centros y se encuentran bajo la jurisdicción de un Centro de Salud Nivel III, siendo tres hasta el momento.

En relación a lo antes explicado, debe decirse que, la Áreas Programáticas MAPIC y TOBA tienen un nivel de complejidad III y responden al comando operativo del CRR de la

⁸ La Atención Primaria de la Salud (APS) fue definida por conceso como el conjunto de cuidados de salud básicos construidos sobre métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en sí mismo y de autodeterminación. La atención primaria forma una parte integral tanto del sistema de salud, del cual es una función central y principal foco, y del desarrollo económico y social global de la comunidad. Es el primer nivel de contacto de los individuos, las familias y la comunidad con el sistema nacional de salud, trayendo los cuidados de salud tan cerca como sea posible al lugar donde la gente vive y trabaja, y constituye el primer eslabón de la atención ideal (OMS. UNICEF, 1978).

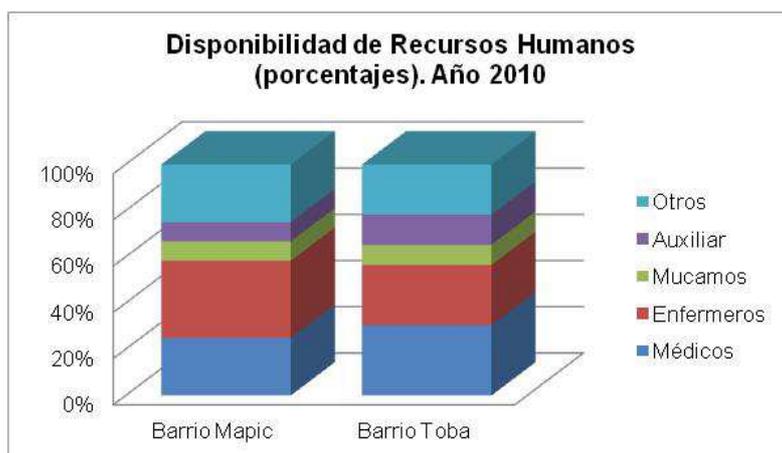
⁹ Los turnos se entregan en la mayoría de los Centros de Salud a las 06hs y a las 12:30hs, para la atención durante la mañana y tarde respectivamente.

zona norte “Villa Río Negro”, al cual los usuarios son derivados cuando requieren una atención de mayor complejidad.

De acuerdo con la información proporcionada por los directivos de los Centros de Salud, el TOBA cuenta con un mayor personal (23 personas), siendo la relación de médicos por cada mil habitantes de 0,18 y la de enfermeros 0,15 por cada mil habitantes. Por su parte, el personal del MAPIC cuanta con 12 personas y la relación de médicos y enfermeros por cada mil habitantes es de 0,06 y 0,08 respectivamente.

Si se considera la distribución porcentual del personal sanitario (Gráfico N° 4), se advierte en el MAPIC una mayor presencia de enfermeros (33,33%) y en segundo orden se encuentran los médicos y otro personal sanitario (25%). Contrariamente, en el TOBA, los mayores porcentajes lo representan los médicos (30,43%), seguido de los enfermeros (26,09%).

Gráfico N° 4



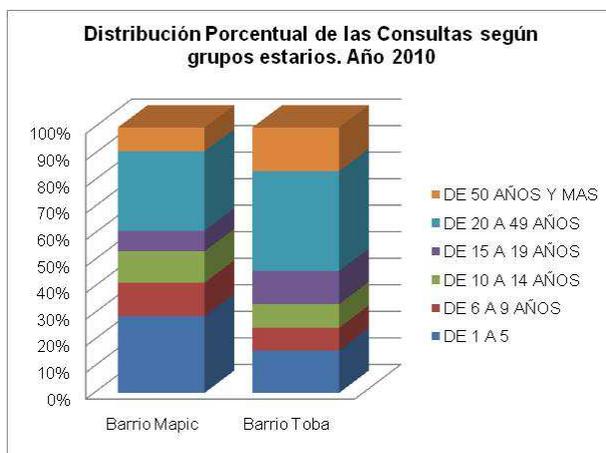
Fuente: Elaboración propia en base a la información de los Centros de Salud. Año 2010

Para completar este análisis se incorporó la información correspondiente a la distribución porcentual del número de consultas según grupos etarios (Gráfico N° 5); siendo lógico de esperar que los datos mantengan una correspondencia con las variables antes mencionadas.

