

Desigualdades, discriminación y muerte: vivir la pandemia en los barrios qom del Area Metropolitana Gran Resistencia, provincia de Chaco

Silvia Hirsch

Universidad Nacional de San Martín
Argentina
silviahirsch5@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0002-6086-085X>

Ingrid Nathalie Müller

Técnica en Gestión y Desarrollo Cultural, Resistencia, Provincia de Chaco.
Argentina
ingridnmiller@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5224-9463>

Laura Cristina Pérez

Referente Barrial Barrio Toba, Resistencia, Provincia de Chaco.
Argentina
laura.perez2011@hotmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-8183-1874>

RESUMEN

El objetivo de este artículo es describir y analizar la irrupción de la pandemia en los barrios qom del AMGR (Área Metropolitana de Gran Resistencia formado por Resistencia, Fontana, Barranqueras y Puerto Vilelas), examinando las intervenciones que se llevaron a cabo, desde el Estado provincial y nacional, y desde las comunidades, y de qué manera la presencia de COVID-19 permitió visibilizar las desigualdades económicas, sanitarias, y sociales presentes en estas comunidades. Abordamos la temática desde un enfoque socio-antropológico tomando en cuenta las particularidades de la salud indígena y la situación histórica caracterizada por el conflicto y la tensión que se suscita entre miembros del pueblo qom y la sociedad circundante. Incide en la salud indígena una historia de alteridad marcada por la desposesión territorial y de recursos, tomamos en cuenta además la sindemia de la interacción entre enfermedades crónicas e infecciosas y COVID-19, y la violencia estructural. Este artículo está basado en un trabajo de investigación en terreno con entrevistas, observaciones y participación en los barrios del Área Gran Toba, Mapic y Cacique Pelayo.

PALABRAS CLAVE

qom, COVID-19, sindemia, desigualdades, pueblos indígenas.



Inequalities, discrimination and death: living the pandemic in QOM neighborhoods of the Metropolitan Area of Resistencia, province of Chaco

ABSTRACT

The purpose of this article is to describe and analyze the emergence of the pandemic in Qom neighborhoods of the Metropolitan Area of Resistencia (formed by Resistencia, Fontana, Barranqueras and Puerto Vilelas), by examining the interventions developed by the provincial and national state government, and those carried out by the communities, and the way in which the presence of COVID-19 visibilized economic, sanitary and social inequalities. We will address the topic from a social and anthropological approach taking into account the specificity of indigenous health and the historical situation which is characterized by conflict and tension between Qom people and the surrounding society. Furthermore, we take into consideration a history of alterity marked by dispossession of territory and resources, and also the notion of syndemics, the adverse interaction of chronic and infectious diseases and COVID-19, and structural violence. This article is based on field work research, including interviews, observation and participation in the neighborhoods of Area Gran Toba, Mapic and Cacique Pelayo.

KEYWORDS

Qom, COVID-19, syndemics, inequality, indigenous peoples

FECHA DE RECIBIDO 12/07/2020
FECHA DE ACEPTADO 22/12/2020

COMO CITAR ESTE ARTICULO

Hirsch, S; Müller, I.N. y Pérez, L.C. (2021) Desigualdades, discriminación y muerte: vivir la pandemia en los barrios qom del Area Metropolitana Gran Resistencia, provincia de Chaco. Revista de la Escuela de Antropología, XXVIII, pp. 1-28. DOI 10.35305/revistadeantropologia.v0iXXVIII.140

Introducción

El 27 de abril de 2020, fue reportado el caso cero de COVID-19 entre la población qom de Resistencia, fue un joven de 21 años que concurrió al Hospital Perrando¹ –el hospital público de mayor importancia en la ciudad de Resistencia– para una operación de apéndice, allí contrajo el virus.² Para la segunda semana de

1 El Hospital Perrando se constituyó en uno de los principales focos de contagio en la zona urbana de Resistencia.

2 En la Argentina la cuarentena por la llegada de los primeros casos de COVID-19 se decreta el día 12 de marzo de 2020, con las medidas denominadas ASPO (Aislamiento Social, Preventivo y Obligatorio. En la provincia de Chaco el gobernador Capitanich emite el decreto 432, 16 de marzo, y hace referencia



mayo se detectan 79 casos positivos en el Barrio Toba, la primera muerte por complicaciones derivadas del COVID-19 ocurrió el 12 de mayo, fue una mujer de 57 años, madre de la directora del Centro de Salud del Barrio. El 17 de mayo fallece Juan Rescio, uno de los fundadores del coro Chelaalapi³, quien padecía de diabetes y contrae COVID-19 al acudir a un sanatorio, posteriormente se contagia su esposa quien también fallece. El día 21 de mayo muere Eugenio Leiva, un qom, veterano de la Guerra de las Malvinas. Estas son algunas de las más de 20 personas pertenecientes al pueblo qom que fallecieron por causa de COVID-19. La irrupción de la pandemia en el área metropolitana de Gran Resistencia, provincia del Chaco, va a evidenciar marcadamente procesos de estigmatización y racismo hacia la población qom y también de desigualdades estructurales. El coronavirus ingresa en la vida de la gente, deteriorando la salud, obstaculizando la capacidad de subsistencia, interrumpiendo la vida laboral, educativa, social, religiosa y comunitaria. En un contexto de diferencia étnica, cultural y de clase, en la cual priman necesidades básicas insatisfechas, son múltiples los ámbitos de la vida cotidiana que reclaman atención. Las respuestas y formas de enfrentar una crisis provienen de Instituciones del Estado y de organizaciones e individuos de la sociedad civil que responden a las demandas de la ciudadanía.

El objetivo de este artículo es describir y analizar la irrupción de la pandemia en los barrios qom del AMGR (Área Metropolitana de Gran Resistencia formado por Resistencia, Fontana, Barranqueras y Puerto Vilelas), examinando las intervenciones que se llevaron a cabo, por un lado, desde el Estado provincial y nacional y, por el otro, desde las comunidades. Asimismo, reflexionar sobre la manera en que la presencia de COVID-19 permitió visibilizar aún más las desigualdades económicas, sanitarias, y sociales presentes

al decreto Nacional 260/2020, el cual establece una serie de disposiciones referidas a todos los aspectos que tienen que ver con la emergencia sanitaria.

³ El Coro Chelaalapi se fundó en 1961 en el Barrio Toba. De reconocida trayectoria, la formación fue consagrada como Patrimonio Cultural Viviente por la UNESCO, Embajador Cultural de la Etnia Qom, Coro Oficial de la Provincia de Chaco, y Patrimonio Cultural y Símbolo de la Cultura Chaqueña.



en estas comunidades. Abordamos la temática desde un enfoque socio-antropológico tomando en cuenta las particularidades de la salud indígena en un contexto de fricción interétnica (Cardoso de Oliveira, 1973), cuya característica es el conflicto y la tensión que se suscita entre miembros del pueblo qom y la sociedad circundante. Incide en la salud indígena una historia de alteridad marcada por la desposesión territorial y de recursos, y la intermitente presencia del Estado en garantizar los derechos de la población pero donde, además, la especificidad étnica frente a procesos de salud y enfermedad no ha sido suficientemente abordada (Hirsch y Lorenzetti, 2016).

