

Crisis de pueblos originarios en Chaco

Misión de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)

24, 25 y 26 de febrero de 2008

Informe Final

Introducción

El Ministerio de Salud de la Nación y la gobernación del Chaco han solicitado asistencia técnica a la Organización Panamericana de la Salud, para ayudar a paliar la difícil situación sanitaria que sufre su pueblo y muy especialmente su población aborigen, y que diera lugar a decretar el Estado de Emergencia Sanitaria, Alimentaria, Educacional y de Vivienda en Diciembre pasado, junto con la conformación de un Comité Intersectorial de Crisis (ver, anexo, el Decreto de Emergencia y “Algunas aproximaciones a la problemática aborigen en la provincia del Chaco”.

Equipo designada para la Misión

Dra. Diana Brykman - Secretaría de Salud Vicente López – Maestría de Salud Internacional UBA.

Lic. Andrea Jait - Programa Federal de Chagas Ministerio de Salud de la Nación - Maestría de Salud Internacional UBA.

Dr. Celso Rodrigues – Asesor ínter países de Salud Veterinaria, OPS/Argentina.

Dr. Marco Akerman - Asesor Regional de Salud y Desarrollo Local OPS/Argentina-SDE-WDC.

Objetivo de la Misión

La misión tuvo el propósito de conocer de modo exhaustivo la situación de salud de los pueblos originarios de la provincia de Chaco, sus necesidades y demandas, a fin de proponer un proyecto de cooperación técnica en salud y desarrollo local, para ello escucho a diferentes actores provinciales, leyó documentos y sostuvo entrevistas.

Contactos entablados

- Dr. Oscar Alberto Holzer, Ministro de Salud.

- Dra. Teresita Benítez, Subsecretaria de Patologías Complejas y equipo técnico (subdirector de la Región Sanitaria VI, Departamento de Quemes – Dr. Feliz Ruiz - directores de Salud Indígena – Dr. Rodolfo Sobto - Programa de Tuberculosis, Programa de Nutrición del Ministerio de Salud).
- Comité de Crisis del gobierno provincial (1. Coordinador – Julio Garcia, Ministerio del Gobierno y miembros del Ministerio del Desarrollo Social – 2. Coordinador de Emergencias Sociales y 3. Coordinador Operativo de Quemes; miembro del Ministerio de la Salud – 4. Salud Indígena; miembro del 5. Ente Provincial de Agua; 6. miembro de la Coordinación de Gestión Cooperativa del Ministerio del Gobierno; y 7. militante de Derechos Humanos).
- Sr. Orlando Charole, titular del Instituto del Aborigen Chaqueño (IDACH) y educador indígena, Miguel Gomez.
- Dr. Rolando Nuñez, Coordinador del Centro de Estudios e Investigación Social Nelson Mandela.
- Dra. Belkis Gonzales de Castano, vicepresidente de la Cruz Roja Argentina y Lic. Mario Diaz, presidente de la filial chaqueña de la Cruz Roja Argentina y equipo.
- Integrantes del Barrio Toba de Resistencia y Cacique Luis Gonzales.
- Miembros de grupos originarios toba y wichí de las localidades de Sauzalito y Castelli, departamento de Quemes en viaje a capital provincial para reclamación de derechos.

Información obtenida

A partir del decreto de emergencia emitido el 13 de diciembre de 2007 por el gobernador Jorge Capitanich, la primera medida adoptada fue la implementación del Operativo Alimentario Integral Chaco en el Impenetrable (PAICHA) para dar respuesta a los principales problemas de salud de los grupos aborígenes – desnutrición, tuberculosis y chagas. El programa fue lanzado el 25 de diciembre de 2007 en la localidad de Nueva Pompeya del Departamento de Guemes, destinado a las poblaciones aborígenes de la totalidad del territorio conocido como “El Impenetrable”.

El periodista Manuel Bordón ha sido designado por el gobernador, encargado de conducir dicha estructura. Instaló en el mes de diciembre de 2007 un equipo en Fundación Nueva Pompeya, localidad que cuenta con 5000 habitantes, con aproximadamente 50 % de población aborigen.