En este sentido, en el MAPIC el número de consultas para el año 2010 era de 9599 y el mayor porcentaje lo representaban las consultas de 20 a 49 años (27,32%), seguido de las de 1 a 5 años (26,27%) y 6 a 9 años (11,61%). En tanto que, en el TOBA el número de consultas era de 15241, y el mayor porcentaje de consultas correspondía nuevamente a las

edades entre 20 y 49 años (35,32%), en segundo lugar las de 50 años y más (15,49%) y en tercero las 1 a 5 años (15,06%)

Gráfico N° 5



Fuente: Elaboración propia en base a los datos del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco. Año 2010

4. Discusiones

La presencia indígena en las ciudades, ha sido sistemáticamente negada, ocultada y estigmatizada. Con el retorno a la democracia la “cuestión indígena” -junto a la defensa de los derechos humanos- ha cobrado un papel destacado en la agenda pública en la Argentina. Un punto de inflexión fue la incorporación del artículo 75, inciso 17, en la Reforma Constitucional de 1994, en el que se reivindican a las comunidades indígenas y se reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas en el país. De esta forma, el reconocimiento a los pueblos indígenas se expresa en transformaciones en la jurisprudencia, dentro de un panorama mayor configurado por el auge y consolidación de movimientos étnicos en América y Argentina (Weiss, et all., 2013).

“Un rasgo común de los pueblos indígenas es su situación de desventaja en relación a otros sectores de la sociedad. En los más diversos contextos geográficos es posible observar múltiples factores que confluyen en la configuración de un patrón que vincula de manera compleja a pueblos indígenas y pobreza (Cimadamore, et all., 2006:17)

Los patrones de desventaja indígena se observan en países tanto desarrollados como no desarrollados, en ámbitos urbanos como rurales situación que se puede corroborar en el presente estudio.

Es sabido que bajo la condición de pobreza se ocultan una serie de realidades diferentes, a las que es posible aproximarse considerando las distintas situaciones que llevan a que se considere que un hogar es pobre. Por este motivo, resulta importante retomar el análisis de las dimensiones, con el objeto de identificar dichas situaciones en la Áreas Programáticas seleccionadas.

En relación a la primera dimensión “*Características Demográficas*”, puede decirse que desde el punto de la salud, la estructura por edad, determina grandes diferencias. En la infancia y juventud se manifiestan en mayor grado las enfermedades infecciosas, en contraste con las poblaciones ancianas, donde se destacan los problemas crónicos y degenerativos propios del adulto y del anciano. En las primeras, tienen interés especial la atención materna e infantil, saneamiento, inmunizaciones y fomento de la salud, mientras que en las poblaciones viejas aparecen como importantes los sistemas de diagnóstico precoz, la atención de los adultos y ancianos y la rehabilitación (Fantin, 2008).

Por otra parte, la diferencia de sexo genera desigualdad en la esperanza de vida, en la morbilidad y la mortalidad. A su vez, con la edad varía la morbilidad y la incidencia de la muerte, ya que normalmente la muerte afecta de forma más intensa en los primeros años de vida y en la vejez.

En las Áreas Programáticas estudiadas, la población presenta una estructura joven, por lo que los servicios sanitarios deberían prestar especial atención a la salud materno-infantil, especialmente en el MAPIC, donde del total de la población femenina, el 54% corresponde al grupo etario de edades fértiles. De la misma manera, los bajos porcentajes de personas mayores de 65 años (1,59%), muestran la necesidad de reforzar la atención de las enfermedades relacionadas con la vejez.

En la segunda dimensión “*Indicadores Sociales*”, los aspectos educativos tienen una marcada influencia en las condiciones socioeconómicas de las personas, por su estrecha relación entre el nivel de instrucción y empleo y la categoría ocupacional y remuneración. En consecuencia, a mayor nivel educativo, mayor capacidad tienen las personas para desarrollar sus potencialidades e ingresar en el mercado laboral, reforzando la cohesión social y el desarrollo para mejorar su calidad de vida. En contraposición, un menor nivel educativo se relaciona con la idea de fracaso y exclusión social, situaciones que repercuten en el incremento de las brechas sociales (Sabuda, 2008).

De ahí la importancia de los valores porcentuales de las personas que no saben leer ni escribir en el TOBA (14,32%), los cuales superan en el doble a los del Gran Resistencia.

Así, esta población analfabeta se verá en desventaja a la hora de acceder a un empleo bien remunerado y que le permita además acceder a prestaciones de salud privada. Situación que se agrava aún más, a la hora de comprar los medicamentos y realizar las prácticas de diagnósticos de mayor complejidad, no contemplados en la salud pública.

