



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
(Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



SEMINARIO - TALLER '93

Winnipeg, Canadá

LOS PUEBLOS INDIGENAS Y LA SALUD

Documento Base

Madeleine Dion Stout

Carlos Coloma

CANADIAN SOCIETY
FOR INTERNATIONAL HEALTH



LA SOCIÉTÉ CANADIENNE
DE SANTÉ INTERNATIONALE



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
(Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD



SEMINARIO - TALLER '93

Winnipeg, Canadá

LOS PUEBLOS INDIGENAS Y LA SALUD

Documento Base

Madeleine Dion Stout

Carlos Coloma

CANADIAN SOCIETY
FOR INTERNATIONAL HEALTH



LA SOCIÉTÉ CANADIENNE
DE SANTÉ INTERNATIONALE

Las opiniones expresadas en este documento no necesariamente reflejan los puntos de vista de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) o los de la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH).

Este documento se encuentra también en una versión inglés.

INDICE

Resumen	5
Summary	7
Los pueblos indigenas y la salud en america del norte	
<i>Madeleine Dion Stout</i>	9
Situación de salud de los pueblos indígenas de Latinoamérica	
<i>Carlos Coloma</i>	.61

RESUMEN

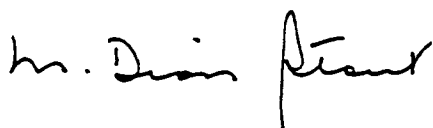
La salud de los pueblos indígenas de América presentan una situación de diferencia significativa en relación a los indicadores de salud de la población general de los países de la Región. En América Latina se encuentra una alta frecuencia de enfermedades respiratorias, gastrointestinales y transmisibles endemo-epidémicas que se expresan en tasas que representan más del doble de las tasas nacionales, y las epidemias tienen consecuencias más letales. Los perfiles de morbilidad no muestran una transición epidemiológica, sino que se mantienen dentro de los indicadores del subdesarrollo, mientras que, en América del Norte las enfermedades infecciosas han sido erradicadas con la aplicación del modelo de atención médico occidental, observándose la presencia de problemas de salud que comienzan a ser endémicas como la diabetes, lesiones, envenenamientos y enfermedades cardiovasculares, que son entendidas como producto del cambio de sus estilos de vida y de sus comportamientos. Si bien las altas tasas de migración urbana han potencialmente aumentado la accesibilidad a los sistemas de salud, la situación de salud esencialmente permanece sin cambios.

En general la situación de contexto, política, económica y social, tiene un carácter adverso en el mantenimiento de la salud de estos pueblos, pues se encuentran presentes una serie de factores socio-históricos que inciden en la conformación de la identidad y en las relaciones interétnicas que contribuyen a limitar las capacidades de desarrollo de los pueblos indígenas. En América Latina esta cuestión se expresa en la escasa participación social dada por el Estado a los pueblos indígenas, mientras que son sujeto de violencia debido a problemas de la sociedad mayor, como los conflictos político militares que se muestran con distinta intensidad en algunos países, o los conflictos por la disponibilidad de la tierra debido a la invasión de los territorios indígenas por empresas madereras y mineras, o por la construcción de represas hidroeléctricas. En América del Norte, los pueblos indígenas que han tenido una larga y desigual relación con los gobiernos, donde guardan un estatus de lucha como minoría en los países que son potencias industriales.

Los pueblos indígenas de América Latina se encuentran en la peores condiciones de infraestructura para el bienestar social, como en la accesibilidad y disponibilidad de servicios de atención médica, pues tienen una menor cobertura en los tres niveles de atención. En América del Norte algunos de los pueblos indígenas reciben atención médica gratuita, otros, a pesar de la plétora de servicios, luchan por tener acceso a ellos, mientras que algunos pueblos permanecen inhabilitados para recibirlos. Entre estos últimos el concepto de atención primaria es desconocido y este es selectivamente definido y usado en nombre de ellos. Los grupos de mujeres, niños, viejos e indigentes son grupos que tienen especiales necesidades de salud, pero todavía los sistemas de salud, como el Indian Health Services (USA) y el Medical Services Branch (Canada), perciben sus propios roles como residuales o a ser tenidos en cuenta como último recurso. Para éstos grupos un ambiente curativo están fuera de su alcance.

En América latina se observan diversas respuestas sociales y culturales de la población al problema de la enfermedad que muestran la estructuración y desarrollo de sistemas no formales de salud, y a la reciente tentativa de articular actividades de salud con los sistemas públicos, para el control de enfermedades que historicamente no estuvieron integradas al conocimiento y concepción de las culturas médicas tradicionales.

En Norte América se encuentra un proceso donde se mezclan aspectos de la medicina moderna con la medicina tradicional indígena, especialmente por la búsqueda de un sistema de salud "con una cara". Los pueblos indígenas creen firmemente que el retorno al tradicionalismo y la espiritualidad es fundamental para la curación y el desarrollo de su salud, en este sentido el movimiento de curanderos a través de la "Medicina Circular" (Medicine Wheel) donde los ancianos, ceremonias y medicinas buscan alcanzar la salud y bienestar. Los pueblos indígenas quieren el reconocimiento de su situación marginal y de subdesarrollo, pero también perciben marcadamente que ellos pueden aportar ideas acerca de nuevas direcciones y cambios organizacionales en sus experiencias de salud, por lo que desean participar activamente en el proceso de búsqueda de soluciones para la salud de los indígenas.



Madeleine Dion Stout



Carlos Coloma

SUMMARY

The health situation of the indigenous peoples of the Americas differs significantly from that of the general population in the countries of the Region. Latin America's indigenous populations suffer a high frequency of respiratory, gastrointestinal and communicable endemo-epidemic diseases; these occur at rates more than double the national rates, and the epidemics have more lethal consequences. The profiles of morbidity and mortality do not show an epidemiological transition, but remain within the parameters associated with underdevelopment. In North America, infectious diseases have been markedly eradicated thanks to the western model of medical care, but health problems such as diabetes, accidents, injuries, poisoning, and cardiovascular diseases have begun to be endemic, and are understood as resulting from changes in lifestyles and behavior. Although high rates of urban migration have increased potential access to health facilities, the health situation remains essentially unchanged.

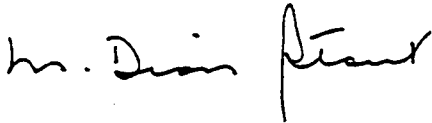
Political, economic, and social conditions have an adverse impact on the health status of indigenous peoples. This is the result of a series of socio-historical factors that affect identity formation and the inter-ethnic relationships that contribute to limiting the capacities of indigenous peoples to develop. In Latin America this is reflected in the limited social participation which the State allows the indigenous people. Meanwhile, they are the targets of violence spawned by the problems of the larger society, such as the political-military conflicts that exist to varying degrees in certain countries, as well as conflicts over land resulting from the invasion of indigenous territories by timber or mining companies, or from the construction of hydroelectric dams. In North America, the indigenous peoples have had long and unequal relations with governments, and they retain their status as struggling minorities in the industrialized nations.

The indigenous peoples of Latin America suffer abysmal conditions in terms of infrastructure for meeting social needs, and in relation to the accessibility and availability of medical services, with restricted coverage at all three levels of care. In North America some of the indigenous peoples receive free medical care; others, despite the plethora of services, struggle to gain access to them, while still others are unable to access them at all. Among the latter the concept of primary care is unknown, and it is selectively defined and used on their behalf. Women, children, the elderly, and the indigent are groups with special health needs, yet health systems such as the Indian Health Services (United States of America) and the Medical Services Branch (Canada) perceive their own roles as residual or as a resource of last resort. For these groups also, healing environments are often out of their reach.

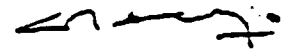
The population of Latin America has offered various social and cultural responses to the problem of disease that illustrate the structuring and development of informal health systems, and to recent efforts to articulate health activities with the public systems, in

order to control diseases that historically were not integrated into the knowledge and conception of the traditional medical cultures.

In North America one finds a process in which aspects of modern medicine are combining with indigenous traditional medicine, especially in terms of the search for a health system "with a human face." The indigenous people believe firmly that a return to traditionalism and spirituality is fundamental for the healing and development of their health. Noteworthy in this regard is the movement of traditional healers focusing on the "Medicine Wheel," elders, ceremonies and medicines to strive for health and well-being. The indigenous people want recognition of their marginal situation and underdevelopment, but at the same time, they also feel strongly that they can contribute ideas for new directions and organizational changes in their experiences related to health. They desire to participate actively in the process of searching for solutions to the health problems of indigenous peoples.



Madeleine Dion Stout



Carlos Coloma

**LOS PUEBLOS INDIGENAS Y LA SALUD
EN AMERICA DEL NORTE**

Documento Base

**Madeleine Dion Stout
Consultor**

**SOCIEDAD CANADIENSE PARA LA
SALUD INTERNACIONAL**

Septiembre 1992

INDICE

	<u>Página</u>
INTRODUCCION	15
Antecedentes y objetivos	15
Los pueblos indígenas: Antes y en la actualidad	15
Metodología	16
Limitaciones	16
DEFINICION DE LOS PUEBLOS INDIGENAS DE AMERICA DEL NORTE	17
Definición teórica de Dyck	17
DEFINICIONES DE SALUD	17
Atención primaria de salud	17
Un método aplicable a los pueblos indígenas	17
La APS en América del Norte	18
Percepción del proceso continuo de la salud por los pueblos indígenas	19
Efectos extensivos sobre la salud	19
Curación y salud	19
La medicina circular y el estado de buena salud	19
ESTADO DE SALUD: PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACION INDIGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA	20
Perspectiva de los prestadores de servicios de salud	20
Perspectiva de las instituciones de servicios de salud	21
Indicadores de salud	21
Carencias y padecimientos	21
Tasas de mortalidad	22
Tasas de mortalidad infantil	22
Tasas de esperanza de vida	23
Tasas de morbilidad	23
ESTADO DE SALUD: PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACION INDIGENA DEL CANADA	23
Perspectiva de los prestadores de atención de salud	23
Perspectiva de las instituciones de atención de salud	24

INDICE (cont.)

	<u>Página</u>
Indicadores de salud	24
Carencias y padecimientos	24
Tasas de mortalidad	24
Tasas de mortalidad infantil	24
Tasas de esperanza de vida	25
Tasas de morbilidad	25
Los mestizos y los pueblos sin estado legal	25
 ESTRATEGIAS DE INTERVENCION	 26
Control de los programas de salud por los pueblos indígenas en los Estados Unidos de América	26
Constitución	26
Legislación	26
Administración	27
Control de los programas de salud por los pueblos indígenas en Canadá	27
Constitución	27
Legislación	27
Administración	27
Elegibilidad para recibir atención de salud y acceso a ella	28
Situación de los pueblos indígenas de los Estados Unidos de América	28
Funciones de los Indian Health Service	28
Origen de la elegibilidad y el acceso	28
Indole de la elegibilidad y el acceso	29
Situación de los pueblos indígenas de Canadá	29
Funciones de la Medical Services Branch	29
Origen de la elegibilidad y el acceso	29
Indole de la elegibilidad y el acceso	30
Otros métodos de atención de salud	30
Métodos curativos tradicionales	30
Métodos curativos contemporáneos	30
Diversificación y extensión de los servicios	31
Centros urbanos y reservas	31
Categorías sociales	33
Las mujeres	33
Los jóvenes	34
Los indigentes	34

INDICE (cont.)

	<u>Página</u>
ALGUNOS PROBLEMAS NO RESUELTOS	35
Elegibilidad para recibir atención de salud y acceso a ella	35
Recursos humanos y financieros	36
La experiencia de los pueblos indígenas de los Estados Unidos de América	36
La experiencia de los pueblos indígenas de Canadá	37
Conflicto entre la tradición y el mundo moderno	38
 POLITICAS QUE PODRIAN ADOPTAR LA OPS Y LOS PAISES MIEMBROS	 38
Recomendaciones de los entrevistados estadounidenses	38
Recomendaciones de los entrevistados canadienses	38
 CONCLUSION: MARCO CONCEPTUAL	 40
Figura 1	40
Figura 2	41
Figura 3	42
Figura 4	43
 APENDICE 1	 44
APENDICE 2	49
APENDICE 3	50
 BIBLIOGRAFIA	 55

LOS PUEBLOS INDIGENAS Y LA SALUD EN AMERICA DEL NORTE

INTRODUCCION

Antecedentes y objetivos

Este informe, junto con un documento similar sobre América Central y del Sur, constituye el segundo de una serie de estudios sobre la salud de los pueblos indígenas que lleva a cabo la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional. Se utilizará como documento de trabajo en el Taller Hemisférico sobre los Pueblos Indígenas y la Salud, que se efectuará en abril de 1993, y contiene la siguiente información:

- presenta a los pueblos indígenas de América del Norte en relación con el concepto de salud
- proporciona una visión general del estado de salud de los pueblos indígenas de América del Norte
- examina las estrategias de intervención y algunos factores ambientales que las alteran
- propone otras políticas que podrían adoptar la OPS y los países miembros para el desarrollo sanitario de los pueblos indígenas
- elabora un marco conceptual de la experiencia de salud de los pueblos indígenas de América del Norte

Los pueblos indígenas: Antes y en la actualidad

En su estudio, Lee (1990) sostiene que no existe una definición de alcance universal de la expresión "pueblos indígenas"; este hecho ha desencadenado a lo largo del tiempo reacciones y políticas encontradas en los niveles internacional, nacional y local. Por una parte, ha habido una tendencia a subrayar la "índole indígena de las poblaciones" (Marchant y Jur, 1984:79), lo que condujo a que se calificara peligrosamente a los pueblos "tribales" e "indígenas" de atrasados y de obstáculo para el desarrollo (Merivale, 1861: 100-103; Hippler, 1979: 120-124). Por la otra, "la importancia del concepto más amplio del carácter especial de sus derechos e intereses, originados en formas propias (y legítimas) de organización social, económica, cultural y política" (Marchand y Jur, 1984:70) ha encontrado eco favorable en organizaciones internacionales como las Naciones Unidas, el Banco Mundial y la Organización Internacional del Trabajo.

Del mismo modo, defensores de los pueblos indígenas con un compromiso personal, así como comentaristas atentos, han comenzado a considerar las características y luchas propias de esos pueblos en función de los contextos del desarrollo predominante y de las naciones-estado.

Palabras clave como explotación, liberación, tradicionalismo y supervivencia cultural han pasado a ser, pues, un lugar común para explicar la situación de los pueblos indígenas. Uno de los argumentos principales que se expone en este documento es que, aun cuando en un tiempo se consideraba que los pueblos indígenas estaban al margen del desarrollo, en la actualidad se piensa en ellos cada vez más como centro de un proyecto alternativo. A pesar de los problemas con que se enfrentan, están orientando el mundo hacia el holismo y el humanismo.

Aunque Bodley (1982) afirme que el verdadero problema que se plantea al definir a los pueblos indígenas es su propia conciencia indígena y no los rótulos con que se pretende calificarlos, el uso popular de este término, a menudo cuestionable, ha conducido a otros tantos intentos de distinguir a los pueblos indígenas de sus sociedades nacionales. (Ver el Apéndice 1)

Metodología

Aunque para recopilar los datos no se empleó un método sistemático, para preparar este informe se utilizaron fuentes tanto primarias como secundarias. Entre las primeras se incluyen entrevistas efectuadas en los Estados Unidos de América y Canadá. Desde el 17 al 24 de junio de 1992 se realizaron en total 18 entrevistas en Arizona y Minnesota. Las entrevistas, individuales o grupales, se llevaron a cabo en tres reservas y cuatro ciudades. En Canadá, las entrevistas se realizaron durante los dos meses siguientes, alcanzando el número máximo en ocasión de la Conferencia Internacional sobre Adicciones, celebrada en Edmonton, Alberta, del 5 al 12 de julio de 1992. A medida que en el curso del verano se pudo contar con la participación de otros informantes clave, el número de entrevistas en dicho país se acrecentó a 21, ninguna de las cuales se realizó en las reservas. Las impresiones de los entrevistados se presentan en este informe en forma cifrada para proteger su carácter confidencial. Con respecto a las fuentes secundarias, los documentos y las publicaciones fueron proporcionados por los entrevistados o procedían de bibliotecas oficiales o de universidades.

Limitaciones

Con pocas excepciones, quienes contribuyeron con su aporte a este informe eran personas indígenas pertenecientes a organizaciones aborígenes. Dichas organizaciones se interesan directa o indirectamente por el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas. A pesar de ello, el informe no es totalmente representativo porque no refleja adecuadamente los puntos de vista de los destinatarios de los servicios de atención de la salud, ni tampoco de todos los pueblos indígenas de América del Norte. Si bien se entrevistó a un indígena de Alaska, no se incluyó a ninguno de Hawai. En Canadá, se entrevistaron solo dos mestizos y tres Inuits. En conjunto, la deficiencia de los datos correspondientes a estos tres últimos grupos es causa de que en este estudio tengan mayor peso los 48 estados restantes de los Estados Unidos y el territorio canadiense situado debajo del paralelo 60. Además, abarca en mayor medida a ciertos grupos de población indígena y zonas geográficas que a otros.

DEFINICION DE LOS PUEBLOS INDIGENAS DE AMERICA DEL NORTE

Definición teórica de Dyck

Esta definición es la que más se adecua al contexto de América del Norte. Según este autor, "en su carácter de comunidades diferenciadas, los pueblos indígenas mantienen relaciones de larga data con los gobiernos". Señala que esta definición se refiere a:

- una comunidad de pueblos;
- comunidades que se autoseleccionaron en múltiples relaciones cara a cara;
- grupos diferenciados, generalmente asociados con determinados contratos de arrendamiento territorial;
- muy localizados en cuanto a su identidad y orientación política;
- geográficamente dispersos, de estructura social sencilla, a menudo no reconocidos por los gobiernos;
- marginados económica y políticamente de la corriente principal de la sociedad;
- minorías nacionalmente diversas cuyas diferencias no son reconocidas por los gobiernos.