Realizamos investigación⁴ en terreno con entrevistas, observaciones y participación en los barrios del Área Gran Toba, Mapic, Cacique Pelayo y Chacra 24. Las entrevistas fueron realizadas por las tres autoras en formato presencial⁵ y vía *WhatsApp*, y por medio de las plataformas *Google Meet* y *Zoom*⁶. Las entrevistas y observaciones presenciales fueron realizadas principalmente por Laura Pérez, quien reside en el Barrio Toba, y algunas de ellas por Ingrid Müller que reside en Resistencia y pudo hacer visitas y conversar en espacios públicos con los recaudos necesarios. Tuvimos una diversidad de interlocutores que incluyeron: vecinos y vecinas de los barrios (referentes barriales y de organizaciones sociales, pastores y pastoras evangélicas), docentes y directivos de escuelas, personal de salud a nivel comunitario y ministerial, coordinadores de programas de salud y vivienda (Programa de Salud Comunitaria, Programa Provincial de Tuberculosis, Proyecto de Mejoramiento

4 Este artículo está basado en un trabajo de investigación llevado a cabo en el marco del proyecto titulado "Monitoreo de la eficacia de las medidas de ASPO en población NBI-vivienda en los dos núcleos urbanos de mayor prevalencia AMBA y AMGR" dirigido por la Dra. Andrea Mastrangelo y financiado por la Agencia Nacional de Promoción Científica y Tecnológica.

5 Las entrevistas realizadas por Silvia Hirsch no fueron presenciales debido a la imposibilidad de traslado por motivo de las restricciones impuestas por la pandemia.

6 La mayor parte de las entrevistas fueron individuales. Si bien en algunos casos hubieron dificultades con acceso a la conectividad, logramos comunicarnos vía *WhatsApp* sin videollamada tanto con el personal de salud como también con los y las residentes de los barrios. En todos los casos utilizamos el consentimiento informado, y la autorización de las personas para grabar la conversación.



de la Vivienda, Representante Indígena en el Poder Judicial). Las entrevistas fueron abiertas, las preguntas dirigidas al personal de salud enfocaron en como abordaron su trabajo sanitario, de que manera intervinieron los operativos sanitarios en sus áreas de trabajo, como fue llevado a cabo el rastrillaje de casos, las medidas de prevención, y aspectos de la salud de la población y de la respuesta de la población a la pandemia. En cuanto al resto de las entrevistas nuestro interés fue conocer cómo estaban viviendo cotidianamente la pandemia, de qué manera afectó sus vidas y su salud, y de qué modo atravesaban las restricciones. En aquellas personas que padecieron de COVID-19 indagamos en cómo transitaron la enfermedad, cuál fue su experiencia con el sistema de salud y con la hospitalización y la relación con sus familiares. El aporte de todas estas personas, nos brindó no solo una perspectiva compleja, con diferentes voces que intervienen en las problemáticas de la vida cotidiana de los residentes de los barrios pero además introducen la disonancia y conflicto que generan las intervenciones. Cabe señalar que observamos una particular apertura de todas las personas contactadas en cedernos su tiempo para conversar con nosotras y llevar a cabo las entrevistas. Es más, la gente quería colaborar con un proyecto de investigación que visibilice las problemáticas de salud y de la vida cotidiana generadas por la pandemia y las medidas de aislamiento preventivo en sus barrios. Poniendo de relieve de esta manera lo que implica vivir en un barrio indígena en un contexto urbano con necesidades básicas insatisfechas.

En la primera parte de este trabajo realizamos un recorrido socio-histórico de la presencia qom en el área metropolitana de Gran Resistencia a fin de brindar el contexto en el cual se produce la emergencia sanitaria. En la segunda parte indagamos en los operativos llevados a cabo por las instituciones del Estado; en la tercera parte abordamos la respuesta de vecinos y vecinas a la pandemia y a las intervenciones sanitarias y, por último, examinamos las tensiones que generó el abordaje a la emergencia sanitaria en un contexto de diversidad étnica y cultural. Enmarcamos el trabajo en una perspectiva de salud intercultural a fin de



problematizar las dificultades de contemplar las especificidades étnicas y culturales en situaciones de emergencia sanitaria. Asimismo, tomamos en cuenta dos abordajes teóricos que nos permiten analizar la temática propuesta: la violencia estructural y la noción de sindemia. La noción de violencia estructural, como lo desarrolló Paul Farmer (2005), alude a la violencia ejercida sistemáticamente e indirectamente por todos lo que pertenecen a un cierto orden social y que se funda en la historia, la biología y la economía política. Esta forma de violencia implica manifestaciones tales como la discriminación y lo que esto produce en el cuerpo, las emociones, la sociabilidad y las prácticas de las personas, o las dificultades de acceso a servicios y derechos de la ciudadanía, o bien la desposesión territorial. La violencia estructural deteriora la salud de las personas al ser el resultado de un complejo conjunto de factores que incluyen una historia de desposesión, la negación de la identidad y la marginación social.

Por otra parte, el concepto de sindemia desarrollado por Merrill Singer (1996) implica la sinergia que se produce cuando dos o más enfermedades interactúan en una población en contexto de vulnerabilidad socio-económica. La sindemia involucra la interacción adversa de enfermedades de todo tipo (infecciosas, crónicas, condiciones de comportamiento, exposición a tóxicos, y desnutrición). Éstas emergen bajo condiciones de desigualdad de salud causadas por la pobreza, la estigmatización, el estrés, o la violencia estructural, el rol de estos factores inciden en la enfermedad y en el incremento de la vulnerabilidad.

El concepto va más allá de las conceptualizaciones de la comorbilidad y la multimorbilidad porque toma en consideración las consecuencias de la interacción de las enfermedades y los factores sociales, ambientales y económicos que se vinculan con las enfermedades y que moldean la interacción. En este artículo tomamos este concepto que nos permite entender la interacción negativa entre, por ejemplo, enfermedades crónicas e infecciosas y COVID-19 en contextos de desigualdad social, y en particular donde las condiciones de hábitat, vivienda y recursos de subsistencia son deficientes y limitadas.



