

## **“Nelson Mandela DD. HH.”**

Centro de Estudios e Investigación Social

Avenida Alberdi N° 338 - Resistencia - Chaco - C.P. 3500  
Página web: [www.centromandelachaco.com.ar](http://www.centromandelachaco.com.ar)

Tel/fax: (54 - 03722) 428475  
Email: [info@centromandela.com.ar](mailto:info@centromandela.com.ar)

---

### **COMUNIDADES INDÍGENAS DE CHACO**

### **TERCER INFORME A LA CIDH**

## **¿CONTINÚA EL DESASTRE HUMANITARIO?**

### **EL INFORME**

**SEÑORES  
COMISION INTERAMERICANA DE DERECHOS  
HUMANOS  
ORGANIZACION DE LOS ESTADOS AMERICANOS  
WASHINGTON, DC 20006 ESTADOS UNIDOS**

**ATENCIÓN: Secretario Ejecutivo Sr. SANTIAGO A. CANTON.**

**REF: SOLICITUD DE MC-159-07:**

Quiénes iniciaron el trámite requiriendo la adopción de medidas cautelares que plantearan en favor de las comunidades indígenas que habitan en el territorio de la Provincia del Chaco, República Argentina, nos encomendaron evacuar la **SOLICITUD DE INFORMACION** que Ustedes dirigieran a los señores Fernando Marcelo Carletti y otros, con domicilio en Almirante Brown 2506, 3º "A", Mar del Plata; en la tarea encomendada, pasamos a rendir el siguiente INFORME:

## **CONSIDERACIONES PRELIMINARES**

Como primera idea, señalamos que estructuralmente persiste y continúa la cruda realidad social, económica, sanitaria, educativa y ambiental que rodea a las comunidades indígenas que habitan el amplio territorio denominado El Impenetrable Chaqueño. Los detalles, pormenores y trazos generales ya fueron descriptos en los Informes elevados a la Comisión en fechas 6 de noviembre de 2007 y 30 de abril de 2008, que a su vez fueron incorporados a nuestra web ([www.centromandela.com.ar](http://www.centromandela.com.ar)) e identificados como DOCUMENTOS 195 y 276, a los que nos remitimos por razones de brevedad.

Dichos Informes lamentablemente tienen y cobran total actualidad descriptiva, si bien no podemos dejar de señalar que se ha producido una mejora importante generada por el Estado nacional, consistente en el otorgamiento de pensiones graciables por invalidez, vejez (personas de más de 70 años) y madres con 7 o más hijos, más una asistencia alimentaria bimensual que implica la entrega de bolsines alimentarios que contienen quince kg. de mercaderías que se entregan a razón de cada tres personas, por lo que cada familia indígena recibe 3 unidades en el periodo señalado, acortándose –a veces- las entregas a plazos menores. De este modo ha mejorado lo que se denomina pobreza de ingresos, cuestión que analizamos con la debida precaución porque nos permite comprender que los montos y asistencia alimentaria que cobran y reciben los beneficiados en realidad los mantienen por debajo de la línea de indigencia, no obstante haber significado un avance comparado con los nulos ingresos que tenían hasta los años 2007 y 2008.

Las pensiones otorgadas beneficiaron principalmente a familias que se encuentran protegidas por la medida cautelar dictada por la Corte Suprema de Justicia de la Nación en la causa iniciada por la Defensoría del Pueblo de la Nación contra los gobiernos de Argentina y de Chaco por posible exterminio de las comunidades indígenas (causa originaria: “Defensor del Pueblo de la Nación c/Estado Nacional y Provincia De Chaco s/ Acción de Amparo”, Expte. Nº 587/07, Tº 43. Letra D - ORI-).

En base a lo brevemente explicado, debe entenderse que se mantiene intacta la pobreza estructural dado que las políticas públicas continúan siendo erradas o insuficientes, con fallas detectadas en la concepción, en la planificación o en la ejecución, lo que en la mayoría de los casos frustran los objetivos propuestos.

Es claro que los gobiernos de Argentina y de Chaco asisten a las comunidades indígenas como derivación de la estratégica y oportuna intervención de la Defensoría del Pueblo y, fundamentalmente, por lo resuelto por la Corte Suprema de Justicia. Esto hizo que debieran gestionar precipitadamente, muchas veces a tientas, en otros casos con absoluta improvisación, y en casi todas las situaciones con imprevisión y escasos conocimientos de la realidad diversa que rodea a las comunidades indígenas de las etnias toba, wichi y mocovíes. Esto generó intervenciones inapropiadas mal iniciadas o luego discontinuadas, gestándose viejos y nuevos programas y acciones que se superponían o se reemplazaban, pero que en casi todos los casos fueron de escasa productividad social, las que quedaron en evidencia a raíz de que se pretendía atender a comunidades sometidas a situaciones de máxima pobreza y exclusión, hambre, desnutrición, malnutrición y anemia, con enfermedades endémicas como la tuberculosis y el mal de Chagas, viviendo en ranchos precarios, sin educación en el sentido que concibe el mundo blanco, sin trabajo y sin proyecto de vida familiar y étnica, resistiendo biológicamente quizás a través del desarrollo de un genoma humano que ha permitido sobrevivir con muy poca comida, con muy poco agua, ambas de mala calidad.

