



POBLACIÓN INDÍGENA EN CONTEXTO URBANO: ANÁLISIS DE LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD, A PARTIR DE LA INFORMACIÓN CENSAL

INDIGENOUS POPULATION IN URBAN CONTEXT: ANALYSIS OF SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, FROM CENSUS INFORMATION

Dra. Blanca Elizabeth Ponce

Dto. de Geografía. Facultad de Humanidades. UNNE
Prof. Auxiliar en Geografía y Sociedad y Geografía de la Población
IIGHI-CONICET-UNNE. Becaria Postdoctoral del CONICET
E-mail: blancae_ponce@yahoo.com.ar

Dra. María Alejandra Fantín

Dto. de Geografía. Facultad de Humanidades. UNNE
Prof. Titular en Geografía y Sociedad
IIGHI-CONICET-UNNE. Investigadora Independiente del CONICET
E-mail: mafantin@gmail.com

RESUMEN

El estudio está centrado en dos Áreas Programáticas del Área Metropolitana del Gran Resistencia (AMGR): Mapic y Toba. De acuerdo con la información censal del año 2001, albergan un 45% y 11% respectivamente de hogares constituidos por una o más personas indígenas o descendientes de pueblos indígenas u originarios.

En los últimos años incrementaron su demanda, como consecuencia del crecimiento natural y de las políticas habitacionales que beneficiaron al área de influencias. Por este motivo, resulta indispensable, a la hora de desarrollar las acciones de salud, conocer: ¿cuáles son las características demográficas y socioeconómicas de su población?

Dentro de este marco, la presente investigación tiene por objetivo caracterizar demográfica y socioeconómicamente las Áreas Programáticas Mapic y Toba, contextualizándolas con el AMGR; teniendo como principal fuente de información al Censo Nacional del Población, Hogar y Vivienda de la República Argentina del año 2010.

PALABRAS CLAVES: Salud; Área Programática; Desigualdad; Recursos Sanitarios; Área Metropolitana del Gran Resistencia.

ABSTRACT

The study is focused on two programmatic areas of the Metropolitan Area of the Gran Resistencia (AMGR): Mapic and Toba. According to the census information of the year 2001, these contain a 45% and 11% respectively, of households constituted by one or more indigenous persons or descendants of indigenous or originating peoples.

In the last years, these increased its demand, as consequence of the natural growth and the housing policies that benefited the area of influence. For this motive, it is indispensable, to the moment of you develop the actions of health, to know: ¿Which are the demographic and socioeconomic characteristics of its population?

Within this framework, the present research has for aim characterize Demographically and socioeconomically, the Mapic and Toba Programmatic Areas, contextualizing them with the AMGR; having as main source of information to the National Census of the Population, Home and Housing of the Argentine Republic of the year 2010.

KEY WORDS: Health; Programmatic Area; Inequality; Health Resources; Metropolitan Area of the Gran Resistencia.

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.

En el Área Metropolitana del Gran Resistencia (AMGR), la instalación de familias tobas¹ en terrenos fiscales suburbanos, 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 falta de demanda externa se iniciaron tiempos 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 (Guarino, 2006).

Por otra parte, el Barrio Mapic, ubicado a 8 kilómetros al noroeste de la ciudad de Resistencia, en el espacio suburbano y sobre la antigua cuenca inundable del río Negro, ocupa una superficie total de 55 hectáreas de lote fiscal. 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).

Tanto el Barrio Toba como el Mapic, cuentan con Centros de Atención Primaria de la Salud, que reciben nombres homónimos a los barrios. En los últimos años, el crecimiento natural, las políticas habitacionales y la incorporación de parientes y familias criollas -también afectadas por la crisis agrícola de la provincia- promovieron el crecimiento demográfico de sus Áreas Programáticas (áreas de influencia). Por este motivo, resulta indispensable, a la hora de identificar los factores condicionantes de las desigualdades sociales en salud y desarrollar las acciones de salud, conocer: ¿cuáles son las características demográficas y socioeconómicas de su población? y ¿Con qué recursos sanitarios cuenta esta población?

Para responder a estas preguntas se plantearon los siguientes objetivos: caracterizar demográfica y socioeconómicamente las Áreas Programáticas Mapic y Toba, contextualizándolas con el AMGR; teniendo como principal fuente de información al Censo Nacional del Población, Hogar y Vivienda de la República Argentina del año 2010.