Un mes después de iniciadas las acciones el gobernador presentó el siguiente diagnóstico de situación: se atendieron en esa localidad y parajes aledaños 356 adultos, de los cuales un 38 % tenía Chagas, un 32% polimioartralgias; un 26% desnutrición proteico-calórico; un 15% anemia por deficiencia de hierro; un 12 % hipertensión y un 11% tuberculosis.

También se atendieron 402 niños menores de 14 años y se detectaron en el 38% de ellos parasitosis intestinales (*según diagnóstico clínico*); en el 12% desnutrición proteico-calórico y en el 7 %, bronquitis aguda.

Actualmente ese equipo sigue trabajando en asistencia médica y en la distribución de un plan alimentario de emergencia, consistente en bolsones integrados por alimentos no perecederos.

El equipo interdisciplinario se compone de profesionales de la salud que fueron afectados desde el Ministerio de salud para trabajar en este Operativo.

Según el ministro de salud chaqueño, la provincia no cuenta con profesionales suficientes para extender esas acciones a otras localidades del Impenetrable. Por lo tanto la primera medida adoptada para paliar la emergencia está acotada sólo a una localidad.

Durante el mes de enero y parte del mes de febrero de este año, por convocatoria del Ministerio de Salud Pública y la Subsecretaría de APS

se realizaron tres reuniones intersectoriales , en las que participaron, los diferentes Ministerios del Gobierno Provincial, Organismos autárquicos: APA; SAMEEP, Instituto Provincial de Vivienda; organizaciones de la sociedad civil: Centro de Estudios Nelson Mandela, Cruz Roja Argentina Filial Resistencia ; Caritas.....

De estas reuniones intersectoriales surge un Comité de Crisis

En el mes de Enero se realiza una reunión entre la Subsecretaria de APS , la Dirección de saneamiento ambiental del Ministerio de salud pública y el Sr Orlando Charole y Sr Mario Fernández , del IDACH, a los efectos de comenzar a coordinar acciones en forma conjunta , para definir líneas de acción en comunidades de pueblos originarios.

Otra de las medidas implementadas para asistir a la población en riesgo es la conformación de un Comité de Crisis integrado por representantes de los ministerios de salud, gobierno, desarrollo social, vialidad y el ente que se ocupa de la provisión de agua. Aunque está prevista la participación del Instituto del Aborigen Chaqueño (IDACH), hasta el presente dicha participación no se ha efectivizado ya que los referentes aborígenes se incorporarán cuando la estructura adquiera un funcionamiento aceitado.

Las reuniones de este comité son coordinadas por un miembro del ministerio de gobierno. La primera medida que están trabajando es la construcción de una nómina de al menos diez medidas básicas por parte de las distintas áreas involucradas, para superar la emergencia de los grupos originarios.

Hasta el momento de la misión de OPS todavía se estaba en la etapa de reunir la información de las áreas. No se han tomado decisiones, lo que revela que la respuesta es excesivamente lenta para la celeridad que exige un estado de emergencia. *Para definir estrategias de intervención intersectoriales, incluso ante una situación de emergencia como la que se vive en la Zona sanitaria VI, es necesario realizar una planificación previa: durante los meses de Enero y Febrero se realizaron mesas de trabajo intersectorial, reuniones entre los organismos involucrados a fin de establecer la capacidad operativa, definir las prioridades en relación a los problemas detectados y sus posibles soluciones.*

Además existe cierto nivel de enfrentamiento entre algunos integrantes del comité.

Por otra parte, el titular del IDACH remarcó el estado de abandono de los grupos originarios. Destacó que la cuestión de fondo es la pérdida de territorio ante el avance de la deforestación, que alteró la cultura y forma de vida de estos grupos, imposibilitando la caza, pesca y agricultura. También denunció la ausencia de políticas integrales, tanto a nivel provincial como nacional destinadas a estas comunidades y destacó la necesidad de establecer un marco de coordinación para fortalecer la red sanitaria provincial.

En relación a este tema en particular el Sr Orlando Charole solicita a la Subsecretaría de APS , en la primera reunión del mes de enero, la necesidad de programar un acuerdo entre el Ministerio de Salud provincial, El Ministerio de Desarrollo y el Ministerio de salud de la Nación conjuntamente con el IDACH, para realizar la capacitación de agentes indígenas, con el compromiso que sean incorporados al sistema de salud provincial.