DEFINICIONES DE SALUD

Atención primaria de salud

Cuando se estudia el estado de salud de los pueblos indígenas, es importante tener presente el concepto de atención primaria de salud (APS), fundamentalmente porque es el medio elegido para el logro de la meta de salud para todos en el año 2000. En la conferencia de la Organización Mundial de la Salud celebrada en 1978, se modificó esencialmente el modelo médico de asistencia sanitaria en función del enfoque de APS, como respuesta a la ineficacia general del modelo anterior, su costo oneroso y sus características alienantes. (Ver el Apéndice 2)

Un método aplicable a los pueblos indígenas

La atención primaria de salud es una respuesta pertinente a la búsqueda de los pueblos indígenas de un buen estado de salud. Ha generado un movimiento de salud pública sin precedentes porque es una actividad destinada a llegar a todos, especialmente a los más

necesitados; a alcanzar el nivel familiar u hogareño, sin limitarse al marco de los establecimientos sanitarios; y a mantener una relación continua entre las personas y las familias (Bryant, 1988:10).

La APS en América del Norte

En los Estados Unidos de América se recogieron las siguientes observaciones en el curso de las entrevistas:

- La falta de conocimiento del modelo de la OMS conduce a que se defina la APS como atención primaria, punto de vista compartido por los Indian Health Services (IHS) (Servicios de Salud para los Indios).
- El modelo de la OMS no puede prosperar en un sistema de salud orientado hacia la obtención de un lucro ni, en consecuencia, tampoco los principios en que se basa la APS, como la equidad y la participación.
- Los Estados Unidos no aplican el concepto de atención primaria de salud de la OMS; las tribus, haciendo uso de su libre determinación, proporcionan programas de atención primaria.
- Los principales objetivos de la política de sanitaria son el desarrollo de la atención de salud y el acceso a esa atención y su financiación; en consecuencia, la APS no es un enfoque al que se dé preferencia, a pesar de su orientación comunitaria.

En Canadá se recogieron las siguientes observaciones en el curso de las entrevistas:

- Si bien se reconoce la importancia de la Atención Primaria de Salud, su definición no aborda el resquebrajamiento sociocultural ni el dolor de los pueblos indígenas.
- La Medical Service Branch (MSB) (División de Servicios Médicos) trata de aplicar la estructura recomendada por la OMS, que consiste en tratamiento, prevención, promoción, rehabilitación y apoyo. La limitación de los recursos, el énfasis excesivo en el tratamiento y la escasa cooperación intersectorial impiden la aplicación plena de la APS.

Percepción del proceso continuo de la salud por los pueblos indígenas

Efectos extensivos sobre la salud

Desde el primer contacto, la colonización, la modernización y las burocracias abrumantes han llevado la muerte y la destrucción a los pueblos indígenas de América del Norte. El mal estado de salud de la población y los servicios sociales deficientes son una de las características destructivas de la colonización (Frideres, 1989, 371). Del mismo modo, en nombre de la modernización, un desarrollo basado en el dominio ha desplazado a los pueblos indígenas de sus tierras y familias ancestrales, despojándolos de su cultura y de sus medios de vida (Shkilnyk, 1987: Joe, 1991:154-155). Un activista político prominente, en la nota que dejó cuando se suicidó, execró al Departamento de Asuntos Indios y de la Región Septentrional de Canadá por su intervención en la muerte de indios canadienses (Ryan, 1978: 84). Un entrevistado señaló al gobierno, la iglesia y la educación como los "culpables" del estado de salud de los pueblos indígenas (entrevista número 041289201).

Un proceso de renovación cultural les permitió a los primeros pobladores de América del Norte superar los traumas que les habían sido infligidos. Sin embargo, el suyo no es tanto un movimiento social como una recuperación espiritual.

Curación y salud

Actualmente, los habitantes indígenas de América del Norte ven el proceso de curación como una condición esencial previa al logro de la salud. Para ellos, la curación es una celebración de la supervivencia, caracterizada por la capacidad para hacer frente a la condición humana de cada uno. Cuando el desarrollo individual y colectivo se produce en armonía con el medio circundante, se alcanza la salud. Puesto que el proceso de curación debe abordar las luchas y pérdidas de los pueblos indígenas, recurre al poder del Gran Espíritu, así como a la sabiduría y la fuerza de las criaturas vivientes y del espíritu que han encontrado la manera de superar tal adversidad. En consecuencia, la salud de los pueblos indígenas está configurada por sus experiencias históricas y su visión espiritual del mundo.

La medicina circular y el estado de buena salud

Si bien la medicina circular no es el único sistema de creencias vigente en la América del Norte indígena (Bopp, Bopp, Brown Lane, 1984), es uno de los más populares. Su atracción reside en que refleja el pensamiento indígena.

El misterio de todos los finales se resume en el nacimiento de nuevos comienzos. No hay final para el viaje en las cuatro direcciones. La capacidad de desarrollarse de los seres humanos es infinita. Las vueltas de la medicina circular no tienen fin. (Circle 4 Project Association Inc.)

Es inherente a la medicina circular un enfoque transdireccional, lo que significa que toda persona debe comprometerse personal y moralmente en la lucha por alcanzar el equilibrio interior y exterior que se expresa en las leyes naturales y espirituales. Para los pueblos indígenas, pues, el proceso continuo de la salud está referido al estado de gozar de ella, no a la enfermedad. Además de compartir tradiciones similares sobre los procesos de la curación, las naciones indígenas de los Estados Unidos están vinculadas por el concepto de la plenitud de la salud, que describen como "la creencia de que la mente, el cuerpo y el espíritu están todos relacionados con la salud" (Scott, 1990, 1). El hecho de no vivir de acuerdo con la medicina circular y otros sistemas de creencias lleva a la enfermedad, provocada por causas naturales o sobrenaturales. En resumen, la supremacía de la espiritualidad, reavivada por fuerzas negativas, y la secuencia de la curación y la salud son fenómenos culturales para los representantes contemporáneos de los primeros pobladores de América del Norte.

ESTADO DE SALUD: PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACION INDIGENA DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMERICA

El examen de esta cuestión se refiere no solo a las tasas de morbilidad y de mortalidad, sino también a los comportamientos de alto riesgo, los estilos de vida y los factores ambientales. En la mayoría de los casos, se emplean datos combinados tomados de fuentes secundarias. Sin embargo, también se incluyen datos específicos e impresiones respecto de los cuales se dispone de elementos de prueba.

Perspectiva de los prestadores de servicios de salud

Esta sección se basa en gran medida en las respuestas de los entrevistados en las que señalan los principales problemas de salud que afectan a los indígenas de los Estados Unidos. Los problemas se clasificaron según el número de veces en que los mencionaron los entrevistados, citándose más adelante algunos de los más importantes. Debe observarse que las opiniones consideradas aquí corresponden a prestadores de servicios de salud que actúan sobre el terreno en puestos de avanzada. Su evaluación de los problemas sanitarios principales es como sigue:

- | | |
|----------------------------|-------------------------------|
| - alcoholismo | - violencia en el hogar |
| - suicidio | - población anciana creciente |
| - desempleo | - tuberculosis |
| - embarazo de adolescentes | - baja autoestima |
| - pobreza | - estilo de vida sedentario |
| - vivienda inadecuada | - hacinamiento |
| - hábitos alimentarios | - nutrición general |
| - hipertensión | - cardiopatías. |

Perspectiva de las instituciones de atención de salud

La experiencia sanitaria de los pueblos indígenas estadounidenses está registrada mayormente en el nivel institucional. Los organismos oficiales, como los Servicios de Salud Indígena (IHS), y también las organizaciones indígenas, como la Asociación para la Atención de Salud del Indio de los Estados Unidos, compilan en forma sistemática informes, estudios y estadísticas. Ya sea porque los estudios comparativos emplean metodologías diferentes o porque se hacen en distintos momentos, ponen de relieve grandes disparidades entre el estado de salud de los pueblos indígenas estadounidenses y la tasa correspondiente a los habitantes de los Estados Unidos de todas las razas (U.S. All Race Rate).

Para comprender plenamente los problemas de salud de los pueblos indígenas de los Estados Unidos, hay que considerar los siguientes indicadores y datos. Debe observarse que el primero no es un indicador estándar, aunque en este contexto es significativo. Señala las condiciones estructurales que contribuyen a empeorar el estado de salud de los pueblos indígenas.

Indicadores de salud

Carencias y padecimientos

Las personas indígenas incorporan en la definición de salud beneficios que no corresponden a ella no porque desconozcan que son diferentes, sino porque no establecen una distinción entre la salud y otras cuestiones conexas. Según las palabras de teóricos del mismo origen:

Toda necesidad humana fundamental que no es adecuadamente satisfecha revela la existencia de una carencia humana. Algunos ejemplos son: la carencia de subsistencia (a causa de la insuficiencia de alimentos, ingresos, abrigo, etc.); de afecto (por efectos del autoritarismo, la opresión, las relaciones explotadoras, los sistemas de salud inadecuados, la violencia, las armas, la raza); de comprensión (debido a la educación deficiente; de participación (como consecuencia de la marginalización y discriminación que padecen las mujeres, los niños, etc.); de identidad (por la imposición de valores ajenos a culturas locales y regionales, la migración forzada, etc.). Cada uno de estos distintos tipos de pobreza genera un padecimiento. (Max Neef et al 1989 p. 21)

Tasas de mortalidad

Causa de defunción	9 áreas de los IHS/ Tasa EUA	Reservas/Tasa EUA
Tuberculosis	740% mayor	400% mayor
alcoholismo	612% mayor	438% mayor
accidentes	297% mayor	131% mayor
diabetes mellitus	265% mayor	155% mayor
homicidios	120% mayor	57% mayor
suicidios	104% mayor	27% mayor

Fuente: Columna 2: Indian Health Service: Regional Differences in Indian Health 1990.
Columna 3: Trends in Indian Health IHS 1991.

Desde comienzos de los años cincuenta, ha sido notable la erradicación de las enfermedades infecciosas en las poblaciones indígenas de Estados Unidos (DHHS:A:6; U.S. Congress:A), así como el descenso de las tasas de mortalidad infantil y materna (DHHS:A). En cambio, se ha acrecentado la importancia del estilo de vida y de la conducta como causas de mortalidad (US Congress:A:91). También las enfermedades crónicas caracterizan ahora el estado de salud de las comunidades indígenas (DHHS:A:6).

La tasa de natalidad para los indígenas estadounidenses que viven en los Estados Reservas (reservas donde presta servicios el IHS) era 27,9 (tasa por mil habitantes) en 1985-87, en comparación con la tasa de 1986 de 15,6 para todas las razas de los Estados Unidos; diferencia de población de 79% (DHHS:D).

Tasas de mortalidad infantil

En los Estados Unidos las tasas de mortalidad infantil han mejorado en un 84% de 1954-56 a 1985-1987, cuando eran respectivamente 62,7 y 9,8 por mil nacimientos (DHHS:D). Aunque la última tasa es mejor que la tasa de 1987 para todas las razas de los Estados Unidos (10,1), en cifras promedio las tasas de mortalidad infantil todavía sobrepasan a las de todas las razas de los Estados Unidos a causa de las elevadas tasas de mortalidad neonatal (entre 28 días y 1 año), debidas principalmente al síndrome de muerte súbita infantil (U.S. Congress: A).

Tasas de esperanza de vida

La esperanza de vida para las poblaciones indígenas de los Estados Unidos se ha acrecentado en 20 años (51-71 años) de 1940 a 1988 (DHHS:A). En 1979-1981, la esperanza de vida al nacer para los indígenas estadounidenses era 71,1 años (67,1: hombres; 75,1: mujeres) (DHHS:D). Sin embargo, en 1985-87 todavía estaba cinco años a la zaga de la correspondiente a la población blanca de los Estados Unidos (AIHCA:B:7). En el documento de información preliminar preparado para la National Tribal/Indian Health Service Consultation Conference (Conferencia consultiva de los servicios sanitarios nacionales tribales/indios) celebrada en Sacramento, California, en mayo de 1992, se mencionó la salud de los ancianos como tema sanitario de importancia para los indígenas de los Estados Unidos.

En el mismo documento también se indica que los "traumatismos" son la principal causa de muerte de los indios estadounidenses y los aborígenes de Alaska del grupo etario de 1 a 44 años.

Tasas de morbilidad

- Enfermedades crónicas endémicas;
- Mayor importancia del estilo de vida y de la conducta como causas de enfermedad;
- Menos hospitalización, más asistencia domiciliaria;
- Discapacidades: un 20% de 3800 indios matriculados en programas de enseñanza profesional eran discapacitados (Joe 1988: 256).

ESTADO DE SALUD: PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE LA POBLACION INDIGENA DE CANADA

Perspectiva de los prestadores de atención de salud

Esta sección refleja las respuestas de los entrevistados que proporcionan a los pueblos indígenas servicios relacionados con la salud en forma directa. Su evaluación de los problemas de salud principales es la siguiente:

- | | |
|--|--|
| - salud mental | - diabetes |
| - alcoholismo y uso indebido de drogas | - poca atención a la niñez |
| - disfunción de las relaciones familiares y comunitarias | - falta de capacitación |
| - suicidio | - falta de capacitación adecuada |
| | - necesidad de condolerse por múltiples pérdidas |

- pérdida de la cultura y la identidad propias
- pobreza
- estilos de vida malsanos
- condiciones y nivel de vida insatisfactorios
- escaso acceso a la atención sanitaria.

Perspectiva de las instituciones de atención de salud

Indicadores de salud

Carencias y padecimientos

(Según se indicó anteriormente.)

A menos que se indique otra cosa, la información que sigue procede de: Health Status of Canadian Indians and Inuit Update 1987 (Medical Services Branch) (Estado de salud de los indios e inuit canadienses, actualización de 1987; División de Servicios Médicos).

Tasas de mortalidad

Años 1980 - 1984	Indios	Inuit	Canadienses
Lesiones e intoxicaciones	33,6%	28,7%	8,0%
Sistema circulatorio	23,3%	15,5%	44,5%
Neoplasmas	9,5%	16,7%	25,8%
Enfermedades aparato respiratorio	8,7%	13,2%	7,3%

Tasas de mortalidad infantil

Año	Indios	Inuit	Canadá
1976-1980	29,0%	35,5%	11,8%
1981-1985	18,8%	27,6%	8,6%

A pesar de la disminución pronunciada en las tasas de mortalidad infantil de los indígenas, la tasa correspondiente a estos es el doble de la tasa canadiense, y la de los Inuits, 3 veces la misma tasa.

Tasas de esperanza de vida

- Indios: 1986: 64,7 años, en comparación con 74,9 años para la población no indígena (Shawana, Nose, Taylor 1988: 50).
- Inuit: 1978-1982, ambos sexos: 66 años en los territorios del Noroeste (un aumento de más de 30 años desde 1940).
- Canadá: 1980-1981, los dos sexos al nacer: 75 años.

Tasas de morbilidad

- Tasas de hospitalización más altas de los indios registrados como tales respecto de la población total; por ejemplo: Manitoba (1 de abril al 31 de marzo de 1984) 333,2 por mil, en comparación con 148,7.
- Los registros de las enfermedades crónicas muestran tasas más altas de diabetes, problemas de salud mental, enfermedades infecciosas y parasitarias, etc.
- Discapacidades: tasas del 30 al 40%, o sea, 300.000 aborígenes (National Aboriginal Network on Disability) (Red nacional de discapacidades en los pueblos aborígenes).

Los mestizos y los pueblos sin estado legal

Estos dos grupos están acosados por problemas de identidad, la carencia de una base territorial, la insensibilidad ante su cultura, problemas de salud mental, la falta de acceso a la atención sanitaria y la pobreza. No obstante, Wigmore y McCue (1990) informan que existe una variedad heterogénea de políticas de salud provinciales inespecíficas para los mestizos y las personas sin estado legal. Esencialmente, se los trata de modo similar que a la población no indígena, sin que se hagan mayores esfuerzos para reconocer sus necesidades sanitarias especiales.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCION

Control de los programas de salud por los pueblos indígenas en los Estados Unidos de América

Las tribus están autorizadas para administrar sus propios programas de salud en virtud de lo dispuesto en tres fuentes: la Constitución, la legislación pertinente y las prácticas administrativas. (Ver Apéndice 3)

Constitución

Los servicios de salud del gobierno federal destinados a los indígenas de los Estados Unidos tienen origen en las leyes que aprueba el Congreso, el cual está facultado, además, para reglamentar el comercio con las Naciones Indias, de acuerdo con las estipulaciones de la Constitución (DHHS:D:).

La responsabilidad del gobierno federal en lo que respecta a los indígenas estadounidenses proviene de los tratados firmados ya en 1784 y consolidados en virtud de leyes aprobadas por el Congreso (DHHS:F:v). Actualmente, el Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS) del Servicio de Salud Pública (PHS) es responsable de la prestación de los servicios de salud a los indígenas estadounidenses (DHHS:D:).

Legislación

La política en virtud de la cual se transfirió el control administrativo de la atención de salud y de ambos servicios a los gobiernos indígenas entró en vigencia en 1975, tanto en Canadá como en los Estados Unidos (Kramer 1990, 78). Sin embargo, en los Estados Unidos dicha política se sancionó mediante legislación, mientras que en Canadá se pormenorizó en el documento "Canadian Government/Canadian Indian Relationship Paper of 1975". (Ibid 1990, 78).

A continuación se enumeran algunas de las obras de legislación más significativas por su repercusión en el desarrollo de la salud de los pueblos indígenas de los Estados Unidos: (3)

- Indian Reorganization Act (1934) (Ley de reorganización de los indios)
- Transfer Act (1954) (Ley de Transferencia)
- The American Indian Religious Freedom Act (Ley sobre la libertad religiosa de los indios estadounidenses)
- Snyder Act (Ley de Snyder) (1921)

- Indian Self-Determination and Education and Assistance Act (1975) (Public Law 93-638) (Ley sobre la libre determinación de los indios de los Estados Unidos, y su educación y asistencia)
- Indian Health Care Improvement Act (1976) (enmendada en 1980) (Ley sobre mejora de la asistencia sanitaria a los indios).