Con respecto a la tercer dimensión “*Características Sanitarias*”, Fantín (1999) explica que, así como el acceso a la red de agua corriente puede considerarse como un indicador del alcance de la infraestructura de servicios públicos, el hecho de que una vivienda disponga o no de inodoro con descarga de agua apunta a la capacidad “propia” de mejoras de los hogares¹⁰. Esto es importante para la salud de las personas, en especial la de los más pequeños, ya que tienen menos posibilidades de padecer enfermedades diarreicas si se tiene acceso a agua limpia y cuenta con buenas instalaciones sanitarias, debido a que los microbios causantes de la diarrea se transmiten generalmente de persona a persona por la ruta fecal-oral.

En este sentido, las políticas sanitarias deberían focalizarse en el Área Programática Toba, donde según la información censal del año 2010, el 35,71% de las viviendas poseen conexiones a los servicios básicos insuficientes. Asimismo, el traslado del agua en recipientes que no siempre reúnen las condiciones de higienes adecuada, ponen aún más riesgo la salud de las personas.

La cuarta dimensión “*Características Estructurales de la Vivienda*”, permite no sólo revelar las diferencias socioeconómicas entre las diferentes unidades espaciales estudiadas, sino también, el grado con el que influirán en la salud de la población. Arriagada Luco (2003), señala que existen ciertos componentes específicos de la habitabilidad de la vivienda que incrementan la probabilidad de contraer algunas enfermedades, especialmente en los más pequeños. En consecuencia, podría suponerse que la calidad constructiva de las viviendas del TOBA, aumentarían el riesgo de padecer determinadas enfermedades. Por su parte, en el MAPIC, debe destacarse la presencia de viviendas con piso de tierra; indicador que, además de mostrar las pobres condiciones socioeconómicas de los hogares, representa un peligro para la salud, especialmente de los infantes, por la exposición a las condiciones de insalubridad (Fantín, 1999).

Pero el estudio de las condiciones socioeconómicas no debe limitarse al análisis de las condiciones materiales de la vivienda, sino que deben considerarse las posibilidades que

¹⁰ Solamente el 43% de los hogares del Gran Resistencia (especialmente el casco céntrico y algunos barrios planificados) tiene acceso a la red cloacal, mientras el resto recurre a pozos ciegos para la descarga de los retretes o inodoros. Sin embargo, esto no puede tomarse como un indicador de deficiencia de la vivienda, ya que existen barrios donde la población posee buenos recursos económicos y, sin embargo, carecen de red cloacal. Dicha situación, responde a una falta planificación y mejoramiento de infraestructura por parte del gobierno provincial y no, a la falta de recursos económicos de sus habitantes.

tienen los hogares de disponer determinados bienes y servicios aporten bienestar a las familias; de ahí la importancia de la quinta dimensión “*Disponibilidad de Equipamientos Tecnológicos*”.

Así, en el Área Programática TOBA, los altos porcentajes de hogares sin heladera ponen en riesgo la capacidad de almacenamiento y conservación de los alimentos, situación que se empeora aún más en la estación estival debido a las altas temperaturas que caracterizan a la región del nordeste argentino.

Asimismo, el tipo de combustible que emplean para cocinar sirve como indicador para evaluar la contaminación del aire en los hogares. En relación a esto, debe decirse que el Instituto Provincial de Desarrollo Urbano y Vivienda de la provincia del Chaco, construyó las viviendas de los Barrios MAPIC y TOBA de acuerdo con los requerimientos de las familias, las cuales solicitaron la construcción de un horno externo (tal como pueden verse en las imágenes del Mapa N°1). Estas condiciones habitacionales tienen implicancia directa sobre la salud de las personas, ya que según la OPS (2000), la combustión doméstica de combustible de biomasa, carbón y queroseno en las comunidades pobres de los países desarrollados o en desarrollo puede causar una contaminación del aire extraordinaria en los espacios cerrados y supone un gran riesgo, para las personas que están expuestas a él, llegando a adquirir enfermedades respiratorias agudas, enfermedades cardíacas, cáncer de pulmón, quemaduras, entre otros.

Por su parte, las posibilidades de acceder a una computadora o teléfono celular o de línea, disminuye la brecha de desigualdades entre los hogares. La ausencia de una computadora en las dos Áreas Programáticas pone en situación de desventaja a la población en edad escolar, con respecto al resto de los jóvenes del Gran Resistencia.