Entonces, repetimos que las realidades descriptas en los dos Informes anteriores estructuralmente se mantienen y demandan de Argentina y de Chaco verdaderas políticas públicas de desarrollo humano y social-étnico compatible con la diversidad que supone la existencia de diferencias existenciales con los integrantes de las comunidades indígenas. En este sentido, concentramos nuestras mayores preocupaciones en lo atinente a las fallas de las políticas sociales, sanitarias y educativas, espacios en donde encontramos grandes fallas y grietas en los desempeños de los estados argentino y chaqueño, prácticamente sin solución de continuidad.

## Situación sanitaria

### **FUNCIONAMIENTO PUESTO SANITARIO DE VILLA RÍO BERMEJITO**

#### **INFRAESTRUCTURA:**

El Puesto Sanitario de Villa Río Bermejito estaba en situación ruinoso. Fue demolido el año pasado.

Transitoriamente el Puesto funciona en un salón comunitario que mínimamente se adaptó a las necesidades básicas de un Puesto "A". En realidad, el galpón

comunitario no ha sido la instalación que se debió destinar siquiera transitoriamente para que funcionara el centro sanitario de Bermejito. Sobre este tema, recomendamos el contenido del DOCUMENTO 317 de nuestra web, porque describimos perfectamente la realidad que encontramos en la época que elaboramos dicho informe.

Según el gobierno chaqueño, “El Refugio” funciona como Puesto Sanitario hasta que se construya el hospital de Villa Río Bermejito. Es una estructura inapropiada y pequeña para encarar una mínima asistencia sanitaria que pueda considerarse aceptable y que acate las reglas mínimas de bioseguridad.

El Director cuenta con una pequeña oficina. Existen dos consultorios, uno de los cuales es ocupado durante la mañana por el médico que hace consultorio y el otro por la obstetra, de manera que el médico de guardia atiende en la guardia de enfermería. Por la tarde, los dos consultorios son utilizados por los dos médicos que trabajan en ese turno. No alcanzan como instalaciones para evacuar las consultas en el tiempo que requiere la realización de una correcta anamnesis, que comprende la entrevista médica y el correspondiente examen físico, que como mínimo demanda 15 minutos.

La farmacia funciona en una dependencia donde se dan los turnos a los pacientes, además de que allí trabaja la encargada del programa nacional Plan Nacer.

Luego quedan dos ámbitos contiguos, pequeños, donde trabajan dos bioquímicos, dos técnicos y una auxiliar.

Existe un consultorio para el Plan Materno Infantil, consistente en una habitación donde por la mañana trabajan tres personas y por la tarde otras tres.

Después, existe un pasillo que se acondicionó como habitación para parturientas, puérperas o embarazadas. Cuenta con dos camas. En muchas ocasiones las pacientes se internan acostadas en un diván en el pasillo, en una camilla o se agrega otra cama en la habitación referida.

El consultorio odontológico está bastante bien equipado, aunque el agua que fluye tiene olor nauseabundo, que utilizan los pacientes para enjuagarse la boca.

## **EL FUNCIONAMIENTO DEL PUESTO:**

### **TURNOS:**

Los turnos para la atención médica se entregan a partir de las 7:30 hs y 15:00 hs. Los pacientes esperan desde las 6:00hs de la mañana y los médicos se hacen presentes recién a las 8:30 o 9:00hs.

Usualmente, el personal que entrega los turnos no sabe qué médico atenderá en el consultorio y quién quedará a cargo de la guardia.

Los asientos (sillas y bancos) son insuficientes. Los pacientes deben sobrellevar parados largas esperas, lo que se agudiza cuando se trata de embarazadas, mujeres con niños en brazos o ancianos, lo que naturalmente se transforma en una mortificación que agudiza el malestar de los enfermos. Conviene citar que meses atrás se recibió dinero del programa nacional denominado Plan Nacer, que el Director destinó para comprar un moderno televisor para el sector de enfermería, lo que evidentemente fue una incongruencia.

#### MEDICAMENTOS:

Los medicamentos son proporcionados a través del programa nacional denominado Plan Remediar, además de los que suministra la provincia del Chaco con recursos de su propio presupuesto. Durante años no se rindieron las recetas; los médicos no confeccionaron estos instrumentos, por lo que la empleada polivalente que estaba a cargo informó al programa Remediar que los profesionales no le entregaban las recetas. Esto perjudicó el sistema de suministro dado que el programa no manda los medicamentos si no se entregan las recetas, por lo cual la falta de muchos fármacos es pura responsabilidad del personal del Puesto Sanitario.

En muchas ocasiones se producen faltantes de medicamentos. También contribuye a esta situación la incapacidad de previsión del sector farmacia que provoca que en numerosas ocasiones el servicio se quede sin medicamentos, incluso para enfermos crónicos, analgésicos y hasta anestesia, como ocurrió en diciembre del 2009. En otras ocasiones, fundamentalmente los fines de semana, se suturan heridas de niños y adultos sin anestesia. A pesar de que existen muchos enfermos hipertensos, producto de alimentarse en base a una monodieta hidrocarbonada, continuamente falta enalapril, incluso hasta para los dos pacientes judicializados, denominándose de esta manera a los indígenas que están tutelados por la medida cautelar dictada por la Corte Suprema.