Administración

- Public Law 93-638 (libre determinación de los indios)
- HMO Health Maintenance Organization (Organización para la prestación de servicios de salud)
- Tribal Self-Governance Demonstration Project Act (1991) (Ley sobre el proyecto de demostración de gobierno propio tribal)

Control de los programas de salud por los pueblos indígenas en Canadá

La Constitución, la legislación pertinente y las prácticas administrativas relacionadas a los programas de salud para los pueblos indígenas del Canadá. (Ver Apéndice 3)

Constitución

- en virtud de la Constitución, el gobierno federal tiene jurisdicción respecto de los pobladores indígenas, en tanto que los gobiernos provinciales tienen jurisdicción respecto de la salud.
- respecto a los derechos al autogobierno de los pueblos indígenas del Canadá, fueron propuestos en el Acuerdo de Charlottetown.

Legislación

A continuación se enumeran algunas de las piezas de legislación más significativas por su repercusión en el desarrollo sanitario de los pueblos indios canadienses:

- Indian Act 1867 (enmendada en 1951) (Ley sobre los pueblos indios)

Administración

- White Paper 1969 (Documento White 1969)
- Política de Salud de 1974

- Relaciones entre los Pueblos Indios y el Gobierno Federal 1975
- Política de Salud para los Pueblos Indios 1979
- Transferencia de 1986
- 1991 Registered Health Professionals Act Ontario (Ley de 1991 sobre el registro de profesionales de la salud, Ontario)

Elegibilidad para recibir atención de salud y acceso a ella

Situación de los pueblos indígenas de los Estados Unidos de América

Funciones de los Indian Health Services (IHS) (Servicios de salud para los indios)

En "Regional Differences in Indian Health (1991: VIII)", los Indian Health Services (IHS) (Servicios de salud para los indios) expresan que:

- proporcionan servicios de salud integrales a todos los habitantes indígenas estadounidenses;
- garantizan la participación plena de los pobladores indígenas en esta actividad;
- amparan el derecho de esos pobladores a la ciudadanía, así como su elegibilidad para recibir los servicios a que tienen derecho todos los estadounidenses; establecen la política en materia de elegibilidad y limitan sus servicios a quienes son miembros;
- prestan servicios a las tribus reconocidas por el gobierno federal y a las personas que viven en una reserva india o cerca de ella (Joe 1991, 153);
- cargo de los pagos de última instancia (U.S. Congress: A:10).

Origen de la elegibilidad y el acceso

- Política, estatuto y normas de los IHS.
- aplicación tribal de las resoluciones; por ejemplo, el 85% de 500 tribus reconocidas por el gobierno federal formaron comités para combatir el uso indebido de sustancias (DHHS:B:9).
- Nóminas tribales (listas de miembros no basadas en censos, como las de los IHS).

Indole de la elegibilidad y el acceso

Contratos de servicios:

- Incremento del poder adquisitivo de los dólares de los IHS y mejora de los procedimientos que este emplea para cobrar los reintegros de los seguros médicos del sistema Medicare y del sector privado (DHHSE:1).
- Los servicios que no se puedan obtener directamente por conducto de los IHS o de las tribus, pueden contratarse con los hospitales y médicos de la comunidad (DHHS:D:10).
- Para tener derecho a los servicios, es necesario residir en la reserva dentro de la zona de acción de los Indian Health Service, estar incluido en las listas tribales, encontrarse en tránsito y pertenecer a otra reserva, o ser hijo adoptivo o estudiante (Joe 1991, 170).
- Servicios de salud gratuitos: bajo los Indian Health Service, la mayoría de los indios estadounidenses asentados en las reservas y los indígenas de Alaska gozan de este beneficio (Joe 1991, 150).

Situación de los pueblos indígenas de Canadá

Funciones de la Medical Services Branch (MSB) (División de Servicios Médicos)

- En 1986 prestó servicios directos al 75 % del total de los pobladores indios registrados en Canadá (374.200);
- Prestación de servicios a los Inuits;
- Enunciado de la misión de la MSB: cumplir los propósitos de la Política sobre asistencia sanitaria a los pobladores indios, 1979;
- Conserva una "función residual" en la prestación de servicios a las comunidades de las reservas.

Origen de la elegibilidad y el acceso

- Las funciones del gobierno federal en lo que respecta a la atención de salud de los pobladores indios e inuit derivan de la política y la práctica establecidas;
- El procedimiento de transferencia permite que las comunidades de las reservas elaboren los programas de salud, establezcan servicios y asignen los fondos de acuerdo con sus prioridades (Gibbons and Associates 1992:i);

- Los mestizos y los indios sin estado legal tienen acceso a los sistemas de salud principales.

Indole de la elegibilidad y el acceso

- Los indios de las reservas con estado legal gozan de los beneficios de atención de salud no cubierta por seguros;
- Solo dos de ocho provincias tienen programas de salud específicos para las personas que viven fuera de las reservas (Wigmore y McCue 1990:91).

Otros métodos de atención de salud

Métodos curativos tradicionales

Tanto los historiadores como otros autores de disciplinas afines han observado con frecuencia que los pueblos indígenas de América del Norte gozaban de excelente salud en el momento del primer contacto con los blancos.

Es probable que se haya escrito más acerca de las medicinas y los métodos de autoasistencia que mantenían a esos pueblos en tan buenas condiciones de salud. Era común el uso de modalidades de tratamiento como las flebotomías, el cauterio, las enemas, el calor y los tratamientos de humo, la colocación de huesos y la dietoterapia (Joe 1992: 22-26). En el Report of the Scott McKay Bain Panel (1988) se señala que, en las comunidades de Nishnawbe antes de 1949, la prestación de los servicios de atención de salud incluía la autoasistencia y la práctica médica indígena (1988: 20).

Métodos curativos contemporáneos

La importancia de esta sección trasciende el presente estudio por tres razones. En primer lugar, la cultura tradicional está viva y floreciente en los Estados Unidos y Canadá. En segundo lugar, el tradicionalismo y las prácticas curativas que lo acompañan son altamente valorados y aplicados ampliamente por los pueblos indígenas en ambos países. Por último, existen tanto fuerzas de apoyo como otras que no tienen ese carácter.

En una publicación reciente de los IHS se sostiene que "los indios y los indígenas de Alaska han mantenido gran parte de su cultura tradicional. Algunos, especialmente las personas de más edad, hablan poco o nada el inglés". (DHHS:F:); Boldt y Long (1984: 334) reconocen que la cultura tradicional de los canadienses indígenas sigue existiendo en estado protegido, fortalecido y sostenido.

Un estudio realizado en 1982 en un servicio urbano de tratamiento del alcoholismo para los indios estadounidenses reveló que "en la actualidad, la mayoría de los indios (74%) prefiere un sistema de atención de la salud que incluya la medicina tradicional, así como la asistencia

médica tradicional" (Locust 1985: 20). No resulta sorprendente que, después de un período de latencia de 67 años (1925-1992), resurjan en Alaska tradiciones indígenas como el *potlatch* (Entrevista número 061079205). En cambio, no se habla mayormente del retorno a las prácticas tradicionales entre los Inuits en Canadá (entrevista número 061489201). Para otros grupos de indígenas estadounidenses constituyen sin embargo, el factor de más fuerza de los últimos tiempos.

Una base cultural sólida es un componente de importancia crucial para los pueblos indígenas de Canadá. En el informe relativo a las investigaciones sobre la salud mental de las poblaciones indias (1985) se indica que "como regla general cuanto más tradicionales sean estas (es decir, más decididamente indias), menos problemas de salud mental tendrán". Por una parte, los pobladores indígenas buscan integrar la espiritualidad en su vida cotidiana. Por ejemplo, una mujer indígena y profesional de la salud recomendó que se tuviera en cuenta el "ciclo lunar" de la mujer para alcanzar el reposo y la energía (Entrevista número 032179201). Por otra, los indígenas están haciendo realidad la integración en sus vidas. Según York (1990), en Canadá los círculos de curación, los sudaderos y los ancianos se están convirtiendo en piedras angulares institucionales, tanto en las prisiones como en los centros educativos y de tratamiento del alcoholismo y del uso indebido de drogas (York, 1990: 263-265).

Mientras esta orientación concita el apoyo de ciertos sectores, pierde el de otros. En la provincia canadiense de Manitoba, la MSB ha puesto en práctica una política "que reconoce al curandero tradicional indio como prestador legítimo de la atención de salud a los pobladores indios" (Gregory 1989: 171). Como ejemplo de un abierto distanciamiento del statu quo, Gagnon (1989) comprobó que los médicos más avanzados trabajaban con curanderos indígenas porque creían que su colaboración no era perjudicial, sino potencialmente beneficiosa (Gagnon, 1989: 185). Mientras tanto, el plan de salud para las comunidades previsto en el proceso de transferencia, ha suscitado las críticas de las comunidades indígenas por su prejuicio en favor del modelo médico occidental (Gibbons and Associates 1992: v). A pesar de haberse aprobado en 1978 la Ley sobre la libertad religiosa de los indios estadounidenses, "el acceso a los sitios sagrados y las dificultades para obtener y emplear las plumas de águilas calvas y el peyote siguen siendo un problema (Joe 1992:30).

Diversificación y extensión

Centros urbanos y reservas

En opinión de Kramer (1990), la emigración de los pobladores indígenas en Canadá a las zonas urbanas se produjo con posterioridad a la del mismo grupo de población en los Estados Unidos (Kramer, 1990: 79). El reasentamiento forzado de los indios de las reservas en los centros urbanos después de la aprobación de la Indian Reorganization Act of 1934 (Ley de 1934 sobre la reorganización de los pobladores indios) (U.S. Congress;A:8) puede haber sido uno de los factores que impulsó la emigración temprana y masiva de los indígenas estadounidenses a las zonas urbanas. Hoy día, 54% del total de la población india vive en zonas urbanas, donde sus causas de defunción son, en promedio, del mismo tipo que las observadas en las áreas de

acción de los IHS (Ibid: 24).

Los IHS financian programas sanitarios en 34 ciudades en cumplimiento de lo prescrito en la IHC Improvement Act (1976, enmendada en 1980) (Ley sobre mejora de la asistencia sanitaria a los indios). Como consecuencia, se han creado Indian Health Boards (IHB) (divisiones de atención de salud de los indios) para que "presten asistencia ambulatoria, así como servicios sociales integrales a los indios estadounidenses en las ciudades americanas" (Kramer 1990:79). Según un entrevistado, las divisiones a cargo de la atención de salud de los indios se establecieron para mejorar el acceso a la atención de los pobladores indígenas urbanos y tener en cuenta sus necesidades especiales (Entrevista número 042469201).

La American Indian Health Care Association (AIHCA) (Asociación para la atención sanitaria del indio de los Estados Unidos) complementa los servicios que prestan las divisiones de atención de salud de los indios (IHB). Sus actividades incluyen muchos programas de extensión y de investigación destinados a mejorar el estado de salud de los indígenas urbanos. Actualmente están en vías de ejecución dos programas de extensión creados por esta organización que merecen ser destacados. Uno es el proyecto de evaluación del estado de salud, al que se le ha dado un nuevo enfoque en función de las necesidades específicas de la población india y que incluye la capacitación de personal indígena para evaluar el nivel de riesgo de determinadas enfermedades en la población. Cuando se identifican los riesgos de salud, se envía a los entrevistados a la consulta médica. El segundo programa de extensión en marcha tiene por fin informar a la población indígena urbana sobre el VIH/SIDA para prevenir las infecciones. La AIHCA ha emprendido también otros dos estudios importantes. Con el proyecto relativo a las mujeres indígenas y su buen estado de salud se busca generalizar los exámenes de detección del cáncer cervicouterino y de mama entre las mujeres indígenas a partir de los 18 años de edad. En el segundo estudio se examinan los datos existentes sobre el estado de salud de la población indígena en lo que respecta a su exactitud, disponibilidad y accesibilidad, además de evaluar la pertinencia de esos datos a la situación urbana.

En Canadá, donde no existen órganos equivalentes a las IHB y la AIHCA que presten servicios y recopilen los datos requeridos, se hace mayor hincapié en las actividades de intervención sanitaria basadas en las reservas. Wigmore y McCue (1990) arguyen que las extrapolaciones en las que se equipara el estado de salud de la población indígena urbana al de los indígenas que viven en las reservas impiden que se evalúe plenamente la situación de salud de estos últimos y acaban por relegarlos a una posición indeterminada con respecto a las políticas de salud que podrían serles útiles. Actualmente, las organizaciones indígenas, como el Native Council of Canada (Consejo Indígena de Canadá) y la National Association of Friendship Centres (Asociación Nacional de Centros de Amistad), son los defensores principales de los habitantes indígenas de las ciudades. La primera de estas organizaciones políticas ha presionado con éxito al gobierno canadiense para que instituya el "Federal-Provincial Territorial-National Aboriginal Organizations Working Group on Aboriginal Health" (Grupo de trabajo sobre la salud de los pueblos indígenas de organizaciones indígenas federales-provinciales y territoriales-nacionales). Este grupo informa directamente a los viceministros y ministros de salud y se reúne para examinar las cuestiones relativas a la salud de mayor interés para todos los grupos indígenas

de Canadá.

Categorías sociales

Las mujeres

Una de las personas entrevistadas en los Estados Unidos consideró que la mujer indígena de ese país era el "ser humano más complejo", debido a las expectativas acerca de sus muchas funciones, la alienación del sistema de atención de salud y sus múltiples problemas, relacionados con la salud (entrevista número 042469202). Son, pues, evidentes los méritos del programa para mujeres, lactantes y niños (Women, Infants and Children) (WIC) que proporciona alimentos como quesos, cereales, leche, huevos y leche materna para mejorar el estado nutricional de las mujeres embarazadas y las madres que amamantan y están en situación económica desventajosa, así como de sus hijos menores de cinco años (entrevista número 021379201).

Ningún programa nacional semejante existe en Canadá, donde "las mujeres indias envejecen cuando todavía están en edad de procrear, mientras las mujeres canadienses envejecen cuando se acercan a la edad de la jubilación" (Bobet y McBride: 1990). Se requieren servicios que atiendan los aspectos de salud de la reproducción y que reflejen la estructura etaria y las elevadas tasas de fecundidad de las mujeres indígenas canadienses (ibid). Aun más importante es la necesidad de que se reconozca a las mujeres como iguales en los asuntos que afectan a la salud de las familias (entrevista número 042979201). Un informe reciente de la Asamblea de las Primeras Naciones señala la existencia de un impedimento significativo para alcanzar este objetivo. El texto que sigue se ha tomado de ese documento:

"Pero la discriminación por razones de sexo no se le ha impuesto ni con mucho a las Primeras Naciones desde fuera: está enraizada en nuestras almas. Para decirlo sin ambages, son muy numerosos los hombres de las Primeras Naciones que necesitan que se les despierte la conciencia. En opinión de las mujeres, los dirigentes en especial abrigan prejuicios sexuales y las discriminan."

(Assembly of First Nations 1992: 60).

Este texto plantea el tema de la falta de compromiso que demuestran los dirigentes en los asuntos de salud; algunos entrevistados indígenas tanto de los Estados Unidos como de Canadá se manifestaron en ese sentido.

También se ha acentuado el espectro de la violencia en el hogar; en Canadá se han notificado tasas del 80% en las comunidades indígenas. Para tratar este problema en cuanto afecta a las mujeres, el gobierno federal inició recientemente una investigación de alcance nacional sobre la violencia dirigida contra las mujeres, en la que participan cinco mujeres indígenas como miembros del grupo de expertos.

Los jóvenes

De 1980 a 1986, "el número de indios residentes en las ciudades aumentó en forma pronunciada, alcanzando la cifra máxima entre los jóvenes de 15 a 24 años de edad; luego disminuyó a un número muy pequeño de ancianos" (AIHCA:A:7). En un informe de Minnesota sobre el tema titulado Children of the State (1992) se señala que: "Aunque los indios estadounidenses menores de 18 años representan el 1,75% de la población general (censo de 1990), un 12% de estos niños recibe atención en hogares de guarda" (1992:3). En otro informe que lleva por título Indian Adolescent Mental Health se comprobó que los datos disponibles indicaban que los adolescentes indios tienen problemas de salud mental más graves que los de la población de los Estados Unidos de todas las razas (U.S. Congress:B).

En Canadá existe una documentación similar sobre los jóvenes indígenas y no indígenas. Aunque el gobierno federal ha iniciado un programa denominado "Futuros más promisorios" dirigido a atender las necesidades referentes a la salud mental y a los niños, uno de los entrevistados canadienses considera que esta actividad no tendrá ninguna repercusión en los niños urbanos porque los fondos disponibles se han destinado exclusivamente para las personas que viven en las reservas (entrevista número 041989201).

Los indigentes

En 1980, el nivel de ingreso de un 27,5% de los indios de los Estados Unidos estaba considerablemente por debajo del nivel de pobreza (U.S. Congress:A:4). Para remediar los problemas nutricionales, los Estados Unidos brindan algunos servicios, por ejemplo, cupones para la compra de alimentos, a las personas faltas de recursos, entre ellas los indígenas del país (Kramer 1990: 80). En Canadá, las tasas de desempleo llegan hasta el 90% en algunas comunidades de las reservas, en tanto que en ellas, al igual que en las zonas urbanas, se ha generalizado la dependencia de las prestaciones sociales.

La asistencia social total para todos los grupos indígenas se acrecentó en un 315% (de \$34 millones a \$150 millones) entre 1970 y 1980 (Frideres 1988: 162), mientras que "los ingresos de los indígenas eran ligeramente inferiores a los dos tercios del promedio de la población no indígena" (ibid: 162). Se considera que las prestaciones sociales son una alternativa del empleo muy poco satisfactoria para los indígenas, sobre todo por su repercusión sumamente perjudicial en el proceso de curación y la salud.

ALGUNOS PROBLEMAS NO RESUELTOS

Elegibilidad para recibir atención sanitaria y acceso a ella

Los temas de la elegibilidad para recibir atención de salud y el acceso a ella merecen un examen más detallado. Burger (1987) atribuye las malas condiciones de salud de las personas indígenas a la inaccesibilidad de los servicios de atención de salud y a las disposiciones de la asistencia social. Sostiene que los gobiernos no se han esforzado lo suficiente para llegar a las zonas remotas ni están dispuestos a aceptar que las malas condiciones de salud que allí imperan sean atribuibles a la negligencia (Burger, 1987: 23-25).