2. Materiales y Métodos

Para cumplir con los objetivos del trabajo, se tomó como unidad espacial a las Áreas Programáticas de los Centros de Salud ubicados en los barrios Mapic y Toba del AMGR³ (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, donde se desarrollan o deberían desarrollarse, todas las acciones de salud tendientes a asegurar la cobertura de toda la población bajo su responsabilidad.

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

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

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

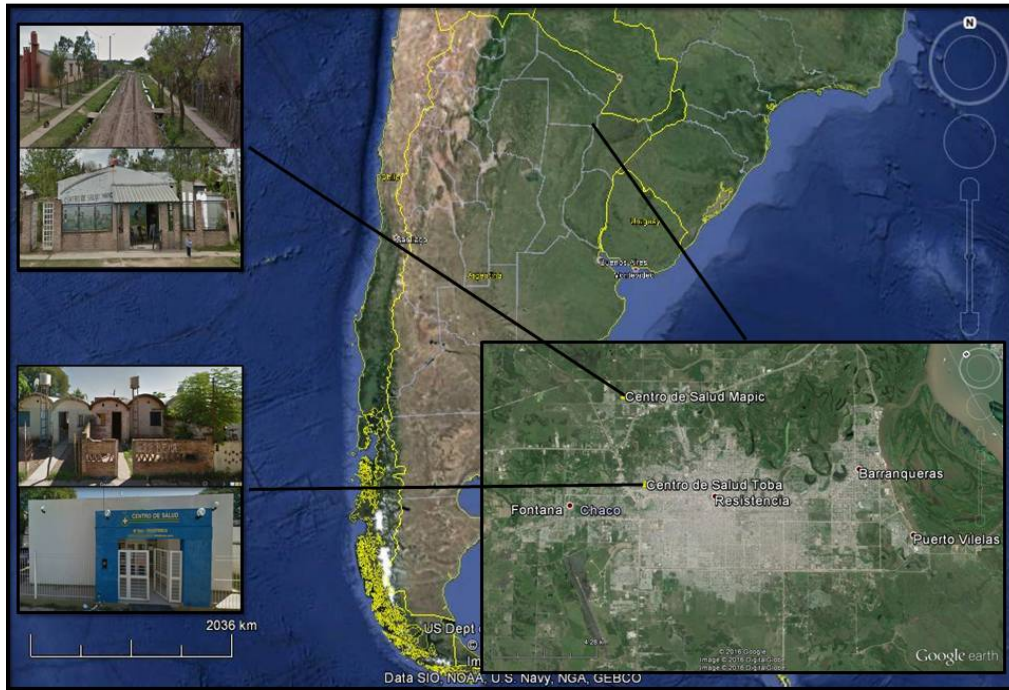
Para el año 2010, en el Área Programática Toba la población y el número de hogares ascendió a 3882 y 895 respectivamente; en tanto que, en el MAPIC el incremento fue mayor: 5153 habitantes y 1201 hogares.

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 la totalidad del AMGR.

Finalmente, para estudiar la oferta y disponibilidad de los servicios salud pública, se recurrió en un primer momento la Dirección de Zona I, Área Metropolitana del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco –la selección temporal de las estadísticas respondieron a la necesidad hacer una correspondencia temporal con la información censal. Por otro lado, a través de las publicaciones periódicas de la Dirección de Estadística Sanitaria (“Anuarios de Estadísticas Vitales y Sanitarias”), pudo conocerse el número de consultas según grupos etarios, optándose por trabajar con promedios trianuales.

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

Mapa N° 1: Ubicación Geográfica del AMGR y las Áreas Programáticas Mapic y Toba. Año 2010



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

3. Contexto nacional, regional y provincial

De acuerdo con los datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2010 (INDEC 2012), en Argentina el 3,03% (368.893) de los 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 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%) (INDEC, 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.

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).

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.

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.

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 (el 50% de este tipo de abastecimiento es a través de perforaciones con bomba a motor o manual; pozo; transporte por cisterna o agua de lluvia, río, canal, arroyo o acequia). Además, puede agregarse que: el 14% de población indígena con más de 10 años es analfabeta (45% varones y 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%.