Los miembros de la misión participaron en una reunión en la sede del gobierno junto a integrantes de grupos toba y wichí que habitan las localidades de Castelli, Miraflores y Sauzalito.

Los aborígenes describieron las situaciones de abuso de poder que sufren por parte de la policía local, así como también el habitual maltrato que padecen al demandar atención médica en los efectores sanitarios. A modo de ejemplo relataron las demoras que sufren cuando acuden a solicitar atención médica al hospital de Castelli, el hecho de que no acceden a medicamentos gratuitos o que cuando fallecen en ese efector los cuerpos son trasladados en el camión de basura, algo que obviamente no ocurre cuando los decesos ocurren en población blanca.

Se produjo un acta que sostiene el compromiso de la instancia estatal de evitar que sigan sucediendo violaciones a los derechos humanos. Específicamente se creará una dependencia estatal de lucha contra el racismo y la discriminación. En el caso de salud no se explicitó de que modo dar respuesta al maltrato institucional que padecen.

Desde el 15 de Diciembre se esta trabajando en el Ministerio de salud en un Proceso de reorganización del sistema de salud y planificación estratégica. Como parte de este proceso, se realizó un diagnóstico de situación preliminar de los

efectores de salud provinciales en relación al recurso humano, equipamiento e insumos.

También se desarrolló una reunión con miembros del barrio toba en la periferia de Resistencia. Los participantes relataron la situación de vulnerabilidad social en que se encuentran, vinculada con la falta de oportunidades laborales y educativas, el hacinamiento, la violencia, el alcoholismo y adicciones en los jóvenes.

Por último se entrevistó al Dr. Rolando Nuñez, titular del Centro de Estudios e Investigaciones Nelson Mandela, entidad que durante el año 2007 denunció el estado de exterminio de los aborígenes chaqueños a través de los medios masivos y solicitó la intervención de la Defensoría del Pueblo de la Nación.

Nuñez manifestó una postura absolutamente crítica respecto de la actual gestión. Remarcó la falta de planificación de políticas sanitarias, caracterizando a las autoridades que tienen esa responsabilidad como inoperantes.

De las reuniones mantenidas con el Centro de Estudios Nelson Mandela, con funcionarios del Ministerio de salud y en dos oportunidades con otros organismos e instituciones se consensuó sobre la necesidad de priorizar algunas intervenciones:: en infraestructura, capacitación y provisión de servicios básicos en la zona de la emergencia sanitaria:

*-Servicios básicos: Se define al **Agua** , como el principal alimento. Se delega en el APA la responsabilidad de proveer de agua potable a las comunidades indígenas que la requiriesen*

*-Lo primero es el **alimento**: Asegurar la provisión de alimentos por parte del Ministerio de desarrollo social de la nación, hasta tanto la provincia implemente programas de autoabastecimiento de nutrientes y/o revalorización de hábitos alimentarios propios, de las diferentes etnias, por ejemplo el consumo de la algarroba.*

*-Reincorporación de la figura y del rol del **Agente Sanitario** en todos los puestos sanitarios B de la provincia del Chaco. Desde el año 1989, año en que la mayoría de los agentes sanitarios que fueron formados y cumplían funciones en los puestos sanitarios B , se capacitaron como auxiliares de enfermería; la mayoría de ellos dejaron de desempeñarse como tales ascendiendo de escalafón en la administración pública provincial y dejando descubiertos los puestos sanitarios B y por lo tanto el trabajo de terreno y visitas domiciliarias en los diferentes parajes de la provincia.*

*-**Curso de capacitación de agentes sanitarios indígenas**, dos por cada puesto : un hombre y una mujer, comenzando por las localidades de: El Espinillo, Bermejito, Miraflores y Pampa del Indio.*

*-En infraestructura: 1-Es prioridad de este gobierno construir el nuevo **Hospital de Castelli**, prioridad consensuada . Se sugiere dar participación a empresas privadas que pudiesen colaborar, considerando la situación presupuestaria del Ministerio de salud.*