Por lo que hace a los Estados Unidos, los indígenas de ese país han tratado de proteger su elegibilidad para recibir atención de salud, así como el acceso a ella, oponiendo resistencia a: a) la absorción por el estado de la atención de salud de los pobladores indios; b) las nuevas definiciones del estado legal de los indios elaboradas por los IHS, y c) la inscripción de las familias indias indigentes en los sistemas de asistencia de salud Medicaid y Medicare (Joe 1991: 152-170). Para ellos, lo más importante es que "aunque el Congreso ha proporcionado sistemáticamente los fondos destinados a los programas de servicios para los indios, los tribunales han fallado hasta el presente que el Congreso otorga voluntariamente estos beneficios y que no son la expresión de un mandato en virtud de la responsabilidad de fideicomiso que le incumbe al gobierno federal respecto de las tribus indias". (U.S. Congress:A:9)

Aun cuando los indígenas estadounidenses tienen sus propios establecimientos de salud y, en algunos casos, hasta hospitales, muchos no gozan de un acceso óptimo a la atención de salud. Entre otros impedimentos, Joe (1992) cita la pobreza, el aislamiento, el apartamiento de las jurisdicciones, el racismo, las dificultades del idioma y las políticas inadecuadas del gobierno, como la mercantilización de la salud (Joe 1992: 4). En otro documento, Joe sostiene que los denominados servicios gratuitos que se prestan a los indígenas estadounidenses son limitados y no abordan los problemas de salud contemporáneos (Joe 1991: 150). "Entre los problemas de salud más graves con que se enfrentan los indios se destacan los relativos a la salud mental" (DHHS:B:12), a pesar de lo cual los programas y servicios de salud mental no son regulares ni se dispondrá de ellos en un futuro próximo (U.S. Congress: A:24). Del mismo modo, la Asociación para la Atención de Salud del Indio Estadounidense estima que el acceso a los programas de prevención "es un problema acuciante en las comunidades indígenas urbanas, rurales y de las reservas" (AIHCA:B:7).

Cuando se examinan las cuestiones de la elegibilidad y el acceso con frecuencia no se toman en cuenta la imaginación e inventiva de que dan prueba las personas que sufren privaciones. Por ejemplo, Siggner (1986) señala que las defunciones por accidentes, intoxicaciones y actos de violencia entre la población india se producían en 1976 a razón de 248

por 100.000 (4 veces la tasa canadiense) y que en 1983 la tasa había descendido a 174 defunciones por 100.000, o sea, 3 veces la cifra canadiense (Siggner 1986: 66). Este estadístico atribuyó tal disminución al mayor apoyo del gobierno en lo que respecta a las adicciones de la población indígena, pero no tuvo en cuenta en su opinión a comunidades como la del Lago Alcalí en Columbia Británica, Canadá. En los años setenta esta comunidad modelo logró superar eficazmente el problema del alcoholismo generalizado en el que estaba a punto de caer y adquirió el hábito de la sobriedad sin ayuda alguna del gobierno.

Por la dependencia de los gobiernos, el sistema de atención de salud puede oponerse a la voluntad y la capacidad de los individuos y las comunidades de esforzarse para lograr cambios favorables en la salud (The Scott McKay Bain Health Panel 1988: 19). En Canadá, al igual que en los Estados Unidos, las administraciones progresistas suelen tropezar con distintos impedimentos, como la falta de recursos financieros, las trabas burocráticas y la incomprensión ante las diferencias culturales. Los indígenas que viven en las ciudades (entre ellos, muchos mestizos e indios sin estado legal) tienen mejores posibilidades de empleo y de acceso a los servicios de atención de salud que los pobladores de regiones apartadas (Wigmore y McCue 1990: 90). Aunque admiten que la correlación que establecen carece de fundamentos científicos, estos autores afirman seguidamente que las ventajas que representa el acceso a la atención sanitaria para los residentes indígenas urbanos quedan neutralizadas por factores tales como las pérdidas culturales, el racismo y el alojamiento inadecuado (Ibid, 90).

Kramer (1990) hace una descripción objetiva de la cuestión de la elegibilidad. Señala que, según estimaciones de los IHS, la población que en 1984 reunía las condiciones para recibir sus servicios era del 60%, en comparación con el 42% de la población de Canadá en 1986. En su opinión, en Canadá es menor el número de indígenas que satisfacen los requisitos para acogerse a programas y servicios de salud óptimos (Kramer 1990: 77).

Recursos humanos y financieros

La experiencia de los pueblos indígenas de los Estados Unidos de América

Con respecto al desarrollo de los recursos humanos, cualesquiera que pudieran haber sido los beneficios del programa de becas establecido en virtud de la Ley sobre mejora de la atención sanitaria a los indios, quedarán neutralizados por la eliminación (1990) de los programas NHSC de reembolso de haberes a los pasantes y la paralización del Cuerpo Comisionado (U.S. Congress:A:30). Estos dos últimos organismos proporcionaban a las tribus los servicios de profesionales de la salud. A pesar de que "En el año fiscal de 1988 más de 1.400 agentes de salud comunitarios (CHR) tuvieron cerca de 3,5 millones de contactos con beneficiarios en todas las comunidades indias" (DHHS:B:15), no pasa un año sin que el programa de CHR tenga que hacer frente a reducciones presupuestarias (Joe 1992: 166).

Según Joe (1992), los gastos de la atención sanitaria destinada a los indígenas de los Estados Unidos no se documentan correctamente, a pesar de lo cual el gobierno no escatima esfuerzos para reducir los costos (Managed Care in Indian Health Services: 1991:E:i). La

Oficina de Evaluación de Tecnologías registra una asignación de US\$807 millones (sin incluir la construcción de instalaciones), de los cuales \$63 millones se destinaron al presupuesto de los servicios clínicos (1986: 12). Los fondos asignados a las zonas urbanas y a las reservas entre 1980 y 1989 representan otro gasto importante. Aun cuando la población creció en los dos sectores, las subvenciones y los contratos tribales financiados por los IHS aumentaron en un 171 % (de \$121,9 a \$330,1 millones), mientras que los fondos para los programas urbanos se incrementaron en apenas 1,5 % (\$8 a \$12,3 millones) (AIHCA:A:10).

La experiencia de los pueblos indígenas de Canadá

El desarrollo de los recursos humanos es una empresa que también persigue Canadá. Hace ya tiempo que los Inuits se lamentan de que el parto haya pasado a ser objeto de atención médica, así como del consiguiente alejamiento de la mujer embarazada de su hogar y la comunidad. De ahí, consecuentemente su interés de larga data en la capacitación de parteras. Esta situación pone de relieve el hecho de que son muy pocos los profesionales indígenas. Los médicos indígenas no son más de 45 en total y se sabe que hay 18 estudiantes de medicina (Johnson 1992: 2). De las 234.000 enfermeras diplomadas, matriculadas y estudiantes de Canadá, solo 2.755 son de ascendencia indígena (ibid: 2). Cerca de 700 agentes de salud comunitarios (CHR) prestan asistencia de salud en las reservas, generalmente en la propia. Diariamente deben hacer frente a situaciones de estrés relacionadas con su trabajo, entre ellas, días laborales de 24 horas y la falta de capacitación y de reconocimiento, tanto por parte de sus colegas como de los dirigentes políticos. Hay, además, otros factores que afectan a sus niveles de desempeño, por ejemplo, la falta de supervisión y de equipos adecuados. Al igual que otros agentes de cambio, los CHR Han comenzado a tomar más en cuenta a los curanderos, los ancianos y las familias.

Los costos de la atención de salud de los pobladores indios y de la región septentrional aumentaron de \$248 millones a \$349 millones de 1982-1983 a 1985-1986 (Neilson Task Force Study, 1985). Estos fondos se asignaron mayormente para sufragar las prestaciones no aseguradas (\$80 millones en 1982-1983 a \$130 millones en 1985-1986) y los incrementos en el programa nacional de actividades relacionadas con el abuso del alcohol y el uso indebido de drogas por la población indígena (Ibid). En un estudio anterior se señaló que los mayores gastos en la atención de salud de los indios solo habían mejorado las condiciones susceptibles de corrección mediante la atención médica, pero que las condiciones sociales y de vida seguían siendo deplorables (Indian Conditions, 1980).

También los indígenas se muestran escépticos respecto de los gastos de salud. Si bien la MSB sostiene que el proceso de transferencia refleja "el deseo de autonomía de los Pueblos Indios" (Gibbons and Associates 1992), algunos observadores opinan de otro modo. Para ellos, el cumplimiento de la transferencia apunta a otras políticas nacionales, como la reducción fiscal (Culhane Speck 1989: 187; Bobet 1988: 34), no a mejorar la salud de los indígenas (Shawana, Nose y Taylor, 1988: 58). Sin embargo, Kramer (1990) se declara a favor de transferir el control de los servicios de salud a la población indígena porque de ese modo se dispondría de las máximas posibilidades de mejorar la salud de esa población, tanto en Canadá como en los Estados Unidos (Kramer, 1990: 78).

Conflicto entre la tradición y el mundo moderno

Estos dos extremos atentan contra una posición intermedia y crean conflictos y contradicciones a los indígenas, quienes se han resistido a aceptar una transformación al mundo moderno en un solo sentido. Los argumentos más recientes, sin embargo, disipan el mito de un cambio de este tipo.

Teóricos como Randall y Theobald (1985) muestran cómo: a) las costumbres tradicionales se adaptan a las instituciones modernas y coexisten con ellas; b) el proceso de modernización hace revivir usos y tradiciones que se mantenían en estado latente y; c) las tradiciones facilitan la modernización. En consecuencia, el contacto no ha producido una corrosión acelerada y en gran escala de la cultura indígena. Más bien, los pobladores indígenas han respondido al cambio introduciendo tan solo ajustes pequeños en sus organizaciones sociales básicas, creencias culturales e instituciones. Un ejemplo que viene al caso ocurrió cuando un grupo de entrevistadores manifestaron que la observancia de ciertas costumbres tradicionales como el tabaquismo, la entrega de tabaco con categoría de obsequio y los festejos en los que se ingiere una gran cantidad de alimentos, plantea problemas para el fomento de la salud (Entrevista número 061969201), lo que indica que el cambio no necesariamente significa una pérdida o empobrecimiento de la cultura (Warren 1989 :4-6).

POLITICAS QUE PODRIAN ADOPTAR LA OPS Y LOS PAISES MIEMBROS

Recomendaciones de los entrevistados estadounidenses

- Ninguna

Recomendaciones de los entrevistados canadienses

- Vigilar las condiciones de salud de los pueblos indígenas
- Informar a la OMS y a las Naciones Unidas acerca de esos pueblos
- Proponer intervenciones que fomenten la propiedad, el acceso a los bienes, la acción, las aspiraciones culturales, el adiestramiento y la educación, las tecnologías sencillas, el apoyo y las capacidades comunitarios y las asociaciones entre los gobiernos y las personas
- La participación de la OPS debe manifestarse en forma de opciones para los pueblos indígenas, no como un modelo para la acción

- Mantener una posición lo más exenta de connotación política que sea posible; establecer con los pueblos indígenas asociaciones adecuadas, basadas en la confianza mutua y en continua evolución; crear redes de servicios para que todos tengan acceso a los logros alcanzados en el fomento de la salud y las actividades de prevención
- Los alcances de la participación de la OPS deben ser determinados desde el principio por los pueblos indígenas; la definición de las funciones de todos los participantes es esencial; las sensibilidades políticas, tanto en el plano nacional como internacional y las cuestiones de actualidad fundamentales, como las relacionadas con el medio ambiente, deben ser preocupaciones prioritarias; el intercambio de capacidades y conocimientos técnicos entre la OPS y los pueblos indígenas con arreglo a los protocolos que correspondan sería beneficioso para todos.

CONCLUSION: MARCO CONCEPTUAL

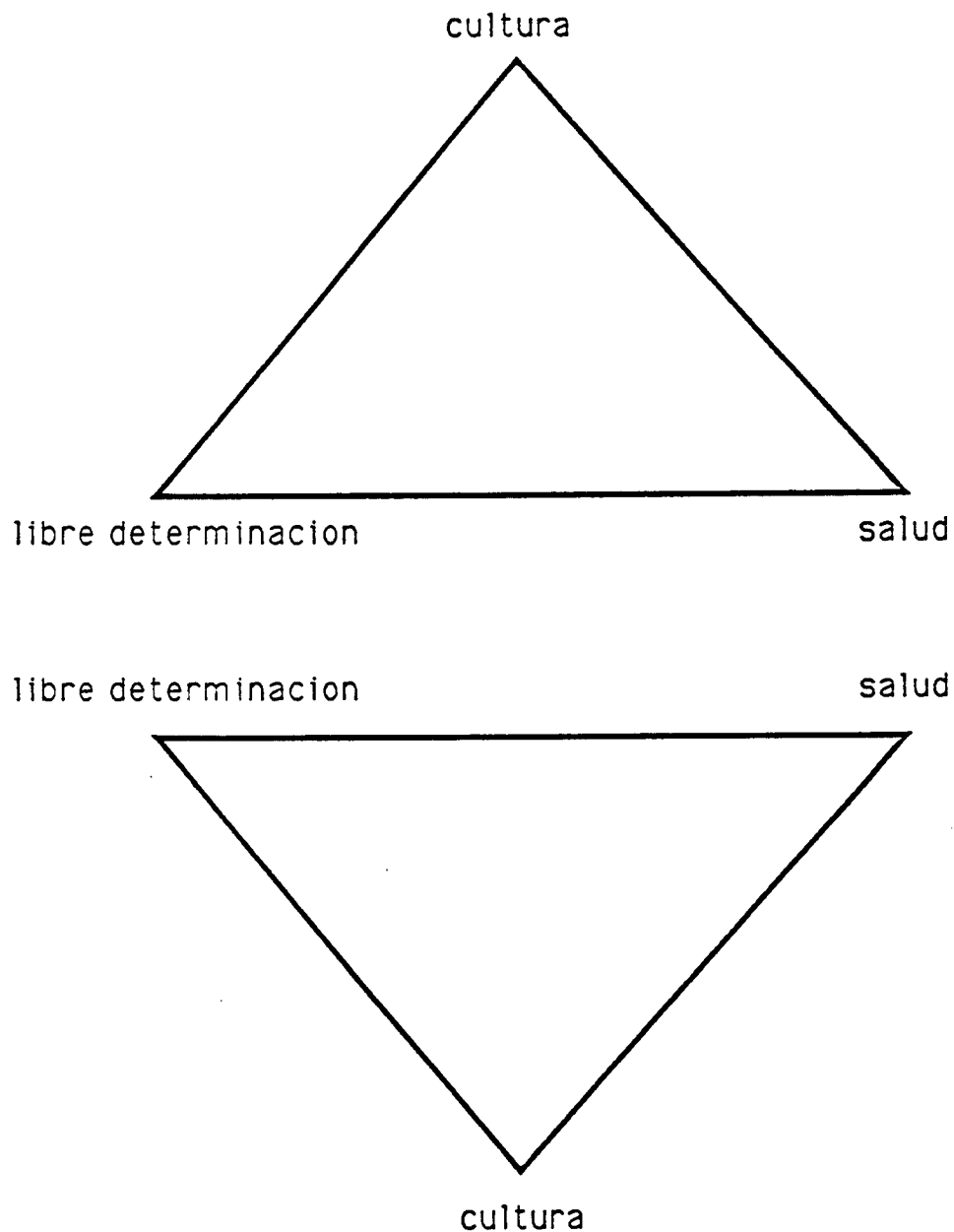


Figura 1. Pirámides de la salud

La cultura es tanto el basamento como el pináculo del desarrollo de la salud de la libre determinación de los pueblos indígenas.

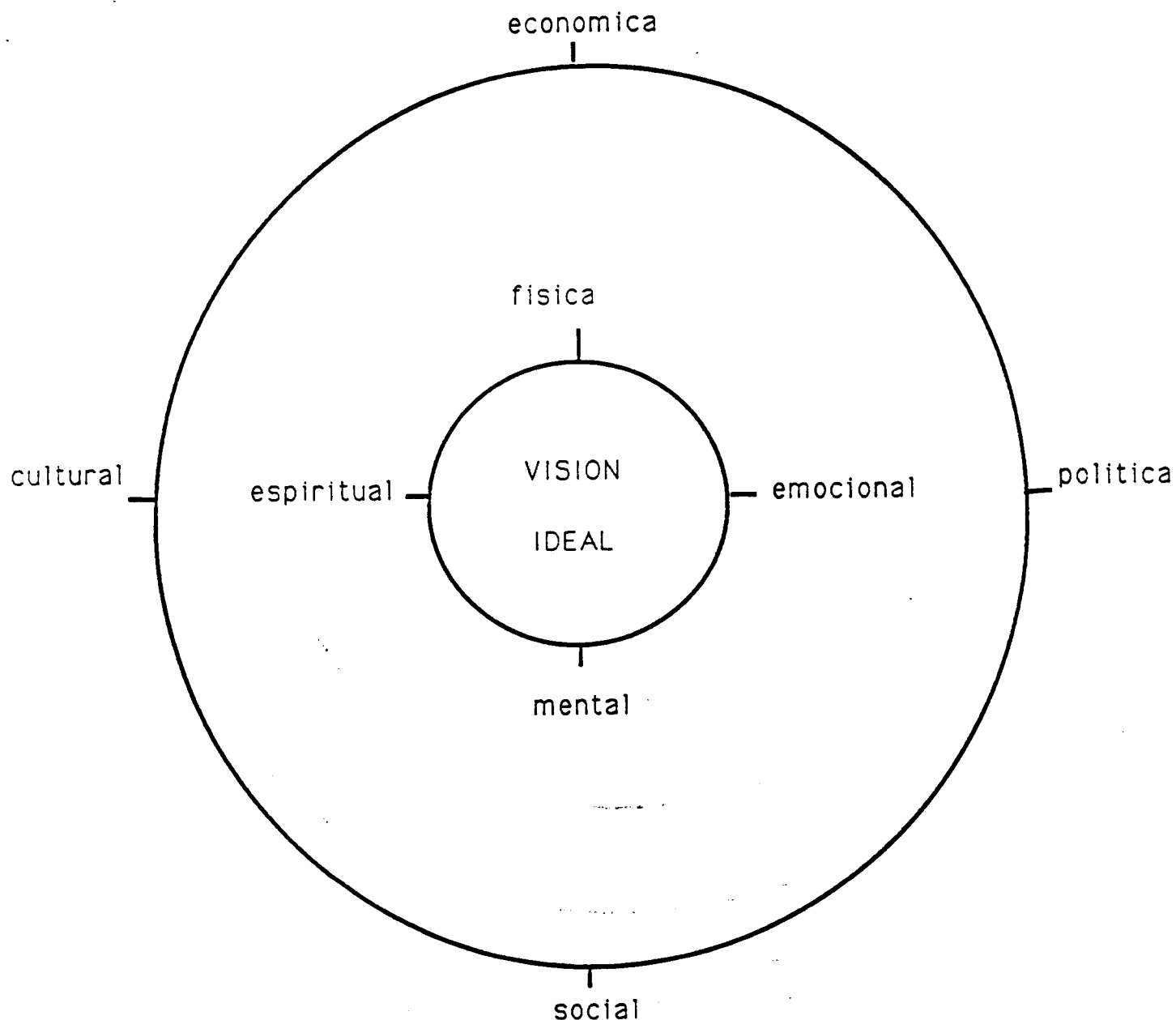


Figura 2. "La Medicina Circular"
(Fuente: Rozental, 1988: 128-129)

Constituye una paradoja que el tradicionalismo se nos presente como más actual que su contrapartida, el mundo moderno, "así como mejor equipado desde el punto de vista cultural para abordar las causas sociales y ambientales de los nuevos padecimientos" (Melucci, 1990 :139) y que, además, no difiera del paradigma científico holístico.