La falta de previsión y control de los insumos provoca falta de pervinox, gasas, algodones y guantes. Llegó a faltar dextrosa, jeringas y otros insumos básicos. Lamentablemente el personal se llena de insumos, medicamentos, tensiómetros, nebulizadores y termómetros. La mayoría son donaciones, por lo que se actúa de manera desordenada y sin ningún tipo de control, en todos los casos con claros perjuicios hacia los pacientes.

#### INTERNACIÓN:

El sistema es marcadamente deficitario, a pesar de que el Puesto sólo admite internaciones en observación. En concreto, existe una sola habitación para internación, con 5 camas para enfermos donde se alojan hombres, mujeres y niños, con enfermedades infectocontagiosas como TBC, diarreas y otras, que potencian los riesgos sanitarios dado que no se cumplen con las mínimas reglas de bioseguridad. Esta situación provoca un gran malestar entre las mujeres aborígenes y criollas por compartir la habitación con hombres, lo que determina que muchas veces se nieguen a ser internadas.

También existe una habitación, que en realidad fue pasillo, con 2 camas que se destinan para las embarazadas y puérperas. Muchas veces no alcanza la capacidad de la habitación para internados por lo que alojan enfermos comunes en esta dependencia.

Además existe un diván en el pasillo, frente a la sala de parto, que es utilizado para internar a pacientes en las temporadas de mucho calor o frío. O se coloca otra cama cerca de la cocina. O se deja un paciente en la camilla.

#### COMIDA:

La comida de los internados merece una mención especial, sobre todo porque el alimento es un bien muy apreciado por las comunidades indígenas producto de que se trata de población hambrienta.

En la práctica, la comida depende de la buena voluntad de las mucamas, que son dos, porque al ser un Puesto Sanitario "A" supuestamente no debe internar sino para observaciones y por 48 hs., por lo cual no se cuenta con el cargo de cocinera. La mucama de la mañana limpia, lava y cocina con un compromiso más allá del sueldo; sin embargo, la que trabaja a la tarde, que por la mañana se desempeña en el Municipio y que es la dueña aparente de la radio FM Bermejito que se sabe sería de propiedad del Intendente Heffner, se niega a cocinar; limpia poco y mal. Arrastra muchos prejuicios raciales. El Director argumenta que no puede hacer nada con este personal pues tiene un apoyo político muy fuerte, por lo que se obliga a las agentes sanitarias indígenas a realizar estas tareas de limpieza, cocina, y trabajos que nadie quiere hacer. Algunas de las agentes sanitarias se niegan a esta servidumbre y se las amenaza con que van a quedar sin contrato. En síntesis, los enfermos internados, sea mujeres, niños, embarazadas, puérperas o ancianos, a veces comen y en otras ocasiones no en el turno de la tarde.

La mucama de la mañana lava a mano las ropas de cama y las restantes que se utilizan en el Puesto porque continuamente está descompuesto el lavarropas semi-automático. Es un trabajo terrible, sin solución.

**La provincia provee buena cantidad de mercadería al Puesto para los internados, pero la única dieta que reciben es guiso, guiso y guiso. Jamás una fruta, mientras que algunos integrantes del personal hacen pastafrolas, tortas fritas, buñuelos y toman mate, con las mercaderías que deberían destinar a los enfermos.**

#### LABORATORIO:

El servicio no da abasto por el volumen de la demanda. Mejoró un poco su funcionamiento con el ingreso ad honorem de otra bioquímica, que no trabaja fin de semana ni fuera del turno de la mañana.

Los enfermos del campo tienen poco acceso a los análisis bioquímicos.

### SALA DE PARTOS:

A pesar de los reclamos incansables de la obstetra, durante años no se contó con lo necesario para la atención de los partos. Ha faltado oxígeno, estufas, cajas de parto completas y esterilizadas, clamp-pepitas de aspiración, medicamentos básicos para urgencias, guantes, gasas, compresas, apósitos y otros insumos. En la actualidad, se está corrigiendo esta situación pues se designó a dos enfermeras para dejar a punto la sala de parto y el servicio de obstetricia.

La obstetra Selva Añazco controla un promedio de 60 embarazadas mensuales, la mayoría con varios factores de riesgo y 500 mujeres en planificación familiar, con gran aceptación de las comunidades indígenas. Atiende los partos de bajo riesgo. Acompaña derivaciones, con partos que fueron atendidos en la misma ambulancia y en la vía pública, realizando guardias pasivas (gratis) cuando están de guardia los médicos Romañuk, Flor y Parodi, en preservación de la buena atención de las embarazadas que ha controlado. Con el Dr. Zabalo la obstetra no puede trabajar porque es sumamente violento cuando realiza acciones obstétricas o medica fármacos prohibidos para mujeres embarazadas o no sutura los desgarros, a veces muy grandes, de las parturientas. Este profesional se enoja frecuentemente y grita. Tiene varias denuncias por maltrato, juicios por mal praxis y algunas detenciones en la comisaría de Castelli por violencia doméstica. Es muy rechazado por la comunidad indígena. Los aborígenes lo llaman el diablo blanco. Se lo relaciona con muchas muertes. Sin embargo, los responsables sanitarios de la provincia no adoptan ninguna medida para neutralizar las acciones y omisiones inaceptables de este médico.