*2- El centro de estudios Nelson Mandela sugiere la construcción del **puesto de El Canal**, propuesta consensuada por el Ministerio de salud provincial.*

3- *Reparación del **Puente de La Sirena**: que comunica la localidad de Rio Bermejito con El Espinillo. Se delega en Vialidad provincial y se le sugiere acorte los plazos de su reparación lo máximo posible.*

4- *Asegurar el recurso humano en los puestos sanitarios A del sistema de salud provincial. En calidad y cantidad.*

Salud y servicios

El rol del nivel nacional es visualizado negativamente por algunos entrevistados. Al momento de la misión, el Ministerio de Salud de la Nación disolvería los equipos de Pueblos Originarios, estructura dependiente del programa Médicos Comunitarios - integrada por médicos, nutricionistas, enfermeros, obstétricas- que implementó la anterior gestión a cargo del Dr. Ginés Gonzáles García. De los 120 médicos comunitarios que aportaba el Programa Federal de Salud para pueblos originarios, solo quedan 20¹.

No se ha interrumpido el subprograma de comunitarios de pueblos originarios desde el Ministerio de salud de la Nación. Al declararse la emergencia sanitaria para la Zona Sanitaria VI, se convocó al equipo de profesionales que se fueron incorporando paulatinamente durante los primeros días del mes de enero, y continuaron trabajando en las zonas asignadas. Si bien recién desde fines del mes de Febrero comenzaron a coordinar acciones efectivamente con el Ministerio de salud provincial; esta coordinación se dio en años anteriores solo desde el marco informal, no como una iniciativa del Ministerio de salud provincial.

En la actualidad la tuberculosis se encuentra fuera de control, no se efectúa profilaxis familiar, identificación de caso índice ni búsqueda activa de sintomáticos respiratorios². *Desde el programa de comunitarios de pueblos originarios si se realiza la búsqueda de pacientes sintomáticos respiratorios.*

El programa provincial de Chagas no registra planteles adecuados a la situación epidemiológica actual.

La situación epidemiológica en relación a la enfermedad de Chagas, considerando los trabajos en terreno realizados por el operativo PAICHA, con personal del Ministerio de salud provincial, refleja una alta transmisión vectorial. En el territorio

¹ En la zona de Villa Bermejito y Espinillo los aborígenes se organizaron con los criollos y crearon una mesa de gestión, integrada también por un referente nacional y otro provincial. El Intendente de Bermejito se encuentra enfrentado a esa mesa de gestión. Ha expulsado a los médicos comunitarios becados por el Ministerio de Salud de Nación, que eran muy valorados por la población. Creó 85 escuelas evangélicas, que se ocupan de distribuir alimentos.

² En 1965 una gran epidemia de TBC en Chaco enfermó a 500 aborígenes. La iglesia protestante alemana, suiza y americana desarrollaron un programa conjunto varios años, por el que crearon un centro asistencial (los indígenas recuerdan al Dr. Humberto Cichetti) que realizó un aporte importante. Es la única experiencia de política sanitaria para aborígenes que se registra. *Desde el año 1.976, el Dr Julio Monsalvo a cargo de la Dirección del Hospital de Castelli, implementó una verdadera política de Atención Primaria de la salud, fortaleciendo el rol de los agentes sanitarios y el trabajo coordinado entre el sistema de salud y las comunidades indígenas.*

del impenetrable en los últimos años han trabajado sin control alguno por parte del sistema de salud provincial: ONG, universidades nacionales e internacionales, realizando extracciones para estudios serológicos a niños y adultos indígenas y criollos. Ante esta realidad el sistema de salud provincial está diseñando estrategias de intervención adecuadas para el tratamiento de los pacientes que así lo requieran.

Hasta la fecha del presente informe , el Programa provincial de Chagas se limitaba casi exclusivamente al control vectorial, fumigando viviendas sin realizar acciones en mejora de las viviendas ,peridomicilio , tratamiento, supervisión de los mismos ni vigilancia epidemiológica.