Por último, incorporamos la noción desarrollada por Barreto et al (2014), de "áreas urbanas deficitarias críticas" como áreas formadas por barrios constituidos de manera diversa, pero que en el caso que nos atañe carecen de adecuada infraestructura y pocas vías de articulación con la estructura vial urbana, de accesibilidad, problemas de calidad ambiental, desagües inadecuados, uso de espacio público y urbanización deficiente. Esta noción nos permite enmarcar la problemática de la emergencia sanitaria en el contexto en el cual se encuentran asentados los barrios y comunidades qom, y cómo esto incide en las demandas que plantea el acatamiento de la cuarentena, las medidas de aislamiento y la calidad de la salud. Los estudios sobre pueblos indígenas y el impacto del COVID-19 en Argentina son escasos dado lo inminente del tema, aún así cabe mencionar el informe realizado por un colectivo de investigadores de diversas universidades del país y referentes indígenas sobre los efectos económicos y culturales de la pandemia y las medidas ASPO (Ver Aljanati et al, 2020). Dicho informe sistematiza la situación de los pueblos indígenas a lo largo del país examinando las consecuencias y el impacto socioeconómico de la problemática en las situaciones que atraviesan las comunidades hasta el mes de mayo 2020. Otro estudio recientemente publicado es el de Medrano (2020) que indagó en las percepciones sobre la pandemia en una entrevista realizada a un qom de la provincia de Formosa y como es entendido el coronavirus en términos de la cosmovisión de este pueblo. Este trabajo constituye un aporte a la comprensión de la pandemia desde la perspectiva del conjunto de actores que atravesaron la experiencia. Por su parte, Hecht, Enriz y Palacios (2020) abordan el impacto de las medidas ASPO en la educación de pueblos indígenas en las provincias de Chaco y Misiones.

Breve historia de los asentamientos qom en el Área Metropolitana de Gran Resistencia

El pueblo qom pertenece a la familia lingüística guaycurú, habita las actuales provincias de Chaco, Formosa, Salta, y en contextos urbanos en las provincias de Santa Fe y Buenos Aires. Tradicionalmente el pueblo qom se dedicaba a la cacería, recolección, pesca y



agricultura, y también constituía una importante fuerza de trabajo para los ingenios azucareros, aserraderos, cosecha del algodón y empresas agro-forestales. La desposesión territorial y de recursos y la expansión agroindustrial, han limitado el acceso de los qom a tierras y a formas propias de subsistencia. Esto ha generado importantes movimientos migratorios a centros urbanos.

A partir de la década de 1940, las migraciones a la ciudad de Resistencia aumentan. Como señala Guarino (2006): *"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 muy difíciles para los pueblos del interior y sus productores agrícolas"* (pp.40). No solo migraron indígenas, también criollos en busca de mejores condiciones de vida y acceso a trabajo, y en algunos de los asentamientos con población qom en la ciudad de Resistencia, conviven con familias criollas.

El área metropolitana de Gran Resistencia va a recibir decenas de familias migrantes, que inicialmente se instalan a lo largo de las vías del Ex ferrocarril General Belgrano, limitada por la ruta N°11, la Av. 25 de Mayo y las lagunas Toba y Ghio. Posteriormente se aceleró la migración y el proceso de urbanización, el cual estuvo marcado por el déficit habitacional y asentamientos precarios, gradualmente se va a constituir en el Barrio Toba, ubicado a 2 km del centro de Resistencia. Asimismo, en la década de 1960 se instalan familias en la comunidad Barrio Mapic, ubicado a 8 km del centro de la ciudad de Resistencia, y a 1.1 km del acceso por ruta Nicolás Avellaneda, ésta es una comunidad habitada por qom y por criollos. Además, este asentamiento se encuentra próximo a un gran basural de la ciudad. Cabe destacar la contaminación producida por los desechos, tornando el agua no apta para el consumo humano (Guarino, 2006). A lo cual se suma la presencia de basurales y microbasurales, la insuficiente recolección de residuos y el hábito de quemarlos, lo cual incide en la salud de la población. La tercera comunidad qom es Cacique Pelayo, ubicada en la localidad de Fontana. Algunos de estos asentamientos se encuentran ubicados en tierras inundables, cercanas al cauce del



río Negro, zonas de pastizales y esteros, y terrenos en los cuales no se pueden extender y que en algunos casos con los años se han transformado en zonas de basurales. En estos asentamientos los indicadores de calidad de vivienda, acceso a servicios básicos de sanidad y provisión de agua y electricidad son insuficientes y están deteriorados.

La constante migración, sumada al crecimiento demográfico y la puja por espacios habitables en el AMGR, producen una marcada situación de hacinamiento. Los tres barrios: Área Gran Toba, Mapic y Cacique Pelayo, cuentan con escuela, centro comunitario, centro de atención primaria (nivel de complejidad III) que ofrecen servicios de clínica médica, pediatría, ginecología, en algunos casos odontología y farmacia. Para cuestiones de complejidad la población que tiene Obra Social acude a Sanatorios y Clínicas, y el resto a los Hospitales Julio Perrando, y al Pediátrico Dr. Avelino L. Castelán y otras instalaciones.⁷ La situación laboral en general es precarizada, mucha gente se dedica al trabajo estacional e informal, a la venta de artesanías, algunas mujeres trabajan como empleadas domésticas, los hombres en albañilería, en el Mercado Frutihortícola⁸ u otras actividades de notoria precariedad. Algunos pocos en diversas dependencias del Estado (Ministerio de Educación, Salud del gobierno municipal y provincial).

7 El barrio Cacique Pelayo y el Barrio Toba cuentan con una escuela secundaria Centro Educativo Franciscano Intercultural Bilingüe U.E.P. N°72 "Cacique Pelayo" y el Complejo Educativo de la Escuela Pública de Gestión Social Indígena (EPGSI) N°1 del B° Toba.

8 Este Mercado ubicado próximo al Barrio Toba abastece a toda la provincia, hay 1500 familias relacionadas directamente al mercado y 840.000 habitantes implicados de manera indirecta.





Barrio Toba, Resistencia, Chaco. Foto Laura Perez, 2020

Se denomina Área Gran Toba a un asentamiento compuesto a su vez de 8 barrios: Toba, Cheliyi I y II, Camalote, Crescencio López, América, Cotap y se añade Chacra 24 y asentamientos colindantes como Berta Cáceres. El primer asentamiento se produce en el año 1947 sobre los terraplenes de las vías desmanteladas del ferrocarril. Fue un asentamiento muy precario, en el año 1966 se construyen las primeras viviendas y cuatro años más tarde se suman más viviendas, consolidando la tira de 1000 metros, sin posibilidad de construcción sobre los laterales. Como señalan Ebel y Rodríguez (2015) los pobladores han construido mediante autoconstrucción viviendas precarias en terrenos vacantes aledaños al barro original. Entre los años 2014-2017 interviene el IPDVU⁹ con el proyecto "Gran Toba" mediante el cual se realiza la renovación y construcción de las nuevas viviendas con el apoyo de PROMEBA (Programa de Mejoramiento de Barrios) que implicó darle solución habitacional a familias que vivían en asentamientos