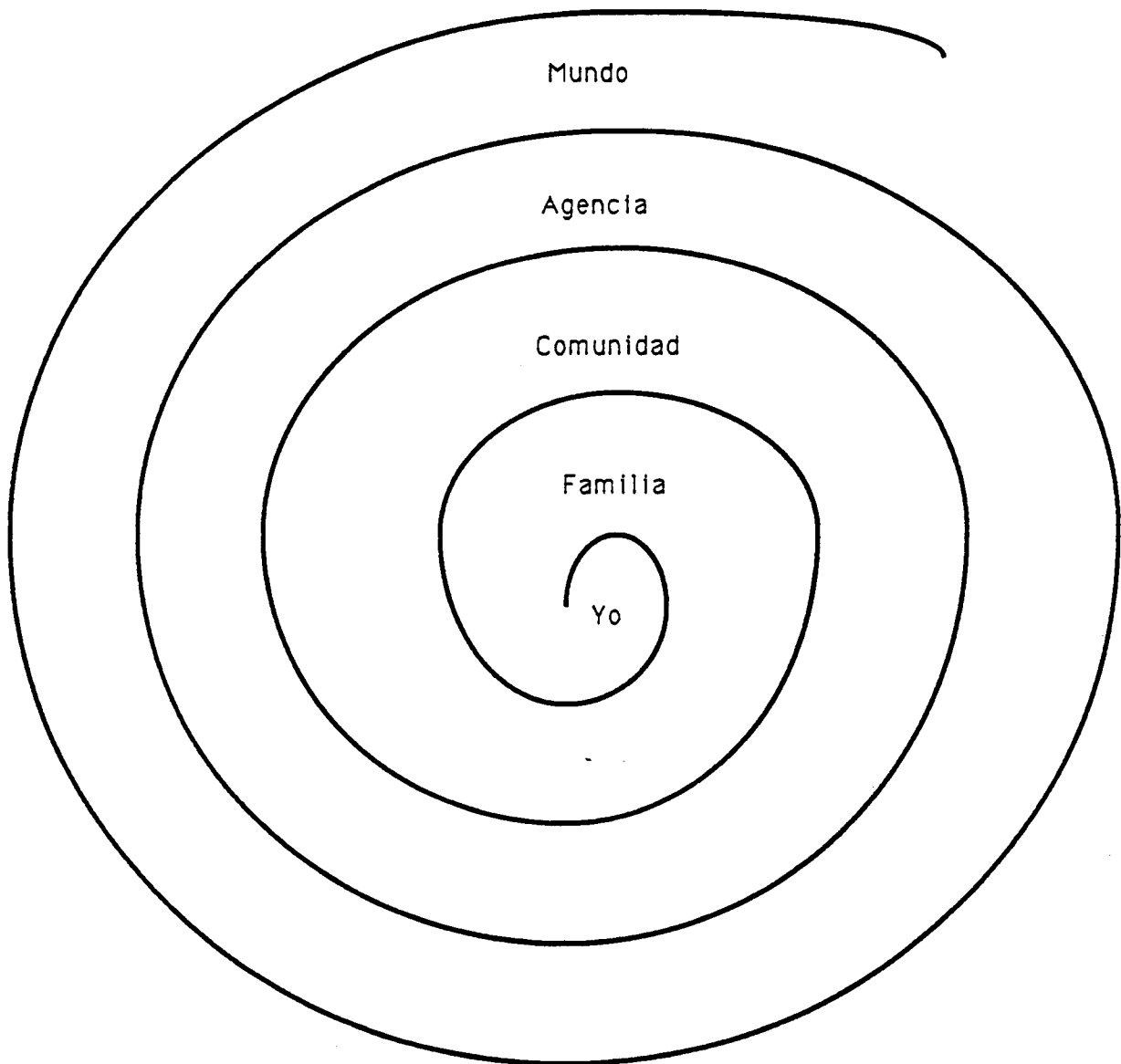


Figura 3. La espiral de la vida
(Fuente: Maggie Hodgson/Nechi Institute)

A menos que el ser humano ponga sus facultades al servicio de fines más amplios, como la familia y la comunidad a la que pertenece, esas facultades no significan nada. Esta es una creencia fundamental para las sociedades tradicionales, cuyo código de conducta se basa en "un pacto espiritual y no en un contrato social" (Boldt y Long 1985:336).

"En la teología y cosmología de los pueblos indígenas de América del Norte hay tres conceptos recurrentes: la conciencia individual, la hermandad universal y el poder creativo infinito del mundo" (Barsh, 1986:161).

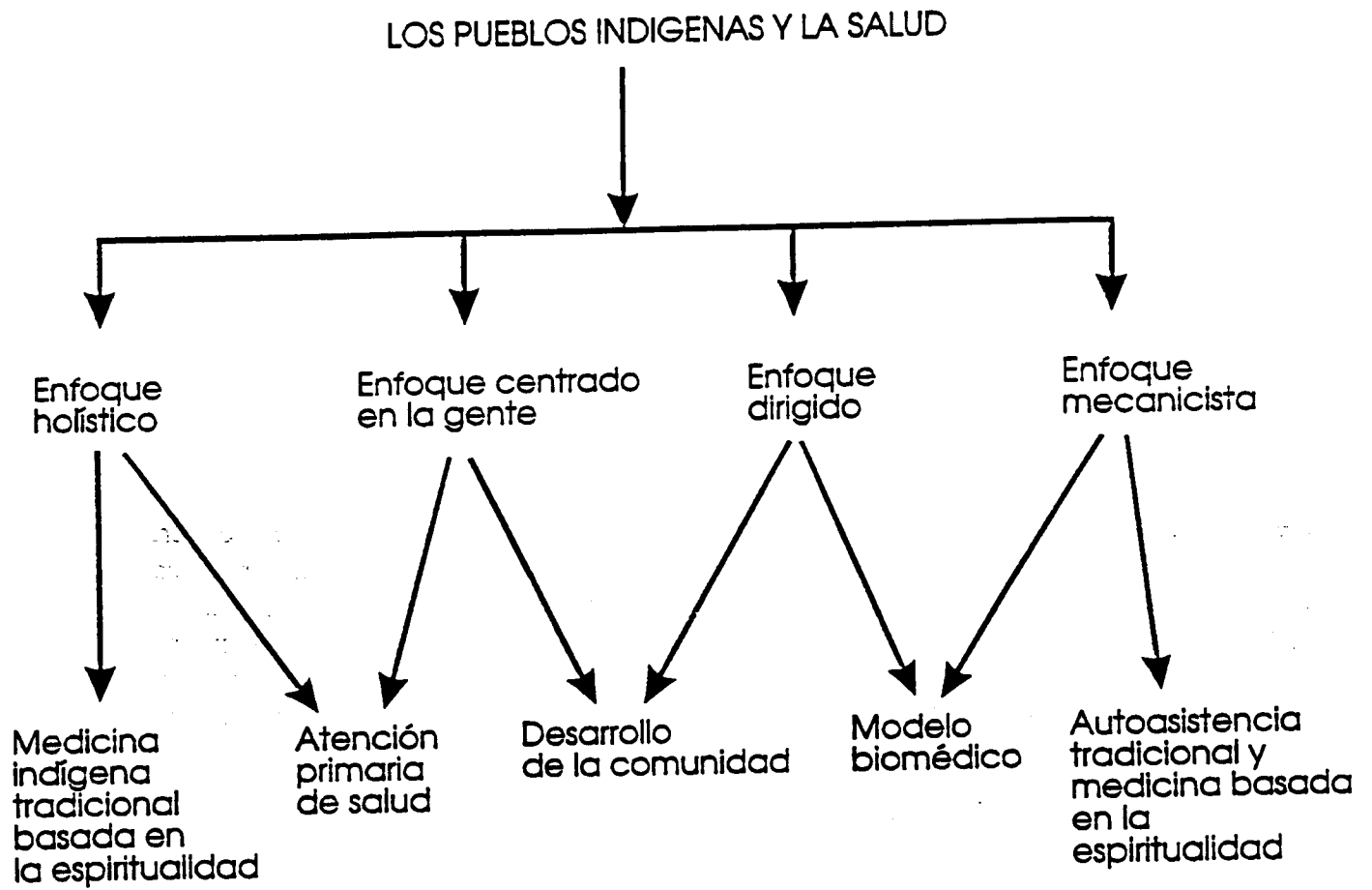


Figura 4. El espectro de los pueblos indígenas y la salud donde los fines se autorregulan.

APENDICE 1

PUEBLOS INDIGENAS DE AMERICA DEL NORTE

Puesto que los indios pueden o no tener estado legal, la mayoría de los estudios distinguen cuatro grupos indígenas en Canadá, a saber: indios con estado legal o inscritos en el registro correspondiente, indios carentes de estado legal, mestizos e inuit. De estos, solo el primer grupo ha sido definido jurídicamente en virtud de la Indian Act (Ley sobre los Indios), mientras que los tres restantes se autoidentifican como indios, pero no están incluidos en los alcances de la ley (Lee, 1990:21). En tanto que la Constitución de 1982 define a los pueblos indígenas como indios, inuit y mestizos, en el caso de los indios sin estado legal no les otorga un régimen jurídico-constitucional propio (Boldt y Anhelar 1983:3). Habida cuenta de que "el mosaico indígena en Canadá es sumamente complejo" (Waldram, 1986:282), intentaremos diferenciar a continuación los cuatro grupos oriundos de esta zona.

Canada

1. Indios con estado legal

Un indio con estado legal, denominado también "legal" o "registrado", es "una persona que, de conformidad con la Ley sobre los Indios, está registrada como indio o tiene el derecho a registrarse como tal" (Frideres, 1988:7). A los indios registrados como tales les son aplicables las disposiciones de la Ley sobre los Indios y la jurisdicción federal, de acuerdo con la British North American Act (BNA) (Ley de la América Británica del Norte). Casi todos son miembros de una partida y están identificados en el registro del Ministerio de Canadá de Asuntos Indios y del Norte (Ibid:9; McMillan, 1988:287). Frideres considera dos "subtipos" significativos de "indios legales": "los indios con tratados" y "los indios que habitan en las reservas y fuera de ellas". Los del primer grupo firmaron tratados con el gobierno federal y los del segundo no lo hicieron necesariamente ni necesariamente se les asignaron reservas.

En términos numéricos, a fines de 1987 la población de indios con estado legal ascendía a 415.898, lo que representa el 1,5% de la población nacional total (McMillan, 1988:289). En esta cifra se incluye a 37.056 personas que se pudieron registrar en virtud de la nueva definición de la condición de indio adoptada en el proyecto de ley C-31 de 1985. Hasta 1990, se habían registrado 73.983 personas que se acogieron a las disposiciones del proyecto C-31 y se espera que para 1996 lleguen a cerca de 100.000, o sea, 17% de 573.269, el total proyectado de la población india (Canadá, 1991).

La población india registrada en 1990 se descompone por regiones del siguiente modo:

	<u>No</u>	<u>%</u>
Ontario	112.826	23,0
Columbia Británica	83.894	17,1
Saskatchewan	75.441	15,4
Manitoba	72.238	14,7
Alberta	60.303	12,3
Quebec	48.551	9,9
Atlántico	19.319	3,9
Terr. N.O.	11.379	2,3
Yukón	6.227	1,3
Canada	490.178	100

En diciembre de 1983, había 573 partidas indias registradas en Canadá, con asiento en lugares muy diversos, que incluían desde zonas urbanas hasta zonas de acceso especial (Canadá 1987). "De las 2.284 reservas de Canadá, 1.610 están en Columbia Británica" (McMillan, 1988:293) y en 1985 el 29% de los indios registrados vivían fuera de las reservas (Canadá, 1988).

2. Indios sin estado legal

Estos pueblos tienen ascendencia india (Frideres, 1988:11) y se reconocen de esa raza, a pesar de lo cual los gobiernos no los consideran indios (McMillan, 1989:290). En consecuencia, no son legalmente indios, habida cuenta de que el derecho consuetudinario no les reconoce el carácter de tales. Sin embargo, algunos no son "legales" por propia elección y otros, aunque en un tiempo se les había otorgado ese estado, lo perdieron por haber votado o "haber contraído matrimonio con alguien que no era de su raza", por ejemplo. Quienes reúnen las condiciones exigidas y desean aprovechar la oportunidad de recuperar su estado legal con arreglo al proyecto de ley C-31 están realizando las gestiones pertinentes, aunque "seguirá habiendo personas que se consideran a sí mismas indias, pero no reúnen los requisitos para que se les reconozca el estado de tales" (McMillan, 1988:289). No obstante, la "cultura y la raza ya no afectan a la definición de indio: la definición hoy en día es de carácter legal" (Frideres, 1988:7).

Puesto que el tamaño de este grupo indígena se determina principalmente mediante métodos de autoidentificación, las estimaciones cuantitativas varían según la fuente de información. Mientras 75.110 personas se calificaron a sí mismas de "indios sin estado legal" en el censo federal de 1981 (McMillian, 1988:290; Boldt y Long, 1988:4), el Consejo Indígena de Canadá (el cuerpo político que representa a los indios sin estado legal) afirma que lo componen más de un millón de personas de esa categoría (McMillian, 1988:290). Esta es la misma cifra en que Frideres calcula el número de personas con "ascendencia india", en contraposición con su estimación cautelosa de medio millón de indios sin estado legal (Frideres, 1989:90). Los indios de este último grupo están dispersos en todas las provincias, aunque al comentar el tema con ellos se percibe que tienden a concentrarse en las zonas urbanas.

3. Los Inuits

Aunque el gobierno federal reconoció a este grupo de indígenas como indios en 1939 a los efectos de la Ley BNA, no se los ha tratado según los términos de la Ley India (Frideres, 1988:91). La cuestión de quién es un Inuk requiere ciertas explicaciones. En un principio, los "discos" numerados que entregaba el gobierno identificaban oficialmente a los Inuits. Desde entonces, se ha definido a este grupo indígena de diversos modos, en la mayoría de los casos con arreglo a los acuerdos entre los Inuits y el gobierno. En consecuencia, actualmente puede ser considerado inuk cualquier persona que reivindica "usos u ocupación tradicional de la tierra" o "que posee un disco numerado, o tiene una cuarta parte de sangre inuit o a quien la comunidad local considera tal, así como toda persona respecto de la cual se convenga en ello" (Frideres, 1988:16).

Boldt y Long (1988:4) reseñan así la distribución geográfica de los Inuits, "indígenas que habitan las regiones más septentrionales de Canadá, entre ellas el delta del Mackenzie, los territorios del Noroeste, la zona que circunda a la bahía de Hudson, la península de Labrador y las Islas Árticas". A pesar de que el censo de 1981 indicaba que su número era de 23.200, según referencias recientes puede alcanzar a 35.000.

4. Mestizos

Frideres, Boldt y Long, al igual que McMillian, coinciden en definir a los mestizos como personas de ascendencia india y de otra raza; sin embargo, la definición propuesta por Brown (1987) es más adecuada. Sostiene que "no es un término genérico que se aplique a todas las personas descendientes de dos razas, sino que se refiere a quienes concuerdan en que los une un mismo patrimonio sociocultural y un sentido de identificación étnica" (p. 136). Según Frideres, con anterioridad a 1949 los mestizos gozaban de una definición legal y del tratamiento correspondiente; después de esa fecha su estado se mantuvo sin definir hasta 1982, cuando la Ley de la Constitución les otorgó reconocimiento legal, según los términos de la sección 35. Aunque el censo federal de 1981 identificó a 98.260 mestizos, la mayoría de los observadores cree que esta cifra es bastante prudente, especialmente si se toman en cuenta las tendencias de la autoidentificación.

El censo revela que dos terceras partes de la población mestiza vive en las Provincias de las Praderas y en los Territorios, pero las asociaciones establecidas por los mestizos en todas las provincias y territorios indican que están presentes en las distintas regiones de Canadá.