No hay infraestructura en el sector salud ni en desarrollo social para distribuir alimentos: en Castelli, por ejemplo, solo hay un galpón para almacenar mercadería, por lo cual el programa alimentario ALPO (AIPO) en los últimos 12 años se ha visto reducido a distribuir alimentos sin monitoreo ni control a desnutridos y discapacitados, con cupo limitado.

El déficit de recursos humanos e infraestructura en salud es muy importante en todos los niveles de complejidad: se proponen levantar un nuevo hospital en Castelli, necesario para la cobertura de la población del Impenetrable, mientras que en el primer nivel de atención solo disponen de 16 becarios del programa nacional ANAHI, por el cual cada uno cobra 365 pesos para cubrir 700 familias dispersas. Los entrevistados acentuaron la necesidad de que estos recursos obtengan otra modalidad de contratación y salarios dignos.

La falta de radios, de movilidad y suministros sanitarios en los puestos sanitarios constituye otro factor limitante para la adecuada atención de la emergencia.

En Pampa del Indio (?) y en Espinillo hay un solo médico que asiste a la población wichi. En Miraflores hay 21 puestos sanitarios B pero solo 4 becarios ANAHI.

El Ministerio de Salud provincial espera que el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación inaugure 5 de los 30 Centros de Integración Comunitaria (CIC) licitados en el Impenetrable, uno para cada una de las puntos focales de la región, a saber: Villa Río Bermejito, Espinillo, Miraflores, Comandancia Frías y Pampa del Indio, lo que aportaría recursos tecnológicos indispensables (móviles sanitarios, sillones odontológicos).

No obstante, actualmente la provincia negociaría con el Ministerio de Salud de Nación el financiamiento de 220 agentes sanitarios bilingües, para desarrollar funciones en 110 puestos sanitarios, una de las medidas centrales del plan para favorecer la accesibilidad de la población aborígen al sistema de salud. Hasta el momento han sido seleccionados 100 miembros de grupos originarios con perfil adecuado para desarrollar este rol. Se prevé comenzar la capacitación en el mes de abril.

Cabe aclarar que los recursos financieros de que dispone el ministerio de salud provincial son limitados, ya que si bien el presupuesto para el gasto sanitario ronda el 11 % del presupuesto total, en los hechos se ejecuta sólo el 6 ó 7%.

Por otra parte la actual gestión ha creado la Dirección de Salud Aborígen, pero dicha dependencia no ha sido formalizada en la estructura sanitaria provincial.

La Dirección de Salud Indígena se incluye en el organigrama Oficial del Ministerio de Salud Pública Provincial, que si bien es provisorio y sujeto a modificaciones en función del proceso de reorganización del sistema de salud que se extenderá durante todo el año 2008, depende directamente del Ministro de salud de la provincia.

Otras medidas sanitarias que plantean llevar a cabo son:

La construcción de un nuevo hospital en la localidad de Castelli que servirá como referencia para toda la Región Sanitaria VI, es decir para gran parte del Impenetrable.

La construcción de 35 Centros Integrales Comunitarios (CICs), por parte del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, que contarán con móviles sanitarios y equipos de odontología completos.

La construcción de un centro de atención sanitaria intercultural en el paraje El Canal. *La construcción del puesto sanitario Intercultural de El Canal (Aunque yo no comparto mucho esto de hacerle una vivienda a la medica indígena, pues es como no reconocer que su vivienda es valida como parte del proceso de curación de sus hermanos.)*

La refacción de puestos sanitarios A y B.

La apertura de un puesto sanitario A en Villa Río Bermejito.

Ayer 21 de Abril se aprobó la licitación para la construcción del Puesto sanitario A de Villa Rio Bermejito en el refugio. Y la construcción del puesto sanitario Intercultural de El Canal (Aunque yo no comparto mucho esto de hacerle una vivienda a la medica indígena, pues es como no reconocer que su vivienda es valida como parte del proceso de curación de sus hermanos.)

La refacción de puestos sanitarios A y B.

La apertura de centros de rehabilitación nutricional para asistir a población que padece desnutrición. *Estamos organizando con la comunidad un centro en El Espinillo , estimo que la próxima semana se comenzara con las refacciones del mismo ; que funcionará en el predio del puesto sanitario A.*

La incorporación al plan alimentario - que actualmente está integrado sólo por alimentos no perecederos - de carne.