9 Instituto Provincial de Desarrollo Urbano y de Vivienda.



y barrios lindantes. Este proceso implicó la relocalización de algunas familias durante la construcción y un sector quedó sin que se construyeran las viviendas. Un informe realizado por Barreto y equipo (2015) indicaba que no hubo un diseño adecuado de viviendas, se realizó en terrenos inundables, y con problemas ambientales, Ebel y Rodríguez (2015) al igual que numerosos vecinos indican la ausencia de espacios verdes para uso público. Como señalan Quevedo y Villagra (2020) las políticas públicas en torno a la vivienda se asocian a campañas electorales, a alianzas y negociaciones, lo cual genera conflictos, tensiones y expectativas no cumplidas a nivel local. En un estudio realizado por Ponce y Fantin (2017) basado en datos censales del 2010, el área programática Toba tenía un 25.59% de hogares con al menos un indicador de NBI (necesidades básicas insatisfechas) y Mapić con 15,90%. Este estudio, además, señala que los servicios de salud deberían brindar mayor atención a la salud materno-infantil, particularmente en el caso de Mapić, donde registraron un 54% de mujeres en edad fértil, y también fortalecer la atención a las enfermedades vinculadas a la vejez. Cabe destacar que en algunos de estos barrios han surgido en la última década problemáticas sociales vinculadas al consumo de estupefacientes, alcoholismo, violencia, falta de empleo, sumado a lo que hemos señalado en cuanto a situaciones de vulnerabilidad estructural que afectan gravemente a la población y en particular el consumo de drogas en la juventud. Frente a estas emergentes problemáticas sociales, organizaciones sociales y religiosas intentan dar respuesta y contención a las familias.

El proceso de sedentarización que atravesó el pueblo qom implicó un cambio drástico en la alimentación. Desde hace más de una década ha aumentado la incidencia de enfermedades crónicas no transmisibles tales como diabetes, obesidad, hipertensión. Además de la presencia de enfermedades infecciosas como la tuberculosis y Chagas. A esto se suman situaciones de hacinamiento, a pesar de haber mejorado la demanda habitacional, debido al crecimiento de la población que al no tener espacio para construir aledaño o contiguo a sus viviendas, en muchos casos permanece con la



familia de origen. Asimismo, la falta de espacio ha llevado a la formación de asentamientos colindantes que son construidos con materiales precarios, en zonas inundables y sin acceso a agua potable y cloacas. Cabe mencionar el deterioro de las viviendas en algunos de los barrios dentro del Área Gran Toba (tales como el Barrio Cheliyi). Otras personas se fueron a Mapic donde el Estado provincial construyó viviendas. Estas situaciones socio-sanitarias, que ya eran conocidas por quienes trabajan en la comunidad y por el sistema de salud, se visibilizaron al momento en que irrumpe la pandemia en el barrio y van a agravar la sinergia entre estos padecimientos y el COVID-19.

Intervenciones estatales en el abordaje de la pandemia

El rápido aumento de casos por COVID-19 en el barrio llevó a que el Ministerio de Salud Pública de la provincia del Chaco nombrara a la doctora Carolina Centeno, la entonces Subsecretaria de Salud Comunitaria, Entornos Saludables y No Violentos, como coordinadora del COVID-19 en el Área Gran Toba. Las medidas sanitarias de urgencia que se implementaron fue el desarrollo de un polo sanitario que involucró lo siguiente: el cerramiento del barrio (por medio de montículos de tierra y cercos perimetrales), la implementación del operativo del Dispositivo DETECTAR¹⁰, el aislamiento de casos positivos y contacto estrecho, y el mejoramiento de las condiciones de infraestructura del Centro de Atención Primaria a la Salud (CAPS). Se procedió a instalar en el Centro Integrador Comunitario (CIC) del Barrio Chellyí, un centro de aislamiento de casos positivos y eventualmente para alojar casos sospechosos en caso de no poder garantizar aislamiento domiciliario, con una capacidad de 20 camas. Cabe agregar que las mismas no fueron utilizadas ya que la comunidad prefirió cumplir la cuarentena en sus hogares. Otra de las medidas fue el emplazamiento de una carpa sanitaria del ejército con el objetivo

10 DETECTAR. Dispositivo Estratégico de Testeo para Coronavirus en Territorio Argentino. Programa desarrollado por el Ministerio de Salud de la Nación cuyo objetivo es buscar casos positivos de COVID-19, testear a las personas sospechosas de ser positivos y en este caso derivar a la persona para su aislamiento y cuidado.



de disponer módulos sanitarios a modo de consultorios. Asimismo, también se refaccionó la escuela para tener espacios como centro de aislamiento de casos positivos COVID-19 o para alojar casos sospechosos en caso de no poder garantizar aislamiento domiciliario. Esta obra se inauguró el 28 de noviembre de 2020 pero no fue utilizada como lugar de aislamiento.

La irrupción de la pandemia encontró al personal de salud de los CAPS (e incluso de los hospitales) sin elementos de protección para el contagio. De modo que, al no contar con los elementos necesarios para la prevención al inicio de la pandemia, el número de contagios en el personal de salud fue elevado e incluyó agentes sanitarios indígenas, enfermeras, médicos, directoras de centros de salud y personal de maestranza. Hubo efectores de salud que tomaron licencia por ser personas de riesgo, disminuyendo notablemente el personal al frente de los operativos sanitarios. A esto se suma que el personal sanitario que ya era escaso y debía mantener la atención a la salud de la comunidad (mujeres embarazadas, niños, pacientes crónicos, campañas de vacunación), la cual se vio suspendida inicialmente o con turnos programados. La emergencia sanitaria trastocó todas estas instancias de control, seguimiento y cuidado de la salud de la población.

Según indicó la Dra. Centeno en una entrevista:

Todo lo que va sucediendo con el impacto del covid, muestra las desigualdades históricas que tienen estos barrios, hablar de covid es hablar de agua, de hacinamiento, es hablar de acceso a la comida, planificación urbana, no solamente en el barrio en todo Resistencia. El último cerco que se puso casi generó una batalla campal la población quería que cierren, pero no con montículos de tierra porque parecía que eran todas barricadas, tal vez no se discutía la medida de fondo y no la medida de hecho (Entrevista)

El operativo sanitario también tuvo a cargo la detección de pacientes febriles, el control casa por casa de pacientes COVID-19 positivos. El ejército entregó raciones de comida de lunes a viernes, al menos 620 raciones para una población aproximada de 4500 habitantes y el Ministerio de Desarrollo Social entregó bolsones de alimentos, en coordinación con referentes barriales, de forma tardía e irregular.



El operativo sanitario encontró demandas de larga data, como la falta de atención odontológica y psicológica, pero se logró dejar en función el centro de salud para el control materno-infantil, la vacunación y el control de niños sanos, embarazadas y pacientes crónicos.

Al determinar que el resultado del testeo es positivo, inicialmente los efectores de salud indicaban a las personas que debían aislarse a fin de no contagiar a la familia y vecinos. Sin embargo, y como señalamos anteriormente, las familias son numerosas, las viviendas pequeñas y no cuentan, en general, con un espacio para aislar a la persona puesto que se comparten la habitación, el baño y la cocina. A ello se suma, una reticencia a abandonar el hogar junto a un temor a estar lejos de la familia estando enfermo. Fueron pocas las personas que se aislaron en los centros de aislamiento dispuestos por el Ministerio de Salud.