4. Factores Condicionantes de las Desigualdades Sociales en Salud

Según Borrell y Artazcoz (2008), la desigualdad social en salud hace referencia a las distintas oportunidades y recursos relacionados con la salud que tienen las personas en función de su clase social, sexo, territorio o etnia, lo que se plasma en una peor salud en los colectivos socialmente menos favorecidos.

Existen distintos modelos para explicar los determinantes de las desigualdades en salud, uno de los primeros y más influyentes fue el de Lalonde en 1974, quien identificó como determinantes claves a los estilos de vida, el ambiente, la biología humana y los servicios de salud, en un enfoque que planteaba explícitamente que la salud es más que un sistema de atención. Este mismo autor destacó la discordancia entre esta situación y la distribución de recursos y los esfuerzos sociales asignados a los diferentes determinantes. Desde esa fecha, se ha ido aprendiendo mucho más, en particular sobre los mecanismos en que los factores sociales afectan a la salud y la equidad, lo que ha permitido expandir este marco básico (Frenz, 2005).

Posteriormente surgen otras propuestas conceptuales, que al interaccionar con los identificados por Lalonde en particular las condiciones sociales, quedan diagramadas en un modelo

planteado por Dahlgren y Whitehead y adoptado por Acheson (1998), en su informe sobre desigualdades en salud en Gran Bretaña. Este modelo presenta a los principales determinantes de la salud como capas de influencia (Figura N° 1). En el centro se encuentra el individuo y los factores constitucionales que afectan a su salud pero que no son cambiables. A su alrededor se encuentran las capas que se refieren a determinantes posibles de modificar, comenzando por los estilos de vida individuales, objeto desde hace décadas de los esfuerzos de promoción en salud. Pero los individuos y sus conductas son influenciados por su comunidad y las redes sociales, las que pueden sostener o no a la salud de los individuos; hecho que si se ignora dificulta la adopción de conductas saludables. Los determinantes considerados más amplios o profundos, en cuanto a su influencia, tienen que ver con las condiciones de vida y trabajo, alimentos y acceso a servicios básicos, además de las condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales, representadas en la capa más externa. El modelo intenta representar además las interacciones entre los factores (Frenz, 2005).

4.1 Perfil Socioeconómico

A partir de la información censal disponible, se procedió a seleccionar un conjunto de de 20 variables de carácter demográfico, social y económico, las cuales fueron agrupadas posteriormente en 6 dimensiones. Del análisis de las mismas, se pretende identificar aquellas variables que se presentan de manera más crítica en las Áreas Programáticas Mapic y Toba, reconociéndose el impacto que estas tenían sobre las condiciones de salud de la población.

A continuación, en la Tabla N° 2 se presentan las dimensiones y variables seleccionadas.

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 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.

4.1.1 Dimensión “Características Demográficas”

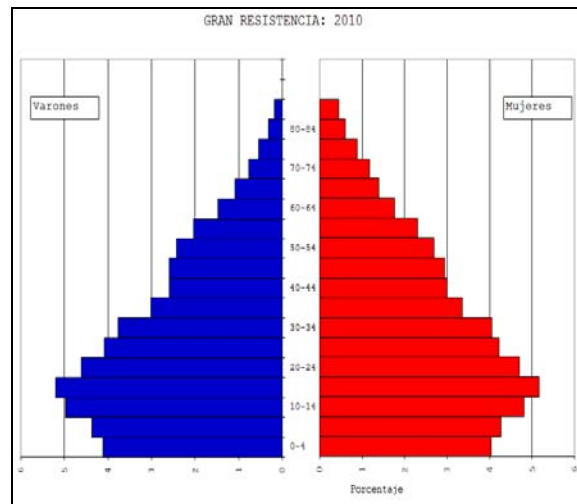
Para el análisis de la primera dimensión, se consideró a los dos componentes principales que participan directamente en la dinámica de la población: la edad y el sexo. La pirámide de población es la forma de representación gráfica frecuentemente utilizada para estudiarlos, por su fácil construcción e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

De esta manera, se advierte que para el año 2010, la pirámide poblacional del AMGR (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 Mapic, donde representa el 1,59% y existe un predominio de varones en las edades avanzadas.