Estados Unidos de America

En este país los pobladores indígenas habitan en todos los estados, incluyendo Hawai y Alaska con las Islas Aleutianas. Taylor (1983) afirma que la mayoría de los 20 millones de habitantes de EUA que se estima tienen algo de sangre india no están identificados como indios y viven dispersos a lo largo de todo el país (Taylor 1983:5). Esta situación equivale, pues, al reconocimiento de la autoidentificación, legitimada tanto por el gobierno federal como por los gobiernos tribales. Estos últimos constituyen un cuarto nivel de gobierno en los EUA. Si bien es razonable suponer que los indígenas de Alaska han mantenido una identidad propia porque son más numerosos en el estado de que son oriundos que los indígenas del sur en sus estados respectivos, también hay que tener presente que se han beneficiado de una legislación ventajosa, la Alaska Native Claims Settlement Act (Ley sobre la satisfacción de las reclamaciones indígenas de Alaska). Por el contrario, los indígenas de Hawai son una minoría cultural desposeída en sus tierras ancestrales.

1. Indios y tribus indias

El proyecto de 1982 sobre la identificación de los indios no encontró consenso en lo que respecta al significado del término indio (Lee 1990:19); esto indicó que no cabía esperar en un futuro próximo ni del gobierno federal ni de los grupos tribales una única definición que permitiese establecer la identidad de una persona como indio (Klein 1990:2). A pesar de esta falta de consenso, ambos grupos parecen considerar dos criterios principales al determinar la identidad india, a saber, la ascendencia de sangre y la pertenencia tribal. El término "tribu india" es un concepto de fundamental importancia en EUA y como tal merece que lo expliquemos un poco. Según el informe del Programa de capacitación de abogados indios estadounidenses (AILTP) titulado Indian Tribes as Sovereign Governments, el término se puede emplear en un sentido etnológico y jurídico-político, aunque también se lo puede definir como una entidad política. Mientras que originalmente el término tribu se refería a un pueblo con un territorio, idioma, estructura orgánica y lazos de sangre comunes, ahora permite definir a grupos dentro de poblados indios o de una comunidad, o de un gran número de comunidades, a varios grupos o poblados diferentes que hablan diferentes idiomas pero que comparten un gobierno común o, por último, a varios poblados muy dispersos con un idioma común pero sin un gobierno común" (Klein 1990:2). Dos poderes fundamentales propios de las tribus indígenas estadounidenses son dignos de mención para nuestro propósito: la competencia de determinar quiénes pertenecen a la tribu y de excluir a determinadas personas de las reservas. Estos poderes se reflejan en la definición de indio presentada en el informe de la AILTP, cuyo texto es el siguiente:

"una persona con una determinada cantidad de sangre india, a quien la comunidad tribal a la que pertenece reconoce como indio. El carácter de miembro de la tribu se puede establecer en virtud de usos, leyes escritas, tratados o acuerdos entre las tribus. En la actualidad, lo común es que se defina esa pertenencia según lo dispuesto en la constitución, las leyes o las listas tribales; la proporción de sangre india requerida varía según la tribu de que se trate" (1988:34).

En contraposición, la Oficina de Asuntos Indios define al indio en los siguientes términos: "una persona que debe ser miembro de una tribu de los indios reconocidos por el gobierno federal y, para ciertos fines, tener una cuarta parte o más de ascendencia india" (Lee 1990:9). Hay cerca de 300 tribus reconocidas por el gobierno federal en 48 estados de EUA (se exceptúan Hawai y Alaska).

Desde el punto de vista de la geografía, "aproximadamente la mitad de los indios de EUA vive en la región occidental del país, 27% en el sur, 18% en los estados centrales y 6% en el nordeste" (citado en Lee, 1990:19). Lee y Klein coinciden en que aproximadamente un 46% de la población india vive en California (250.000), Oklahoma (175.000), Arizona (175.000) y Nuevo México (125.000). En 1990 la Oficina de Asuntos Indios informó que 800.000 indios vivían en las reservas indias o cerca de ellas, mientras que el 1.200.000 restante habrá emigrado a las ciudades y los suburbios (Klein, 1990:2).

2. Indígenas de Alaska

Los pueblos indígenas de Alaska son los esquimales y aleutianos, que viven principalmente en el estado de Alaska y las regiones vecinas. Aunque los indígenas de Alaska optaron por la conciliación "sin establecer instituciones de carácter permanente definidas en términos raciales" y "sin crear un sistema de reservas basado en una tutela o administración fiduciaria prolongada" cuando se acogieron a la Ley sobre la conciliación de las reclamaciones de los indígenas de Alaska, terminaron por hacer concesiones respecto de sus objetivos debido a las crecientes incursiones en su territorio de personas de otras razas (Taylor 1983:20). En la Ley de reorganización de los indios (IRA), que se sancionó en 1934, se hizo hincapié en el fortalecimiento de los gobiernos tribales y en 1936 se incluyó en ella a los indígenas de Alaska (Taylor 1983:10-21). Fue entonces cuando se permitió a estos pueblos indígenas "que se organizaran según los términos de la Ley IRA, siempre que mantuvieron una ocupación común de asociación o residiesen en una comunidad definida con precisión" (AILTP Report, 1988:19). Klein estima que la población de esquimales y aleutianos asciende a más de 75.000 y coincide con Lee en que los poblados de los indígenas de Alaska suman casi 200.

3. Indígenas de Hawai

Hasta la sanción de la Hawaiian Homes Commission Act de 1971, en virtud de la cual el Congreso asignó a colonos indígenas 200.000 acres en tierras garantizadas por leyes específicas, no se ha hecho prácticamente nada para salvaguardar a los indígenas que viven en la Isla, quienes han iniciado movimientos en procura de que se les reconozca el estado legal de indios (AILTP Report, 1988:20-1).

APENDICE 2

LA OMS DEFINE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD DEL SIGUIENTE MODO:

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Elementos de la APS

1. Educación sobre los principales problemas de salud y los métodos de prevención y de lucha correspondientes;
2. Suministro de alimentos apropiados;
3. Nutrición apropiada;
4. Abastecimiento adecuado de agua potable;
5. Saneamiento básico;
6. Asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia;
7. Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
8. Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales;
9. Tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes, y
10. Suministro de medicamentos esenciales.

Principios de la APS

Los principios más importantes de la APS también merecen atención especial (Kleczkowski, 1984):

- i) Equidad
- ii) Participación
- iii) Cooperación intersectorial
- iv) Atención calificada y especializada en los niveles intermedios
- v) Coordinación del sistema

Valores de la APS

Entre los aspectos destacables de la APS cabe mencionar los siguientes:

- i) Consideración de todos los factores que afectan a la salud (Mardiros,1987:20-4; y McKenzie,1989:30-1), en especial los factores socioeconómicos y ambientales;
- ii) Énfasis en el fomento de salud, la prevención, la rehabilitación y la asistencia de apoyo (Kleczkowski,1984);
- iii) Preocupación por el bienestar físico, mental, social y espiritual de todas las personas (Federación Mundial de Salud Pública, 1984);
- iv) Traslado de la responsabilidad de manos de los agentes de salud a las familias y los individuos en lo que atañe al bienestar de estos (Mardiros,1987;20-4);
- v) Participación de los miembros de la comunidad como trabajadores de APS (Flahaut,1986) y;
- vi) Incorporación de los médicos y remedios tradicionales (Mardiros,1987:20-4).

APENDICE 3

La Indian Reorganization Act (1934) (Ley de reorganización de los indios)

- suspendió la distribución de tierras a los indios adultos
- extendió el fideicomiso indefinidamente
- autorizó la formación de los gobiernos tribales que contaban con el reconocimiento federal
- estableció programas de desarrollo económico para grupos tribales
- impulsó la contratación preferencial de indios en los IHS y la BIA (U.S. Congress:A:8)

La Transfer Act (1954) (Ley de Transferencia)

- Los Servicios de Salud para los Indios (IHS), que formaban parte de la Oficina de Asuntos Indios (BIA), pasan a depender del Servicio de Salud Pública
- Se hace responsable al Director General del Servicio de Salud Pública de EUA de administrar la conservación de la salud de la población india y todos los establecimientos sanitarios relacionados con ella (DHHS:A:2)

La American Indian Religious Freedom Act (Ley sobre la libertad religiosa de los indios estadounidenses)

- El Senado y la Cámara de Representantes de los Estados Unidos de América, reunidos en Congreso, disponen: Que de aquí en adelante los Estados Unidos tendrán por política proteger y preservar para los indios de este país su derecho inalienable a la libertad de creer, expresar y practicar las religiones tradicionales de los indios estadounidenses, los esquimales, los aleutianos y los indígenas de Hawai, incluyendo el acceso a lugares, el uso y la posesión de objetos sagrados y la libertad de ejercer su culto mediante los ritos ceremoniales y tradicionales. (Tomado de: Public Law 95-341, 95th Congress 92 Stat. 470, Agosto 11, 1978)

La Ley Snyder (1921)

- legislación básica que autoriza que se presten a los indios servicios sociales, incluyendo los servicios de salud (U.S. Congress:A:8 & 38; Joe, 1991: 160).
- "contratación de médicos" autorizada en los presupuestos de la BIA (Joe 1991, 160)

La Indian Self-Determination and Education and Assistance Act (1975) (Public Law 93-638) (Ley sobre la libre determinación de los indios, y su educación y asistencia)

- transfirió a las tribus el control de los programas federales, incluyendo los de salud
- reforzó la contratación preferencial de indígenas estadounidenses en los IHS y la BIA (U.S. Congress:A:8)
- proporciona fondos destinados a mejorar la capacidad de las tribus para suscribir contratos en virtud de lo estipulado en la Ley (DHHS:A:2).
- las tribus firman contratos con los IHS y la BIA para administrar y cumplir los programas (Joe 1991, 161).

La Indian Health Care Improvement Act (1976) (enmendada en 1980) (Ley sobre la mejora de la asistencia de salud a los indios)

- autoriza a los IHS a financiar programas de salud para los indígenas estadounidenses que viven en zonas urbanas (Joe, 1991, 161).
- su propósito es elevar el estado de salud de los indígenas estadounidenses hasta alcanzar el nivel de la población general mediante la asignación de mayores recursos a los IHS durante siete años con el fin de:

- mejorar y ampliar los servicios y la infraestructura de salud.
- proporcionar agua potable y sistemas seguros de eliminación de desechos.
- establecer programas para el servicio de carrera en la asistencia de salud (DHHS:D:1).
- mejorar el acceso de los indios de las zonas urbanas a los servicios de atención de salud (DHHS:F:v).

Administración

Public Law 93-638 (Indian self-determination) (libre determinación de los indios)

- de las 12 oficinas de zona de los IHS, cuatro zonas, partes de Alaska, Nashville, toda California, partes de Minnesota, reciben la denominación de "zonas 638". (Entrevista número (22269202).
- el otorgamiento de 56 contratos en 1988 permitió el traspaso de hospitales, la atención clínica, los programas de enfermería, todos los programas relativos a los agentes de salud comunitarios, los programas de higiene dental, los servicios médicos de urgencia.
- Los IHS proporcionan asistencia profesional técnica a las tribus.
- en 1998, el 75% de los recursos de los IHS habrá sido puesto en manos de las tribus (DHHS:B:18-28).

Organización para el mantenimiento de la salud (HMO)

- proporciona un seguro de enfermedad per cápita a los Servicios de Salud para los Indios (IHS); luego los IHS suscriben contratos con terceros o prestan servicio directamente a los asegurados.
- centra sus actividades en la prevención de enfermedades y el fomento de la salud (Entrevista número (061969201).
- Los IHS iniciaron un proyecto de demostración (Joe, 1991, 152).

La Tribal Self-Governance Demonstration Project Act 1991 (Ley sobre el proyecto de demostración del ejercicio del gobierno propio por las tribus), 1991.

- denominado "un paso más allá de la contratación según P.L.93-638" porque "les da a las tribus flexibilidad para desarrollar programas y establecer las prioridades de financiación destinados a satisfacer necesidades específicas (Información distribuida con anterioridad a la conferencia - Conferencia consultiva de mayo, 1992: 10).

Manejo de los programas de salud en Canadá por la población indígena

Legislación

Ley India de 1867 (enmendada en 1951)

- los poderes de las Primeras Naciones se especifican en detalle en la Sección 81: competencia para elaborar y hacer cumplir sus propios estatutos.

Administración

El Documento White 1969

- los servicios de salud deben prestarse a todos los canadienses sin distinción según los mismos mecanismos y por conducto de los mismos organismos oficiales (Neilson Task Force, 1985).

Política de salud de 1974

- todas las leyes provinciales se aplican a los indios, excepto en los casos de conflicto con la Ley India.
- no existe ningún tratado ni obligaciones estatutarias respecto de la salud de los pueblos indios.
- los indios que viven fuera de las reservas tendrán derecho a recibir los servicios de salud provinciales sin el cumplimiento de los requisitos de residencia, de conformidad con lo dispuesto en la Sección 6(2)(a) del Plan Asistencial de Canadá y los convenios de CAP entre las provincias y el gobierno federal.
- una vez establecidos, los indios tendrán acceso a los servicios de salud municipales.

Relaciones entre los indios y el Gobierno Federal 1975

- reconsideración de la función del gobierno federal, que pasa a ser un asociado del pueblo indio y corresponsable con este de la adopción de decisiones.

Política de salud adoptada en 1979 con respecto a los indios

- el desarrollo de las comunidades se alcanzará mediante mejoras sobre el terreno
- se mantendrá la relación tradicional entre el gobierno canadiense y el pueblo indio mediante una función de apoyo y una mayor participación en la atención de salud.

- integración de los pueblos indios en el sistema de salud canadiense.

Transferencia 1986

- traspaso de una metodología desarrollista y comunitaria
- efectuada fuera del marco legislativo
- refleja "el deseo de autonomía del pueblo indio" (MSB)

1991 Registered Health Professions Act (Ley sobre la matriculación de los profesionales de la salud)

- Ontario (no proclamada aún)
- quedan eximidos de su alcance las parteras y los prácticos de la medicina indígenas

BIBLIOGRAFIA

American Indian Health Care Association (AIHCA)

A. O'Brien, Mary; Jerome Wanek and Welper, Leigh 1991 Urban Indian Health Comparative Analysis Report

B. Scott, Sheri "Promoting Healthy Traditions Workbook: A Guide to the Healthy People Campaign" 1990

American Indian Lawyer Training Program (AILTP) 1988 Indian Tribes as Sovereign Governments, AILTP Inc. Oakland, California

Assembly of First Nations 1992 To the Source Commissioners Report: Ottawa

Barsh, Russell L. 1986 "The Nature and Spirit of North American Political Systems" in American Indian Quarterly Vol.10 No.3

Basic Departmental Data 1991 Quantitative Analysis and Socio-Demographic Research, Finance and Professional Service, Indian and Northern Affairs, Ottawa

Bobet, Ellen 1988 "Indian Self-Government and Community Control in Canada: A Case Study of Kahnawake" M.A. Thesis Carleton University Ottawa, Canada

Bobet, Ellen y Catherine McBride 1990 Status of Indian Women Government of Canada

Bodley, John H. 1982 Victims of Progress, Mayfield Publishing Company, Washington State University

Boldt, Menno y Anthony Long (ed) 1985 "Tribal Traditions and - European - Western Ideologies" en The Quest for Justice Aboriginal People and Aboriginal Rights University of Toronto Press, Toronto Buffalo Londres

_____ "Tribal Philosophies and the Canadian Charter of Rights and Freedoms" en The Quest for Justice

Bopp, Julie; Michael Bopp; Lee Brown; Phil Lane 1985 The Sacred Tree Four Worlds Development Press The University of Lethbridge, Canadá

Brown, Jennifer 1987 "The Mestizos: Genesis and Rebirth" in Native People Native Lands, Bruce Cox (ed.) Carleton University Press, Ottawa, pp.136-147

- Bryant, John 1988 "A los diez años de Alma-Ata" Salud Mundial agosto-septiembre
- Burger, Julian 1987 Report From The Frontier, Zed Books, Londres
- Culhane Speck, Dara 1989 "The Indian Health Transfer Policy: A Step in the Right Direction or Revenge of the Hidden Agenda" in 5, Native Studies Review No. 1
- Department of Indian and Northern Affairs Canada Indian Conditions Ottawa 1980
- Dyck, Noel 1985 Indigenous Peoples and the Nation-State: Fourth World Politics in Canada, Australia and Norway, Social and Economic Papers No. 14, Institute of Social and Economic Research, Memorial University of Newfoundland
- Frideres, James S. 1988 Native Peoples in Canada: Contemporary Conflicts, Prentice-Hall Canada Inc., Scarborough
- Gagnon, Yvon 1989 "Physicians Attitudes Toward Collaboration with Traditional Healers" in Native Studies Review 5 No. 1
- Gibbons, A. and Associates 1992 Short-Term Evaluation of Indian Health Transfer Produced for Program Transfer, Policy and Planning Services Branch, National Health and Welfare Canada and the Evaluation Advisory Committee
- Gregory, David 1989 "Traditional Indian Healers in Northern Manitoba: an emerging Relationship with the Health Care System" in Native Studies Review 5, No. 1
- Hippler, Arthur 1979 "Comment on Development in the Non-western World" in American Anthropologist, 81, no. 2, pp. 120-124
- Indian and Northern Health Services 1988 Health Status of Canadian Indians and Inuit, Medical Services Branch, Health and Welfare Canada, Ottawa
- Joe, Dr. Jennie 1988 "Government Policies and Disabled People in American Indian Communities" Disability, Handicap and Society Vol. 3, No. 3, 1988
- _____ 1992 "Traditional Indian Health Practices and Cultural Views" University of Arizona (inédito)
- _____ 1991 "The Delivery of Health Care to American Indians: History, Policies and Prospects" in American Indians: Social Justice and Public Policy University of Wisconsin, Ethnicity & Public Policy Series (Vol. 1X)

- Johnson, Maureen 1992 "Improving Native Health Care A Challenge For Canada" en Synergy Vol. 4 No. 4
- Kleczkowski B., Elling R., Smith D. Health System Support for Primary Health Care 1984. WHO Public Health Papers # 80, Organización Mundial de la Salud, Ginebra
- Klein, Barry T. 1990 Reference Encyclopedia of the American Indian, Todd Publishers, Nueva York
- Kramer, Joyce M. 1990 Comparison of "Factors Affecting Native Health in Canada and the United States" in Circumpolar Health 90 ed. Postl et al University of Manitoba Press
- Lee, Tom 1990 Definitions of Indigenous Peoples In Selected Countries, Quantitative Analysis and Socio-demographic Research Working Paper Series 90-4, Finance and professional Services, Indian and Northern Affairs, Ottawa
- Locust, Carol S. 1985 American Indian Health Beliefs Concerning Health and Wellness prepared for Native American Research and Training Centre The University of Arizona
- Manfred, Max Neef, Antonio Eligade, Martin Hopenhayn "Human Scale Development: An Option for the Future" Development Dialogue 1989: 1 p 21
- Marchant, C. y D. Jur 1984 The United Nations and Indigenous Populations: A Canadian Perspective and Survey Of Issues, Capital City Consultants (International) Ltd., Toronto
- Mardiros, M. Primary Health Care and Canada's Indigenous People. Canadian Nurse, 83(8):20-24, Sept. 1987.
- McKenzie, A., Mazibuko, R. What is Primary Health Care? Nursing RSA, 4(11): 30-31, Nov/Dec 1989
- McMillan, Alan D. 1988 Native Peoples and Cultures of Canada, Douglas and McIntyre, Vancouver
- Melucci, Alberto 1989 Nomads of the Present, ed. John Keane and Paul Mier Temple University Press, Filadelfia
- Mental Health Research Final Report 1985 First Nations Confederacy, Brotherhood of Indian Nations, M.K.O.
- Muir, Bernice Health Status of Canadian Indians and Inuit update 1977: Medical Services Branch
- National Aboriginal Network on Disability 1989-1990 Information Package

Nielson Task Force Study 1985 Government of Canada

Office of Technology Assessment

Pre-conference Information "Native American Journey - Circles of Wellness" National Tribal/Indian Health Service Consultation Conference (1992) Sacramento, California

Randall, Vicky y Robin Theobald Political Change and Under-development MacMillan Education Ltd.