Los efectores de salud mencionaron la dificultad de adaptar los protocolos a las prácticas culturales de las personas tales como formas de circular en la comunidad, evitar salir a trabajar fuera de la comunidad, o simplemente sentarse en las veredas para tomar mate. Una médica del CAPS nos indicó:

es una zona vulnerable, con necesidades básicas insatisfechas, hay una zona que quedó sin urbanizar, uno no podía decir "te quedás adentro". Era difícil que cada grupo se quede adentro, que no comparta mate, tenemos trabajadores en el centro de salud que viven en el barrio, no había forma de decir no tomar mate, no compartir, usar barbijos todo el tiempo y cumplir el protocolo, es difícil. Ahora la cosa está más aceptada, fue muy resistido al comienzo (Entrevista)

En cuanto a la hospitalización, hubo renuencia a la internación en el hospital por muchos motivos: experiencias de discriminación, rechazo en algunos de los pacientes al sistema biomédico por sus propias prácticas de atención a la enfermedad. Con la pandemia, ocurrió que cuando las personas se internaban les retenían los celulares y la familia queda incomunicada con el paciente. De hecho, dos personas pidieron el alta voluntaria debido a que vivieron situaciones de abandono hacia los pacientes indígenas.



Cabe señalar que en los medios se hizo referencia a que estas personas se escaparon del hospital, manifestando otra forma de estigmatización a la población qom. La gente prefirió quedarse en sus hogares, con el acompañamiento de sus familias, a menos que necesitara una hospitalización.

Rita Medina, de la comunidad Mapic, nos relató cómo fue el inicio de la cuarentena y las dificultades del aislamiento:

Al principio la policía atropellaba más a los muchachos porque les costaba hacer la cuarentena, era la sensación de no poder ir a la cancha o estar afuera, les costó mucho, al principio venía la policía y los sacaba a los tiros, los corría, pero más adelante con el comité de emergencia se pudo dialogar con la policía, de ahí ya no lo hacían masa. Mi hermana vive en el sector criollo, y le tiraron combustible por la ventana porque estaba en aislamiento, es la ignorancia, dicen que los indígenas son ignorantes, y yo me reía porque los ignorantes son los criollos (Entrevista)

Por último cabe señalar que, como en muchas partes del país la demanda sobre el personal de salud fue intensa, debieron enfrentar enormes responsabilidades, el riesgo de contagio e, inicialmente, ausencia de insumos de bioseguridad para la protección personal y de los pacientes. Frente a esto hubieron varias protestas del personal de salud en demanda de mejores condiciones de trabajo y salariales. En cuanto a las intervenciones por parte del Estado, la falta de personal a nivel local implicó que desde el Ministerio de Salud de Nación tuvieran que contratarse médicos de Buenos Aires para trabajar en la emergencia sanitaria de modo que se vincularon dispositivos de intervención provinciales y nacionales que tuvieron que adaptarse rápidamente a los contextos locales sin la necesaria preparación en un abordaje de salud intercultural. A pesar de esto, algunos médicos tuvieron una perspectiva y abordaje más abarcador que rinde cuenta de los determinantes sociales de la salud. Un médico enviado por el Ministerio de Salud de Nación al centro de salud del barrio Mapic, señaló con acierto que:

en la comunidad se observa el movimiento de la gente como



parte de sus prácticas culturales, y que se trata de cercar a una población que vivió migrando. A eso se le suma nuevos asentamientos que, junto a las necesidades básicas insatisfechas, como higiene para las necesidades básicas de ir al baño, lavarse las manos genera un ambiente propicio para el contagio. En el MAPIC hay agua, pero yo llegué a ver con los vecinos, la calidad no es la mejor, puede llegar a generar patologías renales, digestivas, hay que ver las parasitosis, no hay recolección de residuos, se produce la quema de los basurales, y en proximidad de las casas, inhalación de componentes químicos que dañan vías respiratorias, de niños y ancianos. Entonces esto sumado el hacinamiento, muchas enfermedades que aprovechan esto como la tuberculosis que es muy prevalente en la población muy subdiagnosticada, implica muchas aristas ante el COVID (Entrevista)



Barrio Mapic, Resistencia, Chaco. Foto Ingrid Müller, 2020

La respuesta de la comunidad

A partir de la irrupción de la pandemia en abril de 2020 y a partir de la actividad de asambleas comunales se conforma dentro del barrio un Comité de Emergencia Indígena integrado por referentes,



presidentes de comisiones vecinales, pastores evangélicos, miembros de movimientos sociales, vecinos y vecinas que van a abordar temas de seguridad, educación, acceso a alimentos. Este Comité inicialmente va a reclamar que no se tuvo en cuenta a las necesidades de la población, se impuso el cordón sanitario y otras medidas sin haber consensuado previamente con la población. En el Comité hubo disenso en el abordaje respecto a la intervención en el barrio, por un lado hubo un pedido de respuestas por parte del Estado frente a la emergencia sanitaria, pero por el otro, el cerramiento del barrio con montículos generó descontento entre los vecinos. Este Comité se dividió al haber reclamos y cuestiones más particulares y surgió “El Consejo de Comisiones Vecinales” que gestionó, junto a los vecinos, los pedidos de emergencia, ambulancias, remedios, demandas en cuanto a salud, seguridad y alimentación. Asimismo, el comité de emergencia acompañó a la carpa sanitaria exclusiva para coronavirus, involucrando también el trabajo de jóvenes que asistían en la carpa sanitaria y acompañaban a los doctores.

Por otra parte, al haberse limitado la posibilidad de trabajar fuera de la comunidad y acceder a recursos fueron varias las iniciativas llevadas a cabo por mujeres en cuanto a organizar comedores populares y merenderos a fin de proveer de alimentación a las familias. Leticia del Barrio Cheliyí desde hace cuatro años organiza un comedor al lado de su casa donde además ofrece otras actividades como talleres de costura. Con la llegada de la pandemia, el grupo de mujeres del comedor fabricaron barbijos para los médicos de la carpa sanitaria e intensificaron la preparación de comida. Este comedor recibe aportes del Movimiento de Trabajadores Excluidos (MTE) y del Ministerio de Desarrollo Social; también venden torta frita y pan casero para recaudar fondos. El comedor brinda cena y preparan alimentos para 200 personas. Leticia nos contó que *“los artesanos la están pasando muy mal, no pueden salir y están sin trabajo y sin ayuda del gobierno, al comedor concurre la gente con un recipiente a retirar la comida”* (Entrevista)





Artesanas barrio toba. Exposición y venta de artesanías qom, Centro Comunitario Cheliyí, Resistencia, Chaco. (Foto Laura Pérez, 2020)

En una charla con un referente del programa “El barrio cuida al barrio”, nos comentó que en Resistencia los barrios populares tienen varios “copeos” infantiles, son merenderos donde al menos se sirve una taza de leche, mate cocido, galletas, torta frita o pan. Estos merenderos reciben el aporte de organizaciones sociales, políticas, instituciones del Estado y donaciones. En Cacique Pelayo, un barrio que no tuvo muchos casos de coronavirus, la pandemia puso al descubierto la vulnerabilidad socio-económica y habitacional. Ada, una docente de la escuela nos relató lo siguiente:

los docentes indígenas avanzamos y salimos y nos anticipamos y formamos el comité de emergencia, integrada por varios jóvenes y mujeres, y hombres adultos, vimos cómo era la situación habitacional si llegara a haber un infectado que harían, ya estamos vaciando una pieza y le preguntábamos a la gente sobre su situación, como se estaban preparando, que conocían de esta enfermedad, para anticipar lo que venía. Se crearon las ollas populares en cada sector, en las escuelas se reforzaron los comedores, para distribuir alimentos, y se pusieron en marcha los proyectos que faltaban (Entrevista)





Comedor Comunitario. Cacique Pelayo, Resistencia, Chaco. Foto Ada López, 2020

En este sentido el municipio comenzó obras de instalación de cloacas en partes de Cacique Pelayo donde no se habían instalado previamente.