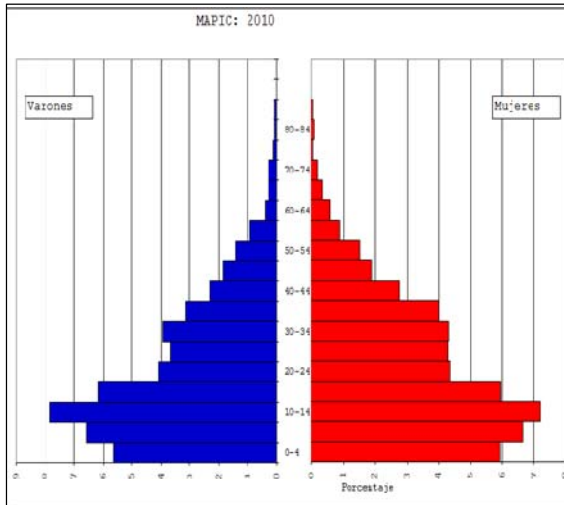
Por su parte, el índice de masculinidad muestra un predominio de mujeres para el AMGR y el Áreas Programática Mapic (93 y 95 hombres por cada cien mujeres respectivamente). En contraposición se encuentra el TOBA, donde según la información censal del año 2010 existen 103 hombres por cada cien mujeres.

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



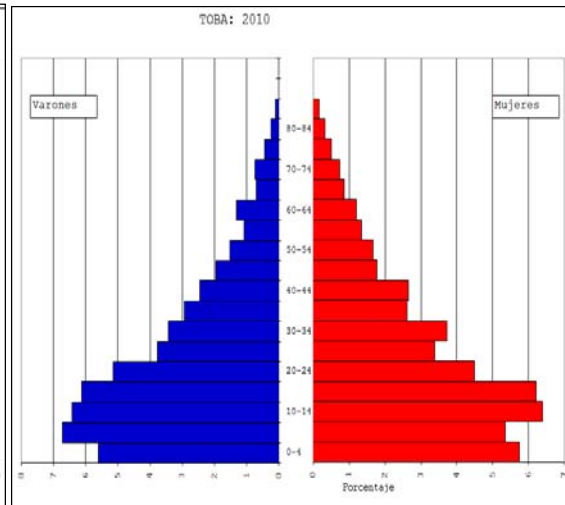
Fuente: Elaboración propia en base a los datos del INDEC, 2016.

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.

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.

4.1.2 Dimensión “Indicadores Sociales”

En la segunda dimensión, tal como se advierte en la Tabla N° 3, la variable sexo del jefe de hogar muestra un predominio de varones en las tres unidades espaciales, siendo 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 AMGR un 7,27% de población mayor de tres años que no sabe leer ni escribir, seguidamente se encuentra Mapic (11,06%) y con los valores más altos el Toba (14,32%). La situación de la educación tiene un gran impacto, no sólo porque influye en la equidad en el mercado de trabajo y en la perpetuación de la situación de pobreza, sino también por sus consecuencias para la salud. Estudios recientes revelan que la educación de la madre es un factor de peso en el cuidado de la salud del núcleo familiar y suele influir en la búsqueda de un parto institucionalizado y de exámenes médicos regulares, y en otras prácticas de salud (Torres, 2001).

La última variable de esta dimensión corresponde a la población mayor de 14 años de edad desocupada, es decir personas que están demandando trabajo y no lo consiguen. Si bien, los valores porcentuales de esta variable en las tres unidades espaciales toman valores que no superan el 5%,

debe tenerse presente la discriminación y segmentación del mercado de trabajo que confrontan los pueblos indígenas actuales de toda América Latina. En relación a esto, Plant (1998) expresa que, la participación de ellos en los mercados de trabajo se ha dado mediante varias formas de coerción, representando el grueso de la mano de obra barata en la agricultura y minería de varios países. Además, el principal problema de integración al mercado laboral urbano que enfrenta la población indígena que migro de zonas rurales a urbanas, se encuentra en factores de tipo estructural, como su menor escolaridad relativa o la escasa o nula preparación para enfrentar las demandas de la estructura productiva. De esta manera, su ingreso a la salarización se produce en condiciones de precariedad e informalidad (Bello y Rangel, 2002).

Tabla N° 3. Indicadores Sociales en el AMGR 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		
AMGR	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.

4.1.3 Dimensión “Características de los Servicios Sanitarios”

En lo que respecta a esta tercera dimensión (Tabla N° 4), sobresale en los hogares el abastecimiento de agua a través 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 Área Programática Toba, donde el 22,35% se abastece a través de una canilla fuera de la vivienda y terreno. La carencia de este servicio dentro de la vivienda, tiene repercusión directa en la disponibilidad de baño/letrina con descarga de agua (el 12,53% no lo tienen).