Rozenthal, Manual 1988 Community Health and Development Process, North West Saskatchewan Indian Federated College Journal Volume 4 No. 2 pp. 115-136

Ryan, Joan 1978 Wall of Words Toronto: Peter Martin Associates Ltd.

Shawana, P; Nose, R. y R. Taylor "Indian Health Care Sociological Perspectives in Law" The Canadian Journal Of Native Education Vol 15, No. 3, 1988

Shestowsky, Brenda 1991-92 Traditional Medicine and Primary Health Care Among Aboriginal People preparado para las enfermeras indias e inuit del Canadá

Shkilnyk, Anastasia 1985 A Poison Stronger Than Love New Haven Yale University Press

Siggner, Andrew 1986 "The Socio-demographic Conditions of Registered Indians" in Arduous Journey ed. Rick Ponting McClelland y Stewart

Taylor, Theodore W. 1983 American Indian Policy, Lamond Publications Inc., Maryland

Informe del Cuadro de Expertos Scott McKay Bain, 1988 "From Here to There Steps Along the Way"

U.S. Congress, Office of Technology Assessment

A. "Indian Health Care" 1986 Library of Congress

B. "Indian Adolescent Mental Health" Library of Congress

Waldram, James 1986 "The 'Other Side': Ethnostatus Distinctions in Western Subarctic Native Communities." En 1985 and After: Native Society In Transition, F. Laurie Barron y James Waldrum (eds.) University of Regina, Canadian Plains Research Centre, Regina

Warren, Kay B. 1989 The Symbolism of Subordination The University of Texas Press

Wattenberg, Esther y Donald Cassidy 1992 Children of the State University of Minnesota

Wigmore, M.; Dorothy McCue 1990 No "Information on a Forgotten People in Canada When They Live Off-Reserve" en Circumpolar Health 90 ed. Post 1 et al University of Manitoba Press

York, Geoffrey 1990 The Dispossessed 1990 Vintage U.K. Press

Department of Health and Human Services U.S. Public Service Indian Health Services (DHHS)

- A. "Cancer Mortality Among Native Americans in the United States" Regional Differences in Indian Health, 1984 - 1988 and Trends Over Time, 1986 - 1987
- B. "Indian Health Service Accomplishments Fiscal Year" 1988
- C. "Indian Health Service: Regional Differences in Indian Health" 1990
- D. "Trends in Indian Health" 1991
- E. "Managed Care in the Indian Health Service" 1991
- F. "Indian Health Service: A Comprehensive Health Care Program for American Indians and Alaska Natives"

the β phase of the polymer. The β phase is the most important phase in the polymer, as it is the phase that is most responsible for the mechanical properties of the polymer. The β phase is the phase that is most responsible for the mechanical properties of the polymer.

INICIATIVA: SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS
Situación de salud de los pueblos indígenas de Latinoamérica

Documento Base

Carlos Coloma
Consultor

SOCIEDAD CANADIENSE PARA LA SALUD INTERNACIONAL

Septiembre 1992

1111
1111

1111 1111 1111 1111 1111 1111

INDICE

I. Introducción	65
II. Población indígena e identidad cultural y nacional	66
1. Coexistencia y crisis en la sociedad nacional	66
2. La construcción de la identidad	67
3. Identidad y organización social	69
III. La situación de salud	71
1. Los indicadores de salud nacionales y la población indígena	71
2. Morbilidad y mortalidad	72
3. La situación de salud y los factores del contexto	75
IV. Respuestas sociales al problema de la enfermedad	78
1. Las iniciativas de las políticas oficiales de salud	78
2. Las respuestas populares a los problemas de enfermedad	78
V. Conclusiones	80
Referencias	82
Anexo I	87

I. Introducción

El análisis de la situación actual de salud de la población indígena conlleva a la necesidad de comprender desde diversas perspectivas la complejidad del problema salud-enfermedad en esta población. En la mayoría de los casos este análisis supera el campo bio-médico, para situarse en un campo más amplio, donde intervienen principalmente las ciencias sociales, económicas y políticas.

El presente documento fue elaborado en base a un estudio de carácter preliminar sobre la situación de salud de la población indígena. Este tuvo numerosas limitaciones debido a la inconsistencia, escasa disponibilidad y dispersión de la información relativa a la población indígena y su estado de salud. Como metodología se utilizó un cuestionario que fue remitido a las oficinas del representante de la OPS de cada país de la Región, como también se realizaron visitas a países seleccionados de centro y sudamérica¹ donde se recolectó información de fuentes secundarias, se mantuvieron entrevistas con funcionarios de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, y con dirigentes de organizaciones indígenas, finalmente se mantuvieron entrevistas y reuniones con académicos y Médicos Tradicionales Indígenas que asistieron al I Congreso Continental de Médicos Tradicionales Indígenas².

El objetivo esencial del documento busca describir y analizar la situación de salud de los indígenas, priorizando el carácter dinámico de la situación salud-enfermedad que vive la población, más que de establecer un perfil cuantitativo, pues no se disponen de cifras a partir de los registros de sistemas oficiales de salud, que permitan establecer una discriminación de los datos referentes a la población indígena, ni tampoco existe una información consistente respecto al total de población indígena que habita en cada país³, lo que impide establecer tasas nacionales, tanto de morbilidad como de mortalidad. Respecto a estas últimas, sólo se han encontrado algunas investigaciones epidemiológicas en estudios de comunidad de corte transversal, a nivel local o microregional, que han podido establecer tasas específicas para algunos grupos de población indígena.

Como un aporte a la reflexión del proceso de salud-enfermedad, y dentro de un contexto general, en los siguientes capítulos se analizan algunos aspectos considerados esenciales para una mayor comprensión de la situación, como:

- * el problema de la identidad indígena en relación al proceso de identidad nacional, y la coexistencia con la población blanco-mestiza; así como la redefinición de conceptos, valores y estrategias de sobrevivencia, dentro de un proceso socio-histórico, que implican diversas modalidades de relación con el Estado y sus instituciones;
- * la situación de salud y los elementos de contexto que inciden sobre ella y,
- * las maneras como la población interpreta los episodios de enfermedad, y las respuestas o sistemas de acción, dentro del contexto de las culturas médicas tradicionales en relación a los sistemas y políticas oficiales de salud.

II. Población indígena e identidad cultural y nacional

1. Coexistencia y crisis en la sociedad nacional

Existe una gran diversidad entre los gobiernos de los países de la Región, para identificar y caracterizar a la población indígena, siendo que la mayoría de ellos reconocen la coexistencia de diferentes etnias, donde se identifica a los pueblos indígenas como una categoría racial, y en general se observa una tendencia a calificarlos como *minorías étnicas*. En un proceso más reciente se observa la tendencia al reconocimiento de las culturas nativas, estableciéndose un conjunto de principios constitucionales que definen y explicitan mejor el reconocimiento de la población y las culturas indígenas como un sector de la sociedad diferente al conjunto de la población⁴.

No obstante los principios jurídicos que encuadran a la población como un todo homogéneo, pasible de iguales deberes y derechos, entran en contradicción con las prácticas sociales, pues en la heterogeneidad de la población se encuentran conflictos determinados por la división de la sociedad en diversos estratos y clases. Esto constituye la expresión de las relaciones de poder que se encuentran en el seno de una sociedad y de las representaciones sociales e ideológicas que los distintos sectores utilizan para definirse y definir a los otros sectores de población que constituyen la sociedad mayor.

Independientemente del corpus jurídico establecido se definen y practican acciones de discriminación (como el racismo), se establece la vigencia de estereotipos (el indígena visto usualmente como un objeto folklórico), la intolerancia (medidas de represión ante el reclamo de derechos, o sobre las prácticas médicas tradicionales), o el silencio y la omisión en la aplicación de las leyes. Estos mecanismos se encuentran potenciados en la medida que se asocian a otros factores, especialmente cuando entran en juego diversos intereses económicos, como la disputa por la posesión de la tierra o la imposición de proyectos económicos que afectan grandes extensiones de tierras (la construcción de represas hidroeléctricas, o la introducción de monocultivos como la palma africana en la Amazonía, o los cultivos intensivos promovidos por el narcotráfico como los de coca y amapola en los valles andinos).

En la actualidad, las relaciones interétnicas se mantienen dentro de determinados grados de tensión e inestabilidad, lo que determina un "equilibrio crítico", que implica para los indígenas mantener una distancia relativa de *los otros*. El análisis del proceso social al interior de la coexistencia nos remite a la noción de fronteras, o sea los límites estructurados por cada cultura. Estas pueden ser definidas en diversos niveles y ámbitos, pues, de la frontera simbólica establecida por la identidad a la demarcación de fronteras físicas (territorios), encontramos una variedad de situaciones que varían según el tiempo de contacto y a las experiencias de convivencia establecidas previamente entre grupos de población. Las fronteras pueden estar permeadas por cualquier elemento que la comunidad considere de utilidad, y sobre el cual realizará su propia experiencia (por ejemplo: la radio, televisión, determinadas acciones de salud, misiones religiosas, etc.); mientras que una violación territorial o alteración de las normas sociales del grupo puede generar una reacción masiva de violencia. En este contexto pueden situarse a las relaciones entre la población indígena y las instituciones del Estado, que tradicionalmente han tenido un comportamiento antiparticipativo, y especialmente en los diversos niveles de atención a la salud, en la mayoría de los países de la Región se observa que una de las principales razones de la no asistencia a los servicios es debido al maltrato, discriminación, y prácticas médicas que violentan patrones culturales.

2. La construcción de la identidad

La identidad es una noción que se refiere a la adscripción de significados de diferenciación social y étnica que se expresa en principios y reglas de comportamiento⁵,

y lo que distingue la identidad étnica de otras identidades o pertenencias (clase, género, etc.) es la utilización de criterios culturales (concepción del mundo, lengua, modo de vida, etc.). Este se constituye en un trabajo de selección, valorización y organización, que implica el establecimiento de una acción intencional o consciente, como un modo de percepción de sí mismo, y que requiere la existencia de *los otros* ⁶ que permiten así establecer modelos de referencia o de distinción. En este sentido entendemos que la identidad está en permanente modelación, en relación a las situaciones y consecuencias vividas entre los diversos grupos de la población.

En las culturas indígenas el concepto de salud se encuentra estrechamente ligado al proceso de construcción de la identidad debido a la concepción particular del mundo (holística) en la medida en que la persona y la sociedad se encuentran en un estado de armonía con el ambiente (material y espiritual). En este sentido los límites entre salud y enfermedad, no guardan un parámetro universal, pues estos límites son esencialmente establecidos por cada cultura, pues estas definen un sistema particular de significados, de expresión de la salud y enfermedad, y de acción en torno a ellas.

El proceso de construcción socio-histórica de la identidad, debe ser analizado a partir de los eventos históricos que incidieron en forma significativa sobre todos los aspectos de la vida de la población.

La colonización de América realizada por españoles, portugueses, ingleses y franceses, determinó para los indígenas la coexistencia en una situación de opresión. Esta varió entre la coexistencia negociada entre los pueblos indígenas, con intercambios de valores, costumbres, etc. hasta una opresión de tipo genocida⁷. Las situaciones encontradas entre estas variantes marcaron en la identidad indígena: la desconfianza frente al otro, y la necesidad de apoyarse colectivamente al interior del grupo o pueblo de pertenencia.

Resulta necesario destacar el hecho que la población indígena ha sobrevivido dentro de una situación de agresión por más de cinco siglos, dentro de los cuales estructuró sus estrategias de organización y resistencia al proceso de dominación como portador de un proyecto de poder: la colonización, que impuso una formación económica-social basada en el esclavismo y que constituyó para los indígenas una experiencia caracterizada por la pérdida de la superestructura (política/ económica)⁸, la vida de un alto porcentaje de la población, y las tierras (en calidad y cantidad)⁹.

La condición de resistencia, en su concepción más amplia, se constituye como una de las bases estratégicas sociales y culturales de supervivencia de la población indígena; esta tuvo diversas manifestaciones, desde rebeliones y enfrentamientos militares, hasta estrategias de naturaleza adaptativa, que fueron las predominantes, en la medida que fracasaron los levantamientos.

Estas últimas, pueden situarse a varios niveles, en un primer nivel, las respuestas se establecen a través de particulares estrategias sociales, económicas y políticas para enfrentarse con el sector dominante; en un segundo nivel, se perciben como estrategias de comportamiento empleado en las relaciones interpersonales con los miembros del sector dominante¹⁰. En este sentido se puede entender el importante proceso de mestización que se produjo, como también, el mantenimiento y fortalecimiento de la identidad indígena que constituyó un modelo de resistencia, en la medida que el espacio de retirada territorial era limitado.

La identidad se constituye como un elemento central de preservación del poder, en este caso, centrado en un territorio comunal, la preservación de la cosmovisión o concepción del *mundo indígena*, mantenimiento de la lengua, las prácticas médicas tradicionales, vestido, las formas organizativas, la pertenencia a una sociedad y cultura particular con normas y valores que le distinguen del resto de la sociedad nacional.

En el presente se puede observar un proceso de transición en la sociedad indígena, según las áreas geográficas de asentamiento, pues en algunos países se encuentra una dinámica creciente de aculturación, especialmente dado por la creciente migración urbana. Esta se manifiesta en un contexto de "modernización" del Estado, donde el modelo económico de desarrollo nacional dejó parcialmente de sustentarse en la explotación tradicional de la tierra. De otra parte, la población indígena, mostró un crecimiento demográfico durante las últimas décadas (que aumentó la necesidad de disponibilidad de tierra), así como también, diversos niveles de diferenciación social, debido en gran parte a la incorporación de modelos mixtos de economía¹¹.

3. Identidad y organización social

En la actualidad se observa el cambio de los modelos organizativos tradicionales, estableciéndose nuevas estructuras que se orientan a la toma de iniciativas reivindicativas y de acción combinada a diversos niveles (movilización de masas, negociación y disputa

legal). Las declaraciones de reuniones y congresos indígenas¹², en general plantean tres principios fundamentales para la preservación de la sociedad indígena:

- * la disponibilidad de tierra y la preservación de los ecosistemas, entendidos como factores esenciales para el sustento material y espiritual de la población indígena.
- * la revalorización cultural, dentro de lo cual se encuadran las gestiones de oficialización de las lenguas indígenas, y consecuentemente el derecho a la educación en lengua materna, como también, el fortalecimiento y protección legal sobre las prácticas de la medicina tradicional
- * los derechos políticos, como principio básico de la coexistencia con el resto de la sociedad de cada país y con lo cual la identidad indígena se reivindica como una *identidad nacional* (las nacionalidades indígenas) que proponen formas de gobierno y legislación propias articuladas al Estado.

Las organizaciones indígenas se encuentran nucleadas en diversos niveles, de tipo local, microregional (unión de comunidades) regional, o en confederaciones, en muchos casos se ha constituido como organización nacional (como en el caso de Ecuador y Colombia), con establecimiento de redes y vínculos de pertenencia a organizaciones internacionales.

En términos históricos, podemos caracterizar que los indígenas se encuentran en una ofensiva estratégica, que se manifiesta de diversas maneras en los países de la Región. Estas varían entre el cuestionamiento de las condiciones de pertenencia al Estado, tal cual es concebido en la actualidad; la disputa por las reformas constitucionales, y la legislación vigente; la reforma de estructuras de los ministerios y la reformulación de las políticas públicas, especialmente de las áreas de agricultura, educación y salud. Dentro de esta perspectiva se puede observar el crecimiento de la organización de curanderos y parteras de México, denominados Médicos Tradicionales Indígenas.

III. La situación de salud

1. Los indicadores de salud nacionales y la población indígena

Resulta difícil establecer la situación de salud de la población indígena exclusivamente con los indicadores tradicionales utilizados por la Salud Pública, pues estos parten de un principio de conocimiento biomédico que no integra la interpretación cultural de la enfermedad. Los llamados "síndromes de filiación cultural" comprenden un conjunto de patologías definidas e identificadas por la población y que no tienen una correlación con la clasificación internacional de enfermedades, en todo caso la mayoría de ellos son identificadas como "Síntomas y estados morbosos mal definidos" (Categoría XVI, CIE)¹³

De otra parte las estadísticas del sistema público de salud, que se elaboran a partir de consultas médicas e internación hospitalaria, ponen en cuestión el problema del número de recursos humanos de los servicios de salud que trabajan en áreas indígenas, como la disponibilidad de recursos de diagnóstico y la calidad de los mismos.