En el barrio Toba, Stella Maris –quien tiene una trayectoria de activismo y participación en organizaciones sociales y forma parte del Comité de Emergencia Indígena– milita en el “Movimiento Pueblos Originarios Lealtad y Dignidad”. Según nos contó, se puso al frente de la resolución de problemas que se generaron como parte del Comité de Emergencia:

El gobierno no bajaba la asistencia, cuando se puso más grave ahí bajó la ayuda. Nadie estuvo frente al paciente con Covid, había que hacer aislamiento, nos ataron de manos y pies, hubo discriminación porque sos paisano y no podés salir, que no entendemos la gravedad de la enfermedad, como que no nos importaba, pasamos humillaciones, y hasta amenaza que nos iban a prender fuego. Soy testigo, a la gente la llevaba la ambulancia y no volverlo a ver, y tenía que llamar a la ambulancia



las 24 horas (Entrevista)

Por su parte, Laura Pérez trabajó en pos de encontrar una solución a la situación laboral de artesanos y artesanas del barrio y coordinó acciones con el departamento de Artesanías del Instituto de Cultura del Chaco (compra de artesanías, organización de ferias y venta online). Sin embargo, la compra de artesanías fue insuficiente y el Instituto hizo una sola compra. Se intentó hacer la venta online, pero no tuvo éxito debido a que la mayoría de los y las artesanos no manejan las herramientas tecnológicas necesarias para ello y no pueden afrontar los gastos de internet. La dificultad de salir a buscar la materia prima y luego vender las artesanías afectó la subsistencia de este conjunto de personas del barrio. Axel Francia, un artesano del barrio, señaló que:

Estamos tratando de sobrevivir lo que podamos, todo es un temor del contagio, temor de que puede llegar a transportar la enfermedad. Tienen miedo de que transportemos materiales con contagio, por primera vez en la historia nos está pasando esto. A veces nosotros recibimos donaciones, mercaderías, ropa con eso sustentamos a nuestros hijos. Lamentablemente acá hace como más o menos hace 5 meses que no tenemos trabajo, yo soy uno de los que llevo lo que me puedan dar, y llevo mercadería a la casa de los artesanos, me duele porque ellos me dicen "Axel que podemos hacer para poder vender, tenemos producto y no sabemos a quién venderle, o que hacer, cuando salimos a la calle la policía nos detiene y nos mandan a la casa nomás (Entrevista)

A esto se suma que los artesanos no tenían materia prima para realizar sus trabajos ya que no podían salir del barrio para obtenerla. Para el conjunto de artesanos la cuarentena significó un tiempo de enorme adversidad económica por lo que los comedores y merenderos cumplían un rol fundamental; en tanto que, para el resto de los habitantes que dependen de un jornal la cuarentena implicó severas restricciones a sus ingresos.

La estigmatización y racismo y sus violencias

Lo que muestra la aparición de la pandemia en el Área Gran Toba, al igual que otras zonas del país, no es novedoso pero visibiliza aún



más las desigualdades históricas que tienen estos barrios, como ser el acceso al agua, el hacinamiento, la falta de planificación urbana adecuada al contexto social. La pandemia va a exacerbar la estigmatización y el racismo hacia la población qom. La violencia simbólica de los medios de comunicación en reproducir un imaginario discriminador, representando a la población qom como portadora de la enfermedad, como peligro para el resto de los barrios, como la instalación de la idea de diferencias culturales que dificultan la comunicación y el acatamiento a las normativas ASPO. A ello se suman varios casos de acciones discriminatorias de vecinos criollos hacia la población qom tales como denuncias de que alguien tenía coronavirus o avisos de que residentes del Área Gran Toba se trasladaban hacia otro barrio para estar con sus familiares y evitar el cerco sanitario, provocando el envío de patrulleros al domicilio para verificar que se estuviera acatando con la cuarentena.

El cordón sanitario implicó cerrar con montículos las salidas habituales del barrio, dejando abiertas dos entradas o salidas para que la gente pueda entrar y salir con permisos. Asimismo, se puso custodia policial para evitar la circulación de los y las vecinas. Estas medidas generaron mucha disconformidad entre los habitantes del barrio. Este encerramiento, si bien apuntaba a evitar los contagios, significó para la gente una enorme restricción así como el sentimiento de ser vistos por los de afuera como culpables del contagio o gente contaminada que debía ser cercada para que se evitase el contagio. En este sentido, una pastora evangélica nos comentó lo siguiente:

pasamos a ser como que nosotros contaminamos toda la provincia, fue un dolor como comunidad, cuando se sabe que a nivel nacional fue una profesora que vino de Europa, yo pienso que para el gobierno fue más fácil buscar a alguien como nosotros, y culparnos de la pandemia en la provincia. Sufrimos esa discriminación, que siempre nuestra comunidad la sufre (Entrevista a Norma)

Hubieron vecinos, vecinas y medios de comunicación que culpabilizaron a la comunidad qom por el aumento de casos de



COVID-19, adjudicándolo a sus “prácticas culturales”, la falta de higiene y el hacinamiento. La directora del Centro de Salud del Barrio Toba, que es qom y reside en el barrio, señaló que:

Al tener el primer caso se trabajó bastante con el Ministerio de Salud. Los mismos pacientes no querían aceptar que eran positivos. Rechazaban el diagnóstico, hubo denuncias de la familia de la persona que fue el primer caso, de haber filtrado los datos del paciente, se sentían discriminados por los vecinos que le decían que ellos iban a contagiar a todos. Fueron pasando los días y los pacientes, fueron cayendo por tener patologías como diabetes, hipertensos, jóvenes asmáticos, al principio de todo no querían asimilar porque decían que como eran pueblos originarios no pensaban que ellos iban a tener el virus (Entrevista a Graciela).