La Dra. Mabel Fernández sostiene que es directora del Puesto Sanitario del Paraje El Canal, pero vive en Corrientes. Es una ficción el cargo de directora en ese establecimiento. El Dr. Romañuk es un profesional que se desempeña bastante tensionado, aunque medica bien, deriva a tiempo y se ocupa bastante apropiadamente, quizás un poco fanático de su partido político. Actualmente fue operado de hernia inguinal, agraviado por tener que empujar varias veces la ambulancia grande.

Las embarazadas no pueden acceder a ecografías. El médico ecografista que concurre en algunas ocasiones, cobra a las pacientes. El Puesto Sanitario, con fondo fijo, paga nada más que seis o siete ecografías, lo que es absolutamente insuficiente tomándose el universo real de mujeres embarazadas.

### COMUNICACIÓN:

Las puertas del Puesto se cierran a la noche y durante los fines de semana. A veces también permanecen cerrados durante la siesta. Esto genera muchas quejas y reproches por parte de las comunidades.

Además, a la noche el teléfono queda bajo llave. Los enfermos se cansan de llamar y no son atendidos. Al número gratuito \*107 solamente se puede llamar desde celulares de CTI (Claro) porque no ingresan desde Personal, ni de Movistar.

## AMBULANCIAS:

Hace falta, por lo menos, un chofer más. Los dos choferes que están en actividad cuidan las ambulancias. Marcelo Ramírez hace cinco años que trabaja con un contrato de obra; su sueldo es muy bajo. Se pasa días manejando guardias constantes porque el chofer mayor se enferma, y lo tiene que cubrir hasta que se agota. En esas ocasiones el Director maneja la ambulancia, en vez de planificar el funcionamiento del Puesto Sanitario que opera de manera totalmente deficitaria a pesar de que cuenta con una dotación total de 68 personas trabajando, entre los que están incluidos los agentes sanitarios de los Puestos "B", para un total de 7.000 personas que viven en el área de cobertura sanitaria; sin embargo, ni siquiera se han podido realizar un censo confiable en el curso de los últimos años, como herramienta estratégica para diseñar y mejorar el servicio de salud, en la zona sanitaria roja con epicentro en Bermejito. En esto ha tenido y tiene mucho que ver la anterior directora del Puesto, Dra. Miriam Benítez, quién actualmente se desempeña como una de las coordinadoras de la Región Sanitaria V, que es la persona que verdaderamente dirige el funcionamiento del Puesto Sanitario de Villa Río Bermejito porque cuenta con un respaldo político inexplicable.

El Puesto no cuenta con un sistema de emergencia. El sistema de ambulancias funciona muy mal. En este tema, tomó relevancia que algunas familias aborígenes pudieran comprar teléfonos celulares y motos con los fondos que les ingresan por las pensiones. Es muy importante que cuenten con estos elementos de comunicación y de transporte, fundamentalmente para las comunidades que viven en los parajes, de manera que pueden transportar a los enfermos o requerir asistencia médica, lo cual tiene mucha trascendencia porque de las dos ambulancias, generalmente anda una sola y existe problema para comunicarse telefónicamente con el Puesto.

## HOSPITAL GÜEMES DE J. J. CASTELLI

Este hospital funciona muy mal. Hemos descrito el pésimo funcionamiento de este nosocomio a través de los siguientes DOCUMENTOS: 170 y 171 de nuestra web. La descripción que hemos realizado en tales oportunidades tienen total actualidad, de manera que recomendamos su lectura.

Ahora, agregamos que presenta un mayor deterioro en sus instalaciones y una degradación aún más acumulada en su funcionamiento. Faltan médicos en las especialidades básicas. Faltan enfermeras y mucamas. La Dirección ha fracasado por factores propios o del sistema; en cualquier caso, las responsabilidades son evidentes, lo que comprende al titular de la región sanitaria, designado hace poco.

A esta situación tan grave, se suma las quejas continuas de los pacientes indígenas que argumentan ser maltratados cuando son derivados al hospital de Castelli. Alegan que se los deja en la cama, sin que reciban la asistencia médica que corresponde. Literalmente afirman que los médicos casi no los ven.

Los familiares de los pacientes refieren que sufren mucho porque no tienen donde quedarse y carecen de recursos para comprar comida. Tienen que regresar a sus hogares por su cuenta y muchas veces no pueden porque no tienen dinero para pagar los pasajes de ómnibus o remises. A partir de esta situación, se niegan y resisten a ser derivados al hospital de Castelli. La mayoría de las veces los pacientes son devueltos sin atención médica, real, efectiva y compatible con la patología de derivación, a los puestos desde donde vienen referidos. Los mandan de vuelta, sin realizárseles -en la mayoría de los casos- estudios complementarios básicos (ecografía, Rayos X o laboratorio). En la jerga hospitalaria, se habla de pacientes “rebotados”, que naturalmente resisten una segunda derivación. Desde hace bastante tiempo que por una fractura se deriva al paciente al hospital de Sáenz Peña porque se descompuso el aparato rayos X. Muchos pacientes quedan abandonados en dicha ciudad, sin medios económicos para volver a El Impenetrable.