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%). Esta deficiente evacuación de excretas, se transforma en un serio problema, generando focos infecciosos.

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 (Toba sobresale con el 35,71%).

En relación a las variables que componen esta dimensión, 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 hogares⁵. 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.

Tabla N° 4. Características de los Servicios Sanitarios en los Hogares del AMGR 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 ⁶
AMGR	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.

4.1.4 Dimensión “Características Estructurales de la Vivienda”

Los materiales de baja calidad en los pisos es uno de los indicadores que constituye la variable viviendas construidas con materiales poco resistentes y de mala calidad; de ahí puede inferirse que en los valores porcentuales del Mapic (41,84%), además de este indicador –que representa el 5,58%–, influye la presencia de materiales de mala calidad en los techos (Tabla N° 5).

Otra de las variables que constituye esta dimensión es calidad constructiva insuficiente de las viviendas, la misma muestra la síntesis de los aspectos analizados anteriormente, destacándose notablemente el Toba con la situación más crítica (33,81%).

Esta cuarta dimensión, 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. Tal como lo menciona Arriagada Luco (2003), existen ciertos componentes específicos de la habitabilidad de la vivienda que incrementan la probabilidad de contraer algunas enfermedades, especialmente en los más pequeños.

Tabla N° 5. Características Estructurales de las Viviendas del AMGR 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 ⁷	Viviendas con Calidad Constructiva Insuficientes ⁸
AMGR	3,34	26,44	19,43
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

4.1.5 Dimensión “Disponibilidad de Equipamientos Tecnológicos”

En esta quinta dimensión, 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 el Área Programática Toba con altos porcentajes de hogares sin heladera (Tabla N° 6). Esta situación pone en riesgo la capacidad de almacenamiento y conservación de los alimentos, condiciones que empeora aún más en la estación estival, debido a las altas temperaturas que caracterizan a la región del nordeste argentino.

En relación a la variable, leña o carbón como principal combustible para cocinar, 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 con un horno externo, tal como pueden verse en las imágenes del Mapa N°1. A pesar de esta solicitud, los valores porcentuales revelan de manera indirecta la poca utilidad que le dan las familias.

La utilización de este tipo de combustible, además de representar la fuerza de trabajo femenina –por ser las mujeres generalmente las encargadas de hacer fuego para cocinar- sirve como indicador para evaluar la contaminación del aire de los hogares. De acuerdo con la OPS (2000), la combustión doméstica de combustible de biomasa, carbón y queroseno en las comunidades pobres en 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 otra parte, en esta dimensión 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. En este sentido, para Bello y Rangel (2002), la educación y los avances tecnológicos (la difusión de la Internet, por ejemplo) pueden ser mecanismos eficaces de integración en la diversidad y de democratización del acceso al conocimiento y a los bienes simbólicos de todos los grupos de la sociedad.

Tabla N° 6. Disponibilidad de Equipamientos Tecnológicos de los Hogares del AMGR 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
AMGR	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.

4.1.6 Dimensión “Situación de Pobreza de los Hogares”

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. De esta manera, sobresale el Área Programática Toba con el 24,58% de los hogares con al menos un indicador de NBI y, más cercano a los valores del AMGR (11,27%) se encuentra Mapic (15,90%)

4.2 Disponibilidad de Recursos Sanitarios

Según Torres (2001), algunos de los factores que están bajo el control del sector de la salud, como el acceso a los servicios, constituyen un elemento central en la producción de resultados de salud en diferentes en grupos humanos. Estas restricciones pueden producirse por factores como la ubicación y los costos de los servicios. Históricamente, la segregación espacial de grupos en barrios o zonas ha coincidido con la presencia de servicios públicos de menor calidad y eficiencia en esas localidades, incluidos los de la salud. El autor agrega además que, existen otros problemas relacionados con la lengua y los valores culturales, que tienen efecto excluyente; por ejemplo, la visión de la salud y de las causas de enfermedad forma parte de las creencias de cada grupo étnico, estas creencias pueden crear renuencia a la hora de acudir a los servicios basados en la medicina científica.