La adecuación de las remuneraciones de los profesionales de la salud a las condiciones desfavorables de la zona. **Esto esta a resolverse esta semana**

La capacitación de profesionales en la detección de patologías endémicas.

El 12 de Mayo se lanza la capacitación para 65 agentes sanitarios indígenas (Espinillo, Bermejito, Miraflores, Pampa del Indio, Wichi) en la localidad de Castelli. La segunda quincena de mayo se realizará una jornada de capacitación en BsAs para agentes sanitarios bilingües, y en una segunda etapa la capacitación se realizara en Venezuela.

La gestión de viviendas para el personal de salud. **Se asignaron tres cabañas del gremio del Nuevo banco del Chaco en la localidad de Bermejito, para ser utilizadas por los profesionales del programa comunitarios del Ministerio de salud de la nacion.**

La adquisición de equipamiento (odontología, laboratorio, radios para puestos sanitarios).

Para efecto de síntesis

1. Se asiste a los efectos de la pobreza extrema y del hambre crónica que un sistema profundamente deshumanizado generó en la población aborigen del Chaco, particularmente en la región del “impenetrable” agravados por la destrucción del nicho ecológico chaqueño con la expansión de las fronteras agrícolas y con la consecuente pérdida de la identidad “cazadora, pescadora y recolectora” de los pueblos originarios. El agravamiento de sus condiciones de vida como resultado de la pérdida de tierras, de trabajo, de vivienda y educación, devino en un aumento creciente de la mortalidad por patologías propias del subdesarrollo como tuberculosis, Chagas y desnutrición
2. Se observa procesos de urbanización de aborígenes para barrios sin infraestructura de servicios públicos y sin opciones de trabajo y recreaciones para adultos y jóvenes generando ambiente propicio para diseminación del uso abusivo de drogas y violencia.
3. Se nota una intensa presión militante para que las medidas de acción dirigidas a los pueblos originarios durante la “Emergencia” sean mas eficaces y que se puedan transformar en “Políticas de Estado” de largo plazo.
4. Se observa niveles importantes de fragmentación, en los organismos de gobierno que no es otra cosa que la expresión local de un fenómeno que afecta a toda la administración pública, atravesada por internas políticas y crecientes reclamos de los aborígenes. Esto trae aparejado dificultades

para la articulación de políticas (intersectorialidad), lo cual resulta particularmente importante en escenarios tan complejos.

Un nuevo modelo de gestión se comenzó a implementar desde el mes de diciembre en el Ministerio de salud provincial, y en la mayoría de las áreas de gobierno, basado en la coordinación intersectorial y en la interinstitucionalidad.

Nos hemos encontrado con un sistema de salud desfuncionalizado en áreas críticas como Nutrición y Saneamiento ambiental; que por años dificultó la participación comunitaria, no respeto las diferencias culturales, no propicio la interculturalidad, desjerarquizó y anuló la atención primaria de la salud, fortaleció un modelo de atención eminentemente asistencialista y permitió el deterioro de la red sanitaria estructural. Esta situación determina que nos aboquemos a la reorganización del sistema de salud y una planificación estratégica que permita mejorar el nivel de salud de los chaqueños, principalmente de las poblaciones más vulnerables y en particular las comunidades indígenas

5. No hay desarrollo de infraestructura de servicios públicos y privados para la población aborígen y la capacidad de gestión se encuentra debilitada. *El empoderamiento de las comunidades viene de la mano del respeto a la diversidad cultural, de la promoción comunitaria y de la organización participativa lo que llevara a la cogestión social y al fortalecimiento de las Comunidades. Es un proceso que se construye a través de la implementación de políticas públicas que deben planificarse adecuadamente y correctamente y desarrollarse en el tiempo: proceso que estamos iniciando.*
6. La situación altamente conflictiva por la asimetría entre las expectativas de los aborígenes que quieren ser priorizados en las acciones de salud y el discurso del Ministerio de la Salud de que las acciones son dirigidas a las poblaciones rurales dispersas del Chaco Impenetrable, sean criollas o aborígenes.