El servicio que brinda el hospital de Castelli es tan malo que los pacientes firman las altas voluntarias para volver a sus localidades o parajes. Lo hacen con bebés recién nacidos, afiebrados, desnutridos, con bajo peso, y abandonados en Castelli, expuestos a riesgos de vida.

El hospital de Castelli auditado con reglas mínimas para medir funcionamiento y el cumplimiento de las reglas de bioseguridad, concluiría con su cierre. Es un hospital fatídico al que las comunidades aborígenes no quieren ser derivados porque corren riesgos de enfermarse más y morir

## **EL HOSPITAL NUEVO DE J. J. CASTELLI:**

¿Un futuro hospital de papel?

En pocas semanas se terminará la construcción civil (edificio) del nuevo hospital de Castelli. Seguramente la inauguración va a ser pomposa. Es enorme, considerándose sus dimensiones y total de metros cuadrados. Habrá que equiparlo y dotarlo de personal.

Habrá que hacerlo funcionar eficientemente, como un verdadero y genuino hospital de referencia regional para todo el amplio territorio denominado El Impenetrable, cuya geografía se extiende a lo largo de 35.000 km<sup>2</sup>, articulado con una red de Puestos Sanitarios A y B, que a su vez deben ser reconstruidos en su inmensa mayoría porque están en situación ruinoso, algunos directamente abandonados.

Ahora bien, el funcionamiento del actual hospital de Castelli permite comprender las enormes dificultades y trabas que deberemos superar para lograr un funcionamiento pleno, efectivo y eficiente del nuevo hospital. En base

a la complejidad del entorno que hemos hallado, la puja de intereses económicos y políticos, la situación generalizada de gran parte de la población que funciona bajo los efectos de la indiferencia, de la indolencia y de la discriminación frente a las comunidades indígenas, tenemos la primera impresión de que el establecimiento nuevo rápidamente se convertirá , y por varios años, en un HOSPITAL DE PAPEL, que va a tener una gran apariencia pero sin real contenido, sin asistencia sanitaria plena y en tiempo real, acorde con la atención que demanda la población que habita la extensa área de cobertura sanitaria, recordándose que las familias que habitan en este territorio son las que presentan los peores indicadores económicos, sociales, sanitarios y educativos de la República Argentina, sometidas a enfermedades endémicas y vectoriales que se profundizaron o resurgieron en el curso de los últimos años.

## **SISTEMA SANITARIO**

# **Algunas de las principales fallas**

- No se desarrollaron acciones concretas de atención primaria de la salud, a tal punto de que ni siquiera las situaciones de real urgencia fueron detectadas oportunamente, lo que se ha visto reflejado en los alarmantes indicadores de salud;
- No se implementaron programas de capacitación para sensibilizar y dotar de visión intercultural a todo el personal del sistema sanitario;
- No se implementaron programas para intercambio y articulación de funcionamiento entre los sistemas de salud del mundo blanco y las prácticas de los pueblos indígenas;
- No se consolidaron los roles de los agentes sanitarios, referentes comunitarios, maestros y ancianos como facultadores interculturales para articular la convivencia entre las comunidades indígenas y el sistema sanitario;
- No se superaron las grietas de comunicación entre las comunidades indígenas y los integrantes del sistema de salud por la barrera idiomática, las diferencias culturales o los prejuicios raciales;
- No se implementaron acciones de promoción y de prevención de los programas de salud, respetándose las diversidades étnicas;
- No se implementaron programas para superar el maltrato y la pésima comunicación del personal de la salud frente a los miembros de la comunidad indígena. El modelo permite el maltrato. Todos retan, salvo muy pocas excepciones. Retan los que entregan los turnos, los enfermeros, las mucamas, los choferes, los médicos y los que pasan

cerca y forman parte del personal del sistema sanitario. Discriminan, muchas veces porque el paciente aborigen no se bañó, sin comprender la realidad que lo rodea, además de que tienen dificultades para expresar lo que sienten según la etnia a la que pertenecen, lo que también genera malestar e intolerancia en el mundo blanco, fundamentalmente cuando se trata de pacientes mujeres;

- En cuanto al colapso de la red sanitaria de El Impenetrable, se encuentra sintetizado en el DOCUMENTO 333 de nuestra página web.