Graciela señala que los pacientes se sentían discriminados por los vecinos al ser señalados como portadores del virus, pero también la pandemia evidenció la interacción sindémica de enfermedades crónicas, respiratorias e infecciosas. A ello se suma el desconocimiento de esta nueva enfermedad que, en el imaginario de algunos qom, pudiera no afectarles. En este sentido, Romina del Barrio Mapic, que tuvo coronavirus, señaló lo siguiente:

Era un tipo de racismo total, hasta los vecinos nos sacaban fotos, nos intentaron quemar, tiraron nafta en el baño. Si vos te vas caminando al hospital, salís en una bolsa, así eran las guardias, porque si tenés covid, arreglate nomás, porque fue así fueron los primeros día de la pandemia, ahora uno está aislado y anda tranquilo en el barrio, como éramos los primeros casos, todos tenían miedo (Entrevista)

La violencia institucional se evidenció el 27 de mayo, en un hecho de violencia hacia una familia qom del Barrio Bandera Argentina ubicado cerca de la ciudad de Fontana. Sin orden de allanamiento la policía ingresó en el domicilio y golpeó a cuatro jóvenes y a mujeres adultas, los jóvenes fueron trasladados a la comisaria donde sufrieron abusos, incluso violencia sexual hacia las mujeres. En este caso los insultos se referían a su condición de indígenas, esto fue registrado por videos y llevó a la intervención de la



Secretaría de Derechos Humanos de la provincia.

Del mismo modo, Claudio Largo, reconocido por su trayectoria artística como Director del Coro Chelaalapí, fue importunado por la policía, el personal de salud y el comité de emergencia de Barranqueras a raíz de una denuncia que hicieron sus vecinos por el hecho de ser indígena y tener su familia en el Barrio Toba. Claudio nos relató cómo vivió la situación:

la pase mal en esas dos semanas porque el solo hecho que me hayan denunciado y después encima me mandaron a seguir. Hice la denuncia en derecho humanos, en INADI. Me di cuenta que me seguían porque un día estaba con un amigo de Barranqueras (que era policía) y él fue el que me advirtió que había policías de civil, hasta cuando yo hacía las compras, durante una o dos semanas (Entrevista)

Cabe agregar, que a estas formas de violencia institucional se suma el imaginario que los barrios indígenas son espacios de peligrosidad, delincuencia, drogas, alcoholismo y que, en el contexto actual se exacerban la diferencia cultural y la exclusión.

Morir en soledad y sin entierro

En las primeras entrevistas que realizamos al inicio de la pandemia en los barrios qom, emergió el tema de la cremación de los cuerpos de los parientes fallecidos. La Dra. Centeno, se refirió de la siguiente manera a este tema:

tuvimos un gran problema con todo lo que tiene que ver con el manejo de cadáveres y cuerpos y es una problemática que no tiene respuesta acá en la provincia, porque sus prácticas culturales no permiten la cremación de los cuerpos, ellos quieren hacer el velorio, que no se puede hacer, pero principalmente de disponer del cuerpo, ponerlo en algún lugar, el cementerio de Resistencia no tiene espacio, hay un emergente tensional muy fuerte entre el estado y la comunidad porque ellos no quieren la cremación (Entrevista)

El artesano, Axel Francia señaló lo siguiente al respecto:

Cuando fallecen cuatro hermanos de esta comunidad yo no me levanté como dirigente social, porque pensé que era la historia



como nos contaba nuestro padre, pensé que era como el cólera. Cuando traen el cuerpo de los que fallecieron, nunca vimos en nuestra cultura como pueblos indígenas, no podíamos creer como traen en una caja las cenizas. Porque nuestra cultura es despedir a nuestros vecinos, nuestros hermanos, siempre ir con el pésame, acompañando, estar a su lado y hacer unos cantos rituales. Acá el problema más grave es el cementerio para pueblos indígenas, nos levantamos pidiendo un cementerio propio, porque el cementerio nos cerró el paso, nosotros no somos de guardar en nuestras casas el cuerpo, nuestra cultura es para dejarlo debajo de la tierra. Algunos tienen la urna en su casa y no saben qué hacer. Le estamos pidiendo al gobierno que haga una pequeña donación para hacer un cementerio para indígenas, donde llevamos a nuestros hermanos para que descansen en paz, siempre debajo de la tierra (Entrevista)

Por su parte, el enfermero qom del Hospital Perrando señaló:

Nuestra gente no está acostumbrada a este tipo de prácticas, va contra la cultura de los pueblos originarios. El 98% estuvo en desacuerdo con este tipo de procedimiento, donde el paciente fallece por covid, pasan a la morgue y de ahí directo al crematorio, y después le dicen al familiar que mañana retire la urna con las cenizas de tu familiar, y es muy duro que uno no puede ni siquiera despedirse, y no hacer la ceremonia (Entrevista a Daniel Gómez, enfermero).

Elizabeth González (coordinadora general de los tres pueblos originarios de la Provincia de Chaco ante el poder judicial), en una entrevista señaló que algunas familias *"no han podido retirar las cenizas, es la muerte sobre la muerte lo dice en lengua qom, es matar y lo volvieron a matar"*. Un vecino de Cacique Pelayo indicó que le habían entregado las cenizas de su hermano, pero nos mencionó que él no sabe si realmente son las cenizas de su hermano, *"quizás esté aún vivo en el hospital"*.

El morir sin acompañamiento, y sin poder realizar los rituales correspondientes, no tener un cementerio donde enterrar el cuerpo y retener la urna con cenizas en las casas no solo fue relatado como el aspecto más dramático de los efectos de la pandemia sino como nuevas prácticas desconocidas que carecían



de sentido y añadían a la angustia frente a la incertidumbre de la pandemia. Si bien desde las instituciones de salud, como indicó la doctora Centeno, se reconoció la adversidad de esta situación, no se buscó otra forma de abordar la muerte y de disponer de los cuerpos. El gobernador de la provincia está al tanto del pedido de las comunidades de la creación de un cementerio indígena en la localidad de Puerto Tirol, sin embargo, hasta la fecha se desconoce si se ha avanzado en este proyecto.

Cabe señalar que la mayoría de las personas que fallecieron en los barrios qom, tenían condiciones de salud preexistentes tales como diabetes, hipertensión, litiasis renal, obesidad, tuberculosis y Chagas. Esto fue referido en las entrevistas a los efectores de salud así como por vecinos y familiares. En este sentido, la Dra. Centeno indicó que hay un gran problema con la diabetes y la hipertensión, también la tuberculosis como enfermedad endémica, con la presencia de la enfermedad de Chagas y con cardiopatías vinculadas a esta enfermedad. Una médica que trabaja en el centro de salud del Barrio Toba señaló que

hay pacientes que te dicen que no hay otra forma de comer, que no tienen huerta, no pueden comprar verdura, tienen que comer harinas. La medicación si no la tengo, no hay forma que le diga que compre metformina. El tema de la diabetes y la comida es difícil de abordar, la gente come tortilla, arroz, papa y hace un caldo que está hecho de hueso y arroz y papa y esa es la sopa. ¿Cómo puedo decirle que coma verde? (Entrevista)

Asimismo, la Dra. Centeno, indicó que observa un aumento de litiasis vesicular posiblemente se deba a la transición nutricional, a una dieta rica en harinas e hidratos de carbono y bebidas azucaradas. La transición nutricional que atraviesan los pobladores de estos barrios incide en la sinergia que conduce a la sindemia¹¹

¹¹ La noción de sindemia puede ser criticada considerándola como un abordaje prescriptivo, y que normativiza los cuerpos y las dolencias de las personas, las cuales tienen una base social, culpabilizando a las personas por sus propias enfermedades. Singer, Bullett y Ostrach (2020) indican que muchas investigaciones no logran articular las interacciones biológicas y biosociales necesarias para evidenciar la sindemia. En el caso desarrollado en este artículo, la evidencia de campo muestra que las enfermedades crónicas registradas en los barrios qom, interactuaron de manera sindémica con el COVID-19, en un contexto que incluye diversas desigualdades. Los residentes del barrio qom



y se encuentra inextricablemente ligado a factores económicos y cambios en el acceso a recursos de subsistencia y ambientales.