Como cierre del análisis de las características socioeconómicas se encuentra la dimensión “*Situación de Pobreza de los Hogares*”. La misma ha sido incorporada con el fin de identificar a los hogares pobres, es decir, aquellos donde el conjunto de sus integrantes no logra satisfacer algunos o todos los requerimientos de subsistencia que han sido definidos como “necesidades básicas”¹¹ (Rofman y Romero, 2000).

La sexta dimensión representa la síntesis de los aspectos analizados con anterioridad y pone en evidencia los problemas socioeconómicos por los cuales deben afrontar las familias

¹¹ De acuerdo con la definición del INDEC (2010), los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas son los hogares que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación: Hacinamiento (hogares que tuvieran más de 3 personas por cuarto); Vivienda (hogares que habitaran en una vivienda de tipo inconveniente); Condiciones sanitarias (hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete); Asistencia escolar (hogares que tuvieran algún niño en edad escolar que no asista a la escuela) y Capacidad de subsistencia (hogares que tuvieran 4 ó más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe tuviera baja educación).

del Área Programática TOBA, situación que repercute en sus condiciones de salud y demanda de los servicios de Atención Primaria de la Salud.

En relación a lo antes expuesto, puede agregarse que, “Indicadores clave como los de salud están sin duda vinculados con la situación de pobreza de los pueblos indígenas. Las estadísticas disponibles muestran que los pueblos indígenas, particularmente las mujeres y los niños, tienen menos acceso a los servicios básicos de salud, lo que explicaría gran parte de la diferencia entre los indicadores de salud¹² de la población indígena y no indígena. Indicadores como mortalidad materna, partos hospitalarios y cobertura de vacunación y salud son sistemáticamente peores entre los pueblos indígenas” (Cimadamore, et all., 2006:21).

Si bien, en el MAPIC se distinguen las consultas de 1 a 5 años y en el TOBA las de 20 a 49 años, pudiéndose suponer que se trata de las mujeres en edad fértil y que, por la tanto la salud materno-infantil se encuentra cubierta, en la práctica diaria la situación es más compleja. Lamentablemente, en esos resultados no se pueden diferenciar a la población indígena, sin embargo, según lo expresado por el personal sanitario, en ambos Centros de Salud el mayor número de usuarios corresponde a la población “criolla”¹³.

Asimismo, la evolución de la población en los últimos años, pone en evidencia el número de médicos insuficientes para atender a una demanda en constante crecimiento, especialmente en el MAPIC.

5. Conclusiones

En general los movimientos migratorios de la población indígena a los centros urbanos son producto de las transformaciones socioeconómicas en los ámbitos rurales, y el avance de diferentes actividades productivas, en especial ligadas al capital agroindustrial, sobre los territorios en que se asientan estos grupos.

Retomando los interrogantes que motivaron a esta investigación, puede decirse que las Áreas Programáticas MAPIC y TOBA, se caracterizan por tener una estructura poblacional joven y una esperanza de vida baja. Sin embargo, el índice de masculinidad del primero se asemeja más al del Gran Resistencia, donde se observa un predominio de población femenina.

¹² “La máxima autoridad de la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó a finales de la década del noventa una serie de datos sobre la situación de los pueblos indígenas en el mundo en donde se destaca que la esperanza de vida al nacer para ellos es de 10 a 20 años menor que la del resto de la población; la mortalidad infantil es 1,5 a 3 veces mayor que el promedio nacional; la malnutrición y las enfermedades tales como malaria, fiebre amarilla, dengue, cólera y tuberculosis continúan afectando a una gran proporción de esos pueblos alrededor del mundo” (Cimadamore, et all., 2006:21)

¹³ Esta denominación es empleada por la población indígena, para referirse al “otro”, no perteneciente a la etnia Qom.

En lo que respecta a las características socioeconómicas de este grupo poblacional, en la mayoría de los casos la migración no significó una mejoría y la situación de pobreza tendió a acentuarse. En efecto, el traslado de sus costumbres y estilos de vida a espacios periurbanos, sin la infraestructura adecuada, no hicieron más que aumentar la brecha de desigualdades con el resto de la población del aglomerado.

Entre las variables seleccionadas para el estudio de las características socioeconómicas prevalecen las deficientes características de los servicios sanitarios y las viviendas construidas con materiales poco resistentes y de mala calidad, distinguiéndose principalmente la situación del TOBA en este contexto. Ambas variables guardan una relación directa con las condiciones de salud de las personas, por su estrecha relación con la higiene.