En este apartado, se pretende continuar profundizando el análisis de los determinantes de las desigualdades en salud, a partir de la disponibilidad de recursos sanitarios. Desde el punto de vista de los recursos físicos, debe tenerse presente la organización sanitaria establecida por el Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco. De acuerdo con esto, el AMGR clasifica a los Centros de Atención Primaria de la Salud⁹ en tres categorías según el nivel de complejidad.

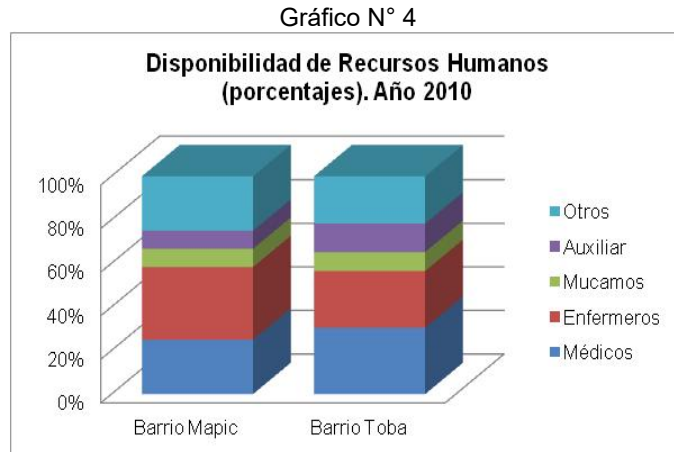
- ❖ **Nivel de Complejidad IV:** corresponden a los Centros Regionales de Referencia (CRR), los cuales son cuatro y tienen por finalidad descentralizar la atención brindada por los dos hospitales públicos (“Julio C. Perrando” y “Pediátrico Dr. Avelino Castelán”). Si bien, cada uno de ellos tiene su propia 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 tarde¹⁰.
- ❖ **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, las Áreas Programáticas Mapic y Toba tienen un nivel de complejidad III y responden al comando operativo del CRR de la zona norte “Villa Río Negro”, al cual los usuarios son derivados cuando requieren una atención de mayor complejidad.

4.2.1 Disponibilidad de Recursos Humanos

De acuerdo con la información proporcionada por la Dirección de Zona I, Área Metropolitana del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco para el año 2010, el Centro de salud 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 tiene un total de 12 personas trabajando y la relación de médicos y enfermeros por cada mil habitantes es de 0,06 y 0,08 respectivamente.

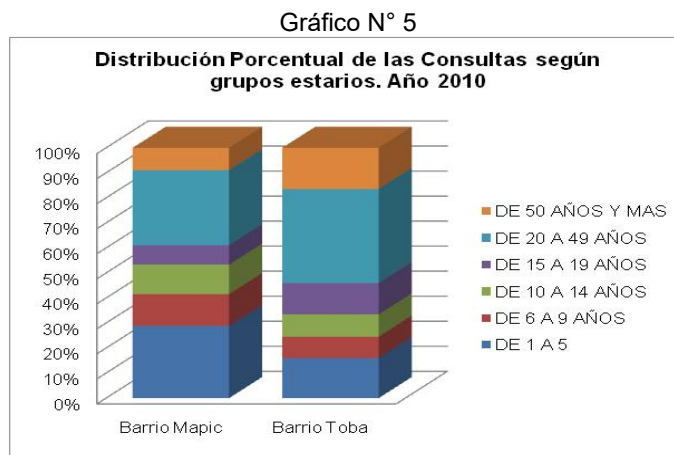
Si se considera la distribución porcentual del personal sanitario (Gráfico N° 4), se advierte en el Mapic una mayor presencia de enfermeros (33,33%) y en segundo orden se encuentran los médicos y otro personal sanitario (25%). Contrariamente, en el Toba, los mayores porcentajes lo representan los médicos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



Fuente: Elaboración propia en base a la información la Dirección de Zona I, Área Metropolitana del Ministerio de Salud Pública de la Provincia del Chaco. 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 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 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%).



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

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 salud¹¹ 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 al., 2006:21).

Si bien, en Mapic se distinguen las consultas de 1 a 5 años y en Toba las de 20 a 49 años, pudiéndose suponer que se trata de las mujeres en edad fértil y que, por lo tanto la salud materno-infantil se encuentra cubierta, en la práctica diaria la situación es más compleja. Lamentablemente, los resultados no distinguen entre población indígena y no indígena; no obstante de las entrevistas y observaciones realizadas puede anticiparse –sin estadísticas en mano – que el mayor número de usuarios en ambos puestos sanitarios corresponden a la población “criolla”¹².