En relación al Chagas se estima un 30% de prevalencia en la provincia. Al haber personas que padecen de hipertensión, diabetes y cardiopatías por Chagas, estos son factores de riesgo en población mayor de 50 años.

En este sentido, Daniel Gómez, también señaló que *“hemos perdido abuelos, tíos, sobrinos y nos impactó de lleno esto, y básicamente hubieron bajas con respecto a esta enfermedad, y la padecieron personas con diabetes y otras enfermedades como la renal, hipertensión, y que llevó a la muerte”* (Entrevista). Estas condiciones, en situación de vulnerabilidad y pobreza estructural, constituyen una sinergia negativa en contacto con COVID-19 que caracteriza la noción de sindemia. Singer (2020) examina la relación sindémica entre diabetes y COVID-19 en México e indica las múltiples causas del incremento de la diabetes, tales como la transición nutricional, la migración del campo a la ciudad, la transformación económica regional y la penetración de los alimentos industriales. En el caso del Chaco y otras provincias entre sectores de bajos ingresos, los alimentos basados en harinas son los de menor costo y también los que se sirven con frecuencia en los comedores y merenderos. Asimismo, los estudios muestran la correlación entre casos severos de infección por COVID-19 y diabetes van a resultar en un mayor impacto de COVID-19, esta interacción implica lo que Martínez y Leal (2003) denominan una doble carga de enfermedad en los cuales se imbrican altos índices de enfermedades crónicas e infecciosas (Singer 2020:662). Como indica Gravlee (2020), las inequidades sociales inciden en el riesgo por COVID-19 y el COVID-19 exacerba las inequidades sociales, dañando más aún la salud. De modo que, abordar esta problemática pandémica implica un enfoque integral que tome en cuenta las necesidades de las áreas urbanas deficitarias críticas en sus procesos de urbanización segmentada y desigual, pero también el acceso a alimentos, a un hábitat sano, a derechos expresaron numerosas veces que su salud y su cuerpo ha cambiado como consecuencia de su vida en el espacio urbano, el cambio de la alimentación y la situación de exclusión social.



sociales y culturales, como así también a espacios para desarrollar la vida comunitaria. Por último, cabe mencionar la importancia de la participación de agentes sanitarios interculturales bilingües en el proceso de atención y comunicación entre pacientes, familia, institución de salud y la comunidad, para garantizar la atención a pacientes indígenas en un marco de respeto de su idioma, el derecho a la comunicación de la lengua materna y las cosmovisiones y prácticas propias de dichas comunidades; de las cuales era poco el personal de salud externo familiarizado con el pueblo qom.

Referencias Bibliográficas

- ALJANATI, L. (2020) Informe ampliado: efectos socioeconómicos y culturales de la pandemia COVID-19 y del aislamiento social, preventivo y obligatorio en los Pueblos Indígenas en Argentina -Segunda etapa, junio 2020- .
- BARRETO, M.A., ALCALA, L. et al. (2014). Áreas Urbanas Deficitarias Críticas como Unidades de Interpretación y Abordaje de los Nuevos Territorios Periurbanos. Instituto de Investigación y Desarrollo en Vivienda, Facultad de Arquitectura y Urbanismo, Universidad Nacional del Nordeste.
<http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/55802>
- CARDOSO de OLIVEIRA, R. (1973) *Identidade, Etnia e Estructura Social*. São Paulo, Livraria Pioneira Editora, Universidade Federal de Brasilia.
- EBEL, G, y FERNANDEZ, M. L. (2015) Proyecto urbano intervención integral Barrio Gran Toba. *ADNea Revista de Arquitectura y Diseño del nordeste argentino*, 3(3), pp 29-40.
- FARMER, P. (2005) *Pathologies of Power. Health, Human Rights, and The New War on the Poor*. Los Angeles, University of California Press.
- GRAVLEE, C. (2020) Systemic racism, chronic health inequities, and COVID-19: A syndemic in the making? *American Journal of Human Biology*, August 4,
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7441277/>
- GUARINO, G. (2006) Los Tobas de la ciudad de Resistencia: El Desafío de Vivir en los Márgenes. *Cuaderno Urbano*, 5, pp. 35-54.
- HECHT, A.C., ENRIZ, N. y PALACIOS, M. (2020) Reflexiones acerca del impacto de la pandemia de COVID-19 en la educación de los pueblos indígenas de Argentina (NEA). *Desidades*, 28 (8), pp. 40-50.
- HIRSCH, S. y LORENZETTI, M. (2016) *Salud Pública y Pueblos Indígena en Argentina*. UNSAM edita, Buenos Aires.
- MARTINEZ, C. S., y LEAL, G. (2003)



Epidemiological transition: model or illusion? A look at the problem of health in Mexico. *Social Science & Medicine*, 57 (3), pp. 539–50.

MEDRANO, C. (2020) Conversando sobre virus, naturalezas e historia. Un diálogo situado junto a un líder qom en el Gran Chaco. *Tessituras*, (1), pp. 375-392.

PONCE, B.E. y FANTIN, M.A. (2017) Población indígena en contexto urbano: análisis de los determinantes sociales de la salud, a partir de la información censal. *Revista Geográfica Digital*, 28, pp. 1-17.

QUEVEDO, C. y VILLAGRA, E. (2020) Política Indígena y Memoria: las disputas por la tierra y la vivienda en dos contextos del norte argentino. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*, 19(33), pp 106-120.

SINGER, M. (1996) A Dose of Drugs, a Touch of Violence, A Case of AIDS: Conceptualizing the SAVA Syndemic. *Free Inquiry in Creative Sociology*. 24(2), pp. 99–110.

SINGER, M. (2020) Deadly Companions: COVID-19 and Diabetes in Mexico. *Medical Anthropology*, 9 (8), pp 660-665.

SINGER, M., BULLED, N. OSTRACH, B. (2020) Whither syndemics?: trends in syndemics research, a review 2015-2019. *Global Public Health*; 15, pp. 943–955.doi:10.1080/17441692.2020.1724317