## LA CASUÍSTICA REPRESENTATIVA DE LAS FALLAS DEL SISTEMA SANITARIO

### MUERTES PREMATURAS, EVITABLES O ALTAMENTE EVITABLES

- 1) 11-11-2009: falleció **JUSTO JOSÉ CANTEROS**; cursaba 11 días de vida. Nació prematuro. Pesó al nacer 2,100 kg. Su mamá, LILIANA CANTEROS, de 13 años de edad, es discapacitada. Quedó embarazada producto de un abuso que denunció. Vive en el Paraje El Colchón, dependiente de Villa Río Bermejito. Llegó al Puesto Sanitario de dicha localidad para luego ser derivada al hospital de Castelli, donde nació el bebé. Luego fue nuevamente derivada, esta vez al hospital de Sáenz Peña, donde finalmente falleció el recién nacido. Allí no terminó el calvario de esta familia muy pobre pues no tenían dinero para transportar el cadáver del bebé. El sistema sanitario no les prestó auxilio. Tampoco la Municipalidad de Villa Río Bermejito. Entre las familias pobres del paraje juntaron \$ 400,00 y pagaron un remis para trasladar el cuerpo.
- 2) 19-11-2009: falleció una beba, hija de **SONIA MAIDANA**. Tenía 8 meses. Ingresó deshidratada al Puesto Sanitario de Villa Río Bermejito. Vivía en Barrio Norte. El calor era insoportable. La familia vivía en un ranchito muy humilde, en uno de los barrios más pobres de la localidad, totalmente habitado por familias indígenas. En el barrio existen unas pocas canillas a través de las cuales obtienen agua de muy mala calidad, casi cruda, dos veces al día. Era y es esperable que se produzcan muertes por deshidratación por la ola de calor y la falta o insuficiencia de agua segura, a pesar de que esta población se encuentra tutelada por la medida cautelar que dictó la Corte Suprema.
- 3) Enero de 2010: falleció **CRISTINA GÓMEZ**, de 24 años de edad. Tenía 2 hijos. Estaba enferma de tuberculosis, con desnutrición asociada, en tratamiento. Llegó al Puesto Sanitario de Villa Río Bermejito con mucho dolor en el bajo vientre (abdomen agudo). La atendió el Dr. Zabalo, al cual nos hemos referido anteriormente por estar fuertemente cuestionado y rechazado por las comunidades indígenas, recetándole buscapina. Después la mandó de regreso a su casa. La paciente volvió

a las 23 hs., agravada, y se la derivó al hospital de Castelli, donde falleció 24 hs. después. Los familiares refieren que en este hospital no recibieron ninguna atención. El cuerpo fue transportado en la caja de carga de una camioneta de la Municipalidad de Bermejito. Esta muerte sintetiza la combinación fatal existente entre pobreza extrema, falta de asistencia sanitaria apropiada, indiferencia, indolencia y discriminación.

- 4) Enero de 2010: falleció **CLELIA DAFNE NÚÑEZ**, de 18 meses. Vivía en Fortín Lavalle. Hija de MARIO DÍAZ y de GUSTAVO NÚÑEZ. Los padres la retiraron del hospital de Castelli por la pésima atención que le brindaban y maltrato que adujeron. La niña murió camino al Puesto Sanitario de Villa Río Bermejito. Tenía glaucoma congénito sin tratamiento. Esta familia necesitaba una atención especial, un trabajo interdisciplinario, que no se hizo y que desembocó la muerte.
- 5) Febrero de 2010: falleció **KARINA SEGUNDO**, de 10 meses. Vivía en el paraje El Colchón.
- 6) 11-02-2010: falleció **MARTA CLARIBEL LÓPEZ**, de 10 meses.
- 7) Febrero de 2010: falleció **PRIMO PÉREZ**, de 48 años de edad. Alcohólico. Vivió en el Paraje El Canal.
- 8) Febrero de 2010: falleció **POLICARPO ROMERO**, que vivió en el Paraje El Chañaral.
- 9) Febrero de 2010: murió **SARA SOSA**, anciana que se encontraba postrada.
- 10) 22-02-2010: falleció otro bebé prematuro, poco después de haber nacido. Pesó 1 kg. Era hijo de **MARGARITA OJEDA**.
- 11) 25-02-2010: muerte fetal de 32 semanas **MAGDALENA LENCINA**.

## Situación social

Todas las poblaciones, rurales y urbanas, que habitan en El Impenetrable acarrear el mayor subdesarrollo del total de la Argentina, considerado desde lo institucional, político, social, económico y sanitario.

El decil más rico tiene ingresos 70 veces superiores al decil más pobre. La desigualdad social es extrema. La brecha entre ricos y pobres es un abismo.

Físicamente hablando, el territorio es subtropical, con suelos clase VI y VII, no aptos para la agricultura sino para la ganadería bajo la cubierta que supone el

monte nativo chaqueño dado que la temperatura -al mediodía y con el sol a pique- genera un calor de 70° a la intemperie, de manera de que el monte es la única protección y el desmonte conduce directamente a la desertificación.

Es escaso el nivel de desarrollo humano y social para las inmensas mayorías de la población, especialmente para las comunidades indígenas. Generalmente, quedan en manos del clientelismo político que se implementa a través de los gobiernos de nación, provincia y municipios, que asisten a esta población de manera insustentable, de modo de que vienen atrapadas y continuarán en situación de pobreza extrema, indigencia, hambre, desnutrición, mal nutrición, anemia, enfermedades endémicas y vectoriales. Los indicadores reflejan, aunque insuficientemente, la cruda realidad de El Impenetrable, donde no existe el trabajo formal, sino apenas algunas changas que se pagan con monedas.

En virtud de la amplitud del tema, y por no ser este el espacio para analizar a fondo las causas y la evolución de las pobrezas estructural y de ingreso en el territorio en análisis, señalaremos un solo factor determinante que condiciona la vida diaria de las comunidades, que no es otro que el **AGUA**. Todo el territorio de El Impenetrable carece de agua potable. Solamente algunos pobladores de los cascos urbanos de las comunidades consumen agua sometida a un tratamiento muy precario, que finalmente no significa un verdadero proceso de potabilización. La inmensa mayoría de la población, especialmente la indígena, consume agua de charcos o represas, naturales o artificiales, que comparten con los animales domésticos y nativos; de hecho, esta situación es fuente de enfermedades recurrentes. A pesar de ello, nada se ha hecho desde el punto de vista estructural, con eficiencia y efectividad, para resolver el problema de fondo. Solamente se han entregado, cada tanto, bidones de agua que provee el gobierno de la Nación, cada dos meses, de manera absolutamente ineficiente e inapropiada, porque responde a la medida cautelar dictada por la Corte Suprema.