Asimismo, el crecimiento demográfico de los últimos años, pone en evidencia el número de médicos insuficientes para atender a una demanda en constante crecimiento, especialmente en el Área Programática Mapic.

5. Consideraciones Finales

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. En la mayoría de los casos, 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.

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 AMGR, donde se observa un predominio de población femenina. En consecuencia, los servicios sanitarios deberían prestar especial atención a la salud materno-infantil, principalmente 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, muestran la necesidad de reforzar la atención de las enfermedades relacionadas con la vejez.

Por otra parte, los valores porcentuales de las personas que no saben leer ni escribir en el Área Programática Toba (14,32%), muestran a la población analfabeta que se encuentra en situación de desventaja a la hora de acceder a un empleo bien remunerado, con aportes jubilatorios y acceso a prestaciones de salud provinciales, estatales o privadas. 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.

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. Ambas variables, 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.

En lo que respecta al acceso de equipamientos tecnológicos, las posibilidades de acceder a una computadora, teléfono celular o de línea, disminuye las desigualdades entre los hogares. En tanto que, la ausencia de una computadora en el hogar pone en situación de desventaja a la población en edad escolar, que queda marginada de todo el bagaje de información actualizada que circula en la red.

De las dos Áreas Programáticas consignadas en este trabajo, fue Mapic donde se evidenció el mayor crecimiento demográfico en los últimos 10 años, favorecido en parte las políticas habitacionales de la provincia, lo cual tiene impacto directo sobre la demanda del servicio.

Si bien, las distintas fuentes de información consideradas muestran una prevalencia en las consultas relacionadas con 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: ¿cuáles son los factores que influyen en la accesibilidad al servicio sanitario de la población indígena?

Para dar respuesta a este nuevo interrogante y, aportar al conocimiento de las desigualdades en salud entre poblaciones indígenas y no indígenas, resulta indispensable trabajar de manera conjunta con las comunidades, de manera que puedan diseñarse políticas congruentes a sus creencias, lenguaje y vida cotidiana.

6. Bibliografía

- Acheson, D. 1998. "Independent inquiry into inequalities in health". Report. The Stationery Office. London.
- Arriagada Luco, Camilo. 2003. "La dinámica demográfica y el sector habitacional en América Latina". Población y Desarrollo. Serie 33. CELADE- División de Población. Santiago de Chile, enero.
- 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
- Bello, Alvaro y Rangel, Marta. (2002). La equidad y la exclusión de los pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina y el Caribe. *Revista de la CEPAL N°76*. URL disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/10800>
- Borrell, Carme y Artazcoz, Lucía. 2008. "Las políticas para disminuir las desigualdades en salud". *Gaceta Sanitaria*. Vol. 22, N° 5. Barcelona. 465-473. URL disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500012
- 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 multidisciplinarios*. Pueblos indígenas y pobreza. Enfoques multidisciplinarios. Programa CLACSOCROP, Buenos Aires. URL disponible en: <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.
- Frenz, Patricia. 2005. "Desafíos en salud pública de la Reforma, equidad y determinantes". *Revista Chilena de Salud Pública*. Tema de Actualidad; Vol 9 (2): 103- 110. URL disponible en: <http://www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php/RCSP/article/viewFile/20128/21293>
- Guarino Graciela B. (2006) *Los tobos 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. URL disponible en: http://www.un.org/esa/socdev/unpfi/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.
- Plant, R. (1998). Pobreza y desarrollo indígena: algunas reflexiones. Inter-American Development Bank. URL disponible en: <https://publications.iadb.org/handle/11319/5201>
- 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.
- Torres, C. (2001). La equidad en materia de salud vista con enfoque étnico. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health* 10(3), 188-201. URL disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/8636/6573.pdf?sequence=1>
- 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

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 decalvación 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>).

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.

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.

⁵ 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.

⁶ 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.

⁷ 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.

⁸ 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.

⁹ 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).

¹⁰ 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.

¹¹ “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 al., 2006:21)

¹² Esta denominación es empleada por la población indígena, para referirse al “otro”, no perteneciente a la etnia Qom.