Algunas recomendaciones

FASE DE MITIGACION EMERGENCIAL

1. Mejorar la capacidad de gestión, (planificación, coordinación y articulación) del Comité de Crisis para aumentar la celeridad que exige un estado de emergencia. *A través de la Planificación estratégica que iniciamos en el mes de diciembre del 2007, coordinando y articulando acciones con otros sectores gubernamentales y no gubernamentales hemos podido realizar parte de la atención a la situación de emergencia que vive la provincia sin descuidar el proceso de reconstrucción del sistema de salud provincial. Pero es cierto que nos falta celeridad en las intervenciones y presencia mas significativa del sistema de salud en las zonas mas criticas del impenetrable.*
2. Analizar la posibilidad de cambiar los tipos de alimentos distribuidos según criterios de identidad aborígen. Buscar posibilidades en el futuro próximo de producción de alimentos localmente en el Chaco Impenetrable.
3. Invertir en la formación de equipos móviles multipropósitos apoyados por agentes sanitarios y sociales con capacidad de alcanzar todos los rincones del Chaco Impenetrable y llevar seguridad a sus habitantes para que no sientan nunca más “que están tirados solo en el hueco del mundo”. A mediano y largo plazo esos equipos van se incorporando como la primera extensión de una red progresiva e integrada de cuidados. *En esto estamos trabajando coordinadamente con el subprograma de comunitarios de pueblos originarios , para llegar a fin de año a contar con los propios equipos interdisciplinarios de trabajo en terreno*
4. Cooperar técnicamente con la recién creada área de salud indígena de la provincia para establecer un plan participativo de acción para que se consolide en la acción concreta.

FASE DE FORMULACIÓN DE UNA POLITICA DE ESTADO DURADERA PARA LOS PUEBLOS ORIGINARIOS

1. Crearse las condiciones para la conformación y desarrollo de una Mesa de Concertación compuesta por TODOS los actores públicos, privados (incluyendo los plantadores de soya) y aborígenes del Chaco argentino para que se expliciten los distintos intereses implicados y se pacten objetivos y planes comunes de acción.
2. Movilizar la capacidad técnica de la OPS para establecer puentes entre los gobiernos de la nación y de la provincia para que promuevan acciones conjuntas. *Realice la convocatoria ayer 22 de abril para trabajar conjuntamente en el programa de capacitación para agentes sanitarios indígenas.*
3. Favorecer un movimiento de rescate de la identidad cultural aborígen identificando de forma participativa y colectiva “todo aquello que está vivo”. “Se hay una cierta luz es de ahí que debemos sacar lecciones”.

4. Identificar planes específicos de salud, vivienda, suministro de agua y de producción de alimentos y generación de recursos en conjunto con los actores principales (incluso la OPS), los aborígenes y el estado. Hemos iniciado actividades al respecto con la APA, Instituto de vivienda, Programa nacional de comunitarios: Equipos itinerantes para poblaciones vulnerables.
5. Abogar y cooperar con las autoridades para que la creación de los agentes sanitarios/sociales no sea un acción aislada y destituida de la responsabilidad de se crear una red progresiva y estructurada de cuidados. Estamos planificando conjuntamente con el IDACH, el INAI, el Ministerio de salud de la nación (Subsecretaria de programas de promoción y prevención en salud),el ministerio de educación, el ministerio de desarrollo y el ministerio de salud provincial, la facultad de Medicina de la UBA;un Programa de capacitación de agentes sanitarios indígenas.
6. Abogar la creación de un “Comité Permanente Intersectorial de Políticas Públicas para los Pueblos Originarios”, con participación paritaria del gobierno, aborígenes y sociedad civil, dirigido por el Gobernador y asesorado por una Secretaria Técnica permanente y exclusiva.
7. Establecer protagonismo técnico para elaborar en conjunto con Gobierno y Representantes de los Pueblos Originarios iniciativas (“Rostros, Voces y Lugares”, por ejemplo) en espacios territoriales rurales y urbanos que impulsen lógicas integradas de políticas publicas con pueblos originarios, agencias internacionales y gobiernos (municipal, provincial y nacional).