Entre las dos Áreas Programáticas, MAPIC ha experimentado el mayor crecimiento poblacional en los últimos 10 años, favorecido en parte por las políticas habitacionales de la provincia, que permitieron la construcción de viviendas en un área de influencia que antes se encontraba prácticamente vacío. En consecuencia, la atención brindada por Centro de Salud, se ha visto superada por un aumento en la demanda.

Si bien, la mayor parte de las consultas están relacionadas con la atención de la salud materno-infantil, la representatividad de la comunidad indígena sigue siendo muy poca, ya que gran parte de dichas consultas las realizan la población criolla.

En relación a ello, surge un nuevo interrogante para futuras investigaciones: ¿cuáles son los factores que influyen en la accesibilidad de la población indígena al servicio sanitario?

6. Bibliografía

- Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial (2014) **Los Pueblos Indígenas en América Latina. Balance político, económico y social al término del Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas en el Mundo.** Washington DC
- Cepal (2014) **Los pueblos indígenas en América Latina. Avances en el último decenio y retos pendientes para la garantía de sus derechos. Síntesis.** Santiago, Chile.
- Cimadamore, Alberto D.; Eversole, Robyn; McNeish, John-Andrew (2006) *Pueblos indígenas y pobreza. Una introducción a los enfoques multidisciplinares.* **Pueblos indígenas y pobreza. Enfoques multidisciplinares.** Programa CLACSOCROP, Buenos Aires.
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/crop/indige/Introduccion8.pdf>
- Fantín, María Alejandra. (2008). **Población, Sociedad y Salud en la Frontera Argentino-Paraguaya.** Asociación Paraguaya de Estudios de Población, Fondo de Población de las Naciones Unidas, IIGHI-CONICET, Resistencia.

- Fantín, María Alejandra. (1999). "Condiciones socioeconómicas y salud en el Gran Resistencia a comienzo de la década de 1990". Córdoba: Centro de Estudios Avanzados, U. N. C. pp. 127.
- Guarino Graciela B. (2006) *Los tobas de la ciudad de Resistencia: el desafío de vivir en los márgenes. Cuaderno Urbano N° 5*, pp. 35-54, Resistencia, Argentina.
- Hall, G. y Patrinos, A. (2006). **Pueblos Indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004**. Banco Mundial en coedición con Mayol Ediciones S.A. Bogotá Colombia.
- Hall, G. y Patrinos, A. (2004). **Pueblos Indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994-2004. Resumen ejecutivo**. Banco Mundial
- INDEC (2015) **Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010: Censo del Bicentenario. Pueblos originarios: región Nordeste Argentino**. - 1a ed. - Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- INDEC (2012) **Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas. 2010. Censo del Bicentenario. Resultados Definitivos, Serie B N°2**.
- INDEC. (2010). **Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda de la Provincia del Chaco, 2010**. INDEC. Buenos Aires.
- Naciones Unidas (2015) *Los Pueblos Indígenas en Áreas Urbanas y la Migración: Retos y Oportunidades. Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas*. http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/6_session_factsheet2_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud (OMS) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). 1978. **Declaración de Alma Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud**. OMS. Serie Salud para todos N° 1. Ginebra, Suiza. URL disponible en: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2000). **La Salud y el ambiente en el Desarrollo Sostenible**. Publicaciones Científicas N° 572. Washington.
- Peyser, A. (2003). **Desarrollo, Cultura e Identidad: El caso del mapuche urbano en Chile. Elementos y estrategias identitarias en el discurso indígena urbano**. Ph.D. Thesis, Universidad Católica de Louvain.
- Rofman A. y Romero, L. (2000). **Desarrollo regional y exclusión social**. Ed: Amorrortu. Buenos Aires.
- Sabuda, Fernando. (2008). Diferenciación sociocultural de los hogares. Aportes para el análisis territorial de la vulnerabilidad educativa en el Partido de General Pueyrredón. En **Territorio y calidad de vida, una mirada desde la geografía local. Mar del Plata y Partido de General Pueyrredón**. Edición de Patricia Lucero et al., 141-176. Mar del Plata: GESPyT / Eudem.
- Weiss, Laura; Engelman, Juan; Valverde, Sebastián (2013) *Pueblos indígenas urbanos en Argentina: un estado de la cuestión*. **Revista Pilquen** - Sección Ciencias Sociales, vol. XI, núm. 16-1, pp. 1-14. Universidad Nacional del Comahue Viedma, Argentina