En las temporadas secas, que no llueve, y que como mínimo se extienden siete meses cada año, la provisión de agua por parte de los Intendentes a los habitantes de las localidades de El Impenetrable se efectúa en el marco de la aplicación de las herramientas políticas aplicadas para condicionar la voluntad de la población. En los parajes donde los habitantes no se alinean con el Intendente, no mandan o retardan el envío del camión aguatero, lo que es la prueba más cabal y elocuente de la dureza y de la crueldad del sistema institucional y político imperante en la región.

Oportunamente se presentó ante la Corte una especie de proyecto de planes o de programas de trabajo destinados a las comunidades indígenas. La presentación fue efectuada por el gobierno nacional y el gobierno del Chaco. Las fallas que hemos encontrado en tal presentación fueron sintetizadas en el DOCUMENTO 348 de nuestra página web, cuya lectura recomendamos en esta ocasión

# Realidad educativa

El escenario educativo en Chaco está signado por la más absoluta polarización dado que encontramos la inmensa mayoría de escuelas públicas pobres o muy pobres, con realidades decadentes, mientras que por otro lado existen grupos selectos y muy reducidos de escuelas privadas ricas.

En las escuelas pobres encontramos en vía de extensión el capital simbólico y un bajo capital cultural o de capacitación. Allí se diluyen las nociones de patria, himno, bandera y los paradigmas básicos de la enseñanza y del aprendizaje. Como contrapartida, en las escuelas ricas, encontramos un alto capital cultural, sin integración ni compromiso social.

La inmensa mayoría de los estudiantes indígenas están agrupados en tres categorías: 1) Los que forman parte de la inclusión educativa aparente porque están escolarizados. Parece que aprenden; sin embargo, son analfabetos funcionales; 2) Los que integran el lote de la falsa inclusión educativa, que son aquéllos que terminaron de cursar el ciclo primario y obtuvieron el título correspondiente; no obstante ello, son analfabetos funcionales; 3) Por último, está el grupo de los excluidos plenos dado que el sistema educacional no los integró o los expulsó y no iniciaron los estudios primarios o lo interrumpieron. Éstos son analfabetos plenos. Para las estadísticas, los integrantes de los dos primeros grupos son considerados como alfabetizados; no obstante ello, repetimos que son analfabetos funcionales.

EL panorama es mucho más nítido en El Impenetrable. Todos o casi todos los indígenas son analfabetos plenos o funcionales. Por el funcionamiento degradado del sistema educativo, en las escuelas rurales o en los parajes se da clase –en el mejor de los casos- dos o tres veces por semana porque nadie controla.

La situación es gravísima porque no existe ningún tipo de control de calidad a lo largo de todo el sistema. Sobre esta cuestión sugerimos leer el DOCUMENTO 370 de nuestra página web, dado que allí describimos la grave situación actual desde el punto de vista educativo.

# LA MUERTE DE TOMASA



Tomasa Juarez nació el 3 de febrero de 1960. Vivió en el paraje Fortín Lavalle, dependiente del Municipio de Villa Río Bermejito, cuyo peculiar intendente es Lorenzo Heffner, denunciado por las comunidades indígenas por racismo. Su estrecha relación con el diputado radical Jorge Guc le permitió ser elegido intendente con la alianza rozista. Su mejor relación con el diputado peronista Martín Nievas posibilitó que Heffner se pasara a las filas del frente político que lidera el actual gobernador Capitanich. Mientras tanto, Tomasa fallecía. Así las cosas en esta desgraciada provincia, en la que preferimos los negocios políticos en vez de planificar y ejecutar políticas públicas saludables para beneficio de los sectores más excluidos.

## La penosa historia de una mujer toba

Tomasa era argentina, de la etnia toba; sin instrucción. En su breve historia personal figura como ama de casa; en realidad, su vivienda fue durante toda su vida un rancho muy precario, en el que sobrevivió penosamente, arrastrando una antigua tuberculosis, asociada a una severa desnutrición.

Su rancho estaba pegado al Río Guaycurú, a trescientos metros del Puesto Sanitario de Fortín Lavalle. Muchas veces la visitamos; siempre la encontramos silenciosa, enferma y desnutrida.

Estaba unida de hecho a su compañero toba de siempre, Domingo Sosa, también sin instrucción y changarín, las veces que podía conseguir algún conchavo.

Tuvieron dos hijas; Nélide, nacida en 1980 y Victoria, en 1983. Las dos no terminaron de cursar el primario y están desocupadas, desde siempre. Una de sus nietas, Nélide Sosa, es discapacitada de los miembros inferiores.

## El cuadro familiar

La familia de Domingo Sosa, Tomasa Juarez y sus hijos siempre estuvo rodeada de un cuadro socio-sanitario muy negativo. Estuvieron sometidos a todo tipo de necesidades, especialmente alimentaria y sanitaria, muy conocidas por las autoridades y el sistema socio-sanitario público.

La vivienda es sumamente precaria; tiene un solo ambiente, construido con paredes de barro, techo de paja y de plástico. A pesar de los riesgos infecto-contagiosos, toda la familia duerme en ese lugar. Disponen de dos camas; en una de ellas, dormían Tomasa, su marido y un nieto, sin ningún tipo de profilaxis; en la otra, descansan sus dos hijas mayores y la restante nieta.

La familia nunca contó con recursos económicos suficientes para subsistir con mínima dignidad. Muchas veces atravesaron días sin comer absolutamente nada o comiendo una "torta parilla." Sin embargo, la familia se mantuvo unida.

## La enfermedad de Tomasa

En realidad, la enfermedad de esta mujer toba fue la pobreza, con nombres de tuberculosis y desnutrición. Padecía de TBC pulmonar, "en tratamiento" según los informes médicos.

En los momentos en que la desnutrición la azotaba con más virulencia, la pesamos y tenía 36,500 kgs.; portaba desnutrición de II grado. En varias oportunidades la encontramos internada en el fatídico hospital de J. J. Castelli; mansamente acostada, esperaba que la curaran. En otros periodos mejoraba y cargaba un poco más en su magra masa corporal. Siempre, o casi siempre, le faltó comida. Regularmente tuvo que comer harina y grasa, “para llenar la panza.”

¿Qué hicimos?

Año a año recrudecía o se atenuaba la tuberculosis que acompañó a Tomasa desde jovencita. Los gobiernos mandaron equipos multidisciplinarios a visitar la casa donde vivía esta mujer toba. Produjeron varios informes sociales, en los que reflejaron acabadamente la pobreza extrema, el hambre, la desnutrición y las enfermedades que se instalaron en esta familia.

Se recomendaron dietas especiales para Tomasa, que nunca se concretaron por distintas causas y que la llevaron a la muerte. De lo que no cabe duda, es que el sistema socio-sanitario actuó con gran indolencia.

¿Qué sabíamos?

Los gobiernos sabían que Tomasa necesitaba una dieta especial, rica en proteínas, hierro y calcio. También sabían que los tratamientos de tuberculosis fracasan en aquellos pacientes que no consumen los alimentos adecuados.

Además, los gobiernos sabían que la situación de extrema pobreza de esta familia impediría que pudieran comprar los alimentos que debían formar parte de la dieta con la que se debía “sanar” Tomasa. Por lo tanto, los gobiernos sabían que debían apoyar a este grupo familiar, fundamentalmente a Tomasa, brindándole una asistencia alimentaria diferenciada, especial, acorde con la tuberculosis y la desnutrición que acarreaba, además de la parasitosis que ya formaba parte de ella desde hacía muchos años. Debieron haberle suministrado una dieta apropiada, para que de esa manera pudiera recuperar su salud.

Por lo tanto los gobiernos son responsables de que Tomasa no se alimentara a través de la dieta que garantizara su recuperación. Como no hicieron lo que correspondía, falleció Tomasa.

¿Quiénes conocían esta realidad?

Todos conocíamos la gravedad del cuadro socio-sanitario de la familia, especialmente de Tomasa. Al tanto de lo que ocurría, se encontraban el gobierno municipal de Villa Río Bermejito, a cargo del intendente Lorenzo Heffner y el delegado municipal en Fortín Lavalle. También conocían la grave situación el gobierno provincial, a través de los Ministerios de Salud Pública y de Desarrollo Social; y el gobierno nacional, por medio del sistema de médicos comunitarios y de los relevamientos que realizara Desarrollo Social. Todos sabíamos que sin la dieta apropiada, Tomasa moriría. Y terminó por fallecer hace pocos días.

La muerte de Tomasa, una síntesis de la grave situación

La muerte de Tomasa sintetiza la continuidad del desastre humanitario que se instaló en el seno de las comunidades indígenas. Los gobiernos no atinan o no aciertan a desarrollar programas y políticas públicas plenas, que permitan la recuperación de estos pueblos.

Si bien se aparentan mejorías de ingresos y de situaciones de familias indígenas que viven en Villa Río Bermejito, Espinillo, Miraflores y Pampa del Indio, la realidad marca que la grave situación sigue. Que no se solucionan los problemas más profundos. Que continúan la pobreza extrema, el hambre, la desnutrición, las enfermedades como la tuberculosis y el mal de Chagas y las muertes prematuras o de causas altamente evitables.

La muerte de Tomasa debe ser el último llamado de atención para que los gobiernos implementen y ejecuten políticas públicas plenas y eficientes. Ya no existe margen de error en este tema tan grave y complejo. Se agotaron los tiempos de las excusas y de los ensayos a través de fundaciones, agentes y funcionarios incapaces de comenzar a implementar soluciones. Definitivamente el Estado se tiene que hacer cargo de resolver este grave problema social; y lo debe hacer sin grandes anuncios, con medidas prácticas, concretas y adecuadas. Todo lo hecho hasta aquí fue coyuntural e improvisado; por lo tanto, los resultados positivos fueron insignificantes.

**RESISTENCIA-CHACO-ARGENTINA, viernes 5 de marzo de 2010.-**