Finalmente se debe tener en cuenta que en la población indígena, dos eventos fundamentales del ciclo vital, como el nacimiento y la muerte, son principalmente acontecimientos familiares que se desarrollan en el hogar, siendo una mínima parte de ellos asistidos a nivel institucional.

Debe destacarse que la salud indígena se encuentra en íntima relación con el medio ambiente por sus nexos con la cultura material y simbólica, por ello es altamente dependiente de la situación ambiental, agraria o de grandes proyectos que afectan la disponibilidad de la tierra. En este sentido, las categorías de enfermedades definidas por la población parten en gran medida de la simbiosis con la naturaleza, y adquieren un sentido social ya que generalmente tienen una expresión comunitaria, familiar y finalmente individual. La adaptación cultural a la enfermedad hace generalmente que la población, a partir de la experiencia social no clasifique las patologías por género o grupos etarios, o por su expresión orgánica, como se realiza en la medicina occidental, sino a partir de una intrincada trama de multicausalidad. En estas se integran los aspectos de espiritualidad, que constituyen una parte fundamental de los valores y creencias, como también, los aspectos relacionados al comportamiento humano, pues estas se encuentran reguladas por las normas y tabúes sociales. En este caso el sistema de creencias es retroalimentado por un sistema social, que define y caracteriza el tipo y los modos de interpretar la enfermedad, pues la cultura modela las relaciones con el ambiente e

interviene en la selección de los factores considerados como nocivos o benéficos¹⁴.

Al momento se puede realizar una estimación indirecta y parcial de la situación de salud, a partir de datos registrados en algunos servicios de salud rurales o de investigaciones específicas realizadas en comunidades indígenas. A nivel urbano, no se dispone de información específica debido a la falta de identificación de la condición étnica en los registros médicos.

2. Morbilidad y mortalidad

Los datos disponibles de morbilidad y mortalidad, que se encuentran en el anexo I, fueron agrupados por regiones geo-ecológicas (sur, andina, amazónica y bosque tropical, y mesoamérica), debido a que sobre el asentamiento territorial tradicional de los pueblos indígenas, fueron posteriormente trazadas las fronteras de los países. En términos de salud de destacan dos aspectos, pues podemos encontrar diferencias en el comportamiento epidemiológico debido a las características ecológicas y al vínculo de la población con el medio ambiente, mientras que por otra parte la población mantiene vínculos familiares y organizativos independientemente de las fronteras de los países.

Al interior de los grupos indígenas se encuentran diferencias en cuanto al grado de incidencia de las diversas patologías, no obstante, en términos generales y en todas las regiones, se observa la alta frecuencia de enfermedades respiratorias y gastrointestinales, así como de las enfermedades transmisibles y endemo-epidémicas. La tasas reportadas sobre éstas patologías muestran valores considerablemente superiores a las tasas nacionales, y que se asemejan a los índices que se encuentran en los países subdesarrollados (cuadros 1 a 6). Pese al desarrollo de programas nacionales de control de ciertas patologías, se evidencian tasas elevadas de tuberculosis, malaria, chagas, etc. así como las parasitosis y otras enfermedades relacionadas a la salud ambiental.

La reciente epidemia de cólera, evidencia la precariedad de las condiciones materiales de vida y de salud de la población, pues del brote que se inició en el Perú; rápidamente se expandió hacia la mayor parte de los países del continente afectando especialmente las comunidades campesinas e indígenas¹⁵. Las mayores tasas de incidencia y de letalidad en el Ecuador, se observaron en las provincias con alta proporción de población indígena (las tasas de letalidad fueron en Morona 33,3; Bolívar 7,8 y Cotopaxi 7,6)¹⁶.

En la región Amazónica y de bosque tropical húmedo, las enfermedades infecto-parasitarias en población indígena fueron agrupadas en cuatro grupos principales¹⁷, Endémicas (de alta incidencia y baja morbilidad), Enzoóticas (de baja prevalencia con brotes esporádicos), Introducidas (de carácter explosivo y transitorio) e Introducidas (que persisten), destacándose que el comportamiento epidemiológico de las mismas tiene influencia de factores inmunogenéticos y socioculturales. En la población del Distrito Sanitario Yanomami (Brasil) muchas de estas patologías son sujetas al control por inmunizaciones, por ejemplo, la hepatitis B (que se reportó un 79,6% de anti-HBc positivos sobre 290 muestras sanguíneas), así como la Fiebre amarilla silvestre (cuyo programa de vacunación fue discontinuado en 1985).

De otra parte se considera que las numerosas epidemias de sarampión fueron producidas a partir del contagio de *garimpeiros* o buscadores de oro, misioneros, los obreros que trabajaban en las carreteras, y de algunos indígenas que retornaban de internaciones hospitalarias, a éstos últimos se atribuyeron los brotes de sarampión que ocurrieron en 1991 y en enero de 1992¹⁸.

Ante la limitada capacidad de las culturas médicas tradicionales para tratar patologías aportadas desde el exterior de sus sociedades, la poblaciones indígenas han generado comportamientos sociales particulares para enfrentar las epidemias, en el caso de las poblaciones indígenas del bosque tropical húmedo, se observa un comportamiento distinto al de las poblaciones de la sierra, pues ante los primeros casos de enfermedad, la población se dispersa en el territorio generalmente hacia pequeñas áreas de cultivo que se encuentran alejadas de los poblados^{19,20}.

La mortalidad general, como la mortalidad infantil, muestran también cifras que doblan las tasas nacionales. El análisis de causalidad de estos eventos asumen una mayor complejidad debido a la particularidad cultural y social de como se articulan los sistemas de significados y de acción frente a la enfermedad terminal o el propio evento de muerte. Si bien se dispone de la información que muestran cifras significativas, no existe una suficiente información cualitativa que permita una comprensión mayor del problema y el establecimiento de acciones más eficaces.

En términos generales se puede enunciar que estos indicadores expresan una medida de la condición de la vida social, económica y política de los indígenas, dentro del contexto sociohistórico descrito anteriormente. En términos particulares, se requiere un redimensionamiento específico de las variables más significativas, que operan sobre éstos índices. Por ejemplo, en los análisis de mortalidad infantil, el nivel de escolaridad de la

madre se destaca como uno de los factores asociados más importantes, sin embargo la disponibilidad y accesibilidad de la escolaridad formal, encuentran no sólo importantes limitaciones, sino que los contenidos de los programas educativos, en general no son adecuados en cuanto a la contribución de conocimientos útiles para las madres indígenas. Al parecer es más importante la multiparidad de la madre, la presencia de la abuela, la madre de la mujer joven, o la integración de lazos familiares en el hogar, que permiten un mayor conocimiento sobre el manejo de los problemas del niño.

En términos de las culturas indígenas, los eventos de muerte tienen una diferencia significativa respecto al sentido que guarda en las culturas occidentalizadas, mientras que también se destacan los procesos de adaptación cultural a la coexistencia en un medio de mortalidad frecuente. En el proceso de experiencia que la población tiene respecto a la enfermedad terminal, se ha observado un comportamiento activo en cuanto a las consultas previas (curanderos, enfermeras, médicos de los servicios públicos y privados, etc.) relacionados al sexo del niño, la capacidad económica de la familia (para compra de servicios médicos, medicamentos y transporte), y la decisión tomada en el hogar para prolongar o no la vida del niño²¹.

En este contexto pueden situarse las prácticas de aborto e infanticidio, aunque éstas guardan una significancia, expresión y representación cultural más compleja, y que no son bien conocidas al presente.

La cuestión de la identidad cultural juega un rol fundamental en torno a los mecanismos endógenos que cada sociedad pone en movimiento frente a determinados eventos, por ejemplo, podríamos entender que para compensar las altas tasas de mortalidad infantil, determinados pueblos indígenas aumentan su reproducción, pues los adultos calculan que alrededor de la mitad de sus niños llegarán a sobrevivir, lo que se asocia en las lógicas económicas campesinas, a la supervivencia de la familia y de los viejos a expensas del trabajo de los descendientes. Por otra parte la interferencia de acciones, programas o de grupos en la vida social de las comunidades, conllevan el riesgo de desarticular la estructura y los mecanismos sociales y culturales, que limitan o anulan sus propias estrategias de supervivencia. En este sentido llama la atención que en el caso del Paraguay, las comunidades indígenas de la región occidental que residen en misiones religiosas muestran el valor más alto de la probabilidad de muerte en niños entre el nacimiento y los dos años de edad (282‰), comparada con las comunidades no asistidas por proyectos o la población dispersa (252‰ y 248‰) y las comunidades asistidas por proyectos (208,8‰)²².

La situación nutricional ha sido una preocupación de estudio especialmente en las últimas décadas, y aunque no pueden establecerse comparaciones entre países debido a la utilización de métodos de investigación diferentes, se estima en términos generales que la población indígena tiene mayores índices de desnutrición, y sufre más las consecuencias de los problemas carenciales de micronutrientes (en el cuadro 7, se presentan datos seleccionados de la situación nutricional en distintos países de la Región). Sin embargo debe destacarse que entre los indígenas, se encuentran diferencias en cuanto al consumo de proteínas, y hábitos alimenticios según los ecosistemas en que habitan. En distintos estudios realizados en la región amazónica de Ecuador, Colombia y Venezuela se muestra que los indígenas han desarrollado particulares estrategias para la captura de proteínas vegetales y animales, así como la producción de cultivos, lo que les permite obtener una dieta más completa y balanceada en un medio que presenta condiciones adversas debido al clima y a la pobre fertilidad de los suelos²³.

3. La situación de salud y los factores del contexto

En el contexto amplio de las sociedades nacionales, los indígenas encuentran un conjunto de restricciones para el desarrollo de su salud y bienestar, éstas se encuentran asociadas al tipo de relaciones interétnicas y a la posición social y cultural que ocupan como sector de la sociedad.

En primer lugar se destaca que los modelos de desarrollo implementados en la mayoría de los países, no han beneficiado a las poblaciones indígenas como al conjunto de la población. En muchos casos las políticas agrícolas de cultivo intensivo, la extracción de recursos naturales, y la pesca depredadora, han afectado de manera significativa la disponibilidad de alimentos, la posesión de tierras y han provocado la depredación del medio ambiente que no sólo han afectado la salud, sino también la propia subsistencia de las comunidades.

La obras del Estado en infraestructura social, como las escuelas, centros de asistencia de salud, y particularmente la construcción de sistemas de abastecimiento de agua potable y eliminación de excretas han tenido una menor inversión que en otros sectores de la población. (Véase en el cuadro 8, la cobertura de abastecimiento de agua y saneamiento rural).

Las poblaciones durante milenios se mantuvieron en una situación de completa autosuficiencia, habiendo desarrollado su propio estilo de vida y cultura sin necesidad de

asistencia externa²⁴, la pérdida del control de la tierra y del conjunto de los recursos naturales, que pasaron a ser explotados para el desarrollo moderno basado en la industrialización, se produjo dentro del contexto de una situación de dependencia económica, política y social. La ideología subyacente en este modelo, se opone sustancialmente a los principios de uso de la tierra y manejo social del medio ambiente realizado por los indígenas. En la Conferencia Técnica de las Naciones Unidas sobre experiencia práctica en el logro de un desarrollo autónomo sostenible y ecológicamente idóneo para las poblaciones indígenas (Santiago de Chile, 18-22 de mayo 1992) se planteó la revalorización del conocimiento tradicional de los pueblos nativos para elaborar nuevos modelos para el uso de recursos naturales. Uno de los modelos importantes es el llamado "agricultura nómada" desarrollado en los bosques tropicales, para el cultivo de especies domesticadas y semi-domesticadas de una vasta variedad de plantas usadas para alimentación, medicina, fertilizantes y pesticidas. Dentro de éstos últimos se destacó el uso de insectos realizados por los Aztecas para el control de ciertas plagas de los árboles frutales²⁵. Finalmente se destaca un hecho que ejemplifica las relaciones de poder y economía, entre el modelo industrial y la posición ocupada por los indígenas, pues los derechos de propiedad y las patentes de productos son realizados por grandes compañías sin contemplar alguna participación o beneficios a los pueblos que originalmente realizaron los descubrimientos²⁶.

Un segundo aspecto de importancia para la salud pública, es el problema de la violencia. Dentro de éste fenómeno, que se ha agudizado en las últimas décadas, podemos identificar dos tipos de violencia: la violencia política y militar, que ha generado el desplazamiento de grandes contingentes de población, y la lucha por la disponibilidad de la tierra.

En el primer caso, se destacan los casos de Guatemala, El Salvador y Perú. En Centroamérica se calcula que entre un 7 al 10% de la población total (alrededor de 2 millones de personas) han debido migrar como refugiados, por razones políticas y de violencia²⁷. En Guatemala se produjo el desplazamiento interno de la población de alrededor de la novena parte de la población total, en su mayoría indígenas de la región sur-occidental y nor-occidental del país²⁸. En El Salvador, se considera que a raíz de la guerra, en la población desplazada se observó que las tasas brutas de mortalidad fueron tres veces más altas que la población no desplazada (21%o contra 6,9%o, el porcentaje de defunciones en niños menores de 5 años también es mayor para el grupo de desplazados (28,3% contra 26,8%)²⁹. En el Perú, aunque no existen cifras exactas, se calcula en 200 mil personas que han sido forzadas a dejar su hogar a causa de la

violencia política, siendo la mayor parte campesinos e indígenas de la sierra sur y centro, de los cuales el 60% han migrado a la ciudad de Lima. Más del 50% son menores que tienen serios problemas de nutrición, enfermedades infecciosas y traumas psicológicos³⁰.

Los conflictos por la tierra, que se han presentado a lo largo de la historia de los pueblos indígenas, en la actualidad este problema continúa como un proceso que incide especialmente en la mortalidad masculina, a manera de ejemplo se cita el caso del Brasil, con mayor incidencia en los pueblos amazónicos, y en las comunidades Páez de Colombia³¹.

Un tercer aspecto se refiere a las grandes obras de interés nacional o sub-regional, como las represas hidroeléctricas. Estos proyectos de gran escala realizados en México y Brasil³² como en otras partes del mundo generó un conjunto intrincado de problemas, que parten de consecuencias inmediatas como la inundación de áreas pobladas, o de territorios de cultivo o caza, la relocalización compulsiva y sin opciones de la población afectada, y los referentes a la población anfitrion y territorio inmediato para los desplazados. La relocalización constituye un proceso "dramático" con efectos traumáticos para la población desplazada, según Scudder (1977) el "estres multidimensional de relocalización" genera una crisis de identidad sociocultural que hace que la gente se cuestione la eficacia y validez de sus mecanismos adaptativos tradicionales, en lo que hace a la capacidad de éstos para proteger sus hogares, su comunidad y su estilo de vida. El desarraigo genera un efecto inmediato de desorientación respecto a la carencia de objetivos realizables y a la consecuente apatía motivacional o anomía. El súbito incremento en el nivel de fuentes de incertidumbre, coloca en estado de crisis a todo su esquema de supervivencia, excediendo con frecuencia su capacidad de respuesta. La relocalización desestructura la red de relaciones sociales que fueron construídas a través del tiempo, y que son vitales para la ayuda mutua y el flujo de recursos, se impacta las estructuras de liderazgo y poder local, y finalmente a las personas como seres sociales³³.

IV. Respuestas sociales al problema de la enfermedad

1. Las iniciativas de las políticas oficiales de salud

Las organización de sistemas oficiales de salud y sus políticas se encuadran sobre un marco de referencia de la organización institucional de los países; bajo el enunciado de que el Estado asume la responsabilidad de promover y atender la salud de la población. Sin embargo se considera que la gran mayoría de los 140 millones de personas que aún no tienen cobertura de servicios públicos de salud en la Región, son indígenas.

Efectivamente, el déficit de infraestructura en servicios de salud, de recursos humanos y de tecnología médica disponible en áreas indígenas, fue tratado de ser compensado en los últimos 15 años, mediante la estrategia de Atención Primaria de Salud, y en la actualidad se realizan esfuerzos para desarrollar los Sistemas Locales de Salud. No obstante, y como hemos visto anteriormente, el perfil de la morbilidad y mortalidad no han tenido cambios en su estructura.

Resulta aún más difícil superar, el conjunto de factores del contexto político, económico y social, que actúan como determinantes del problema de enfermedad entre los indígenas, pues esto implica el compromiso y la voluntad política de los gobiernos en tomar un conjunto de decisiones y acciones que superan el campo de acción tradicionalmente delimitado al sector salud.

2. Las respuestas populares a los problemas de enfermedad

En base a los sistemas de significados y expresión de la enfermedad, la población ha desarrollado históricamente sus prácticas de salud en el contexto de las llamadas culturas médicas tradicionales, y específicamente ha estructurado los llamados Sistemas no Formales de Salud³⁴.

Estos sistemas evidencian que la medicina tradicional indígena está plenamente vigente y no se trata de un vestigio cultural en vías de desaparición, por el contrario, su tendencia histórica demuestra su capacidad de adaptación a la dinámica de los cambios introducidos en el proceso de modernización y su permanencia a pesar de la introducción vertical de la medicina occidental. Esta tendencia de la medicina tradicional se sustenta en el poder real y el poder simbólico que le otorga la comunidad y que es la base de legitimación de este sistema.

El Sistema no formal es un nivel de organización estructural y funcional, que dispone de recursos humanos y tecnológicos propios, orientado a prestar servicios con una aproximación propia de la concepción cultural de la salud y enfermedad; los curanderos y parteras realizan la interpretación de la causalidad de enfermedad, señalan un pronóstico, y actúan mediante procedimientos especiales como los rituales, hierbas medicinales y aún medicamentos farmacéuticos, para modificar el curso de la enfermedad.

Es un sistema abierto, de carácter participatorio, con identidad propia, con gran capacidad de adaptación y de poca dependencia exterior, también se observa que tiene una gran accesibilidad económica, pues es regulado social y económicamente por la comunidad.

Este sistema presenta limitaciones para resolver numerosas patologías sobre la cual las culturas indígenas no han desarrollado una experiencia suficiente, muchas de ellas son de tipo infecto-contagiosas y de carácter endemo-epidémicas, que tienen alta incidencia en la mortalidad de la población.

Desde el punto de vista social, se ha observado que a medida que la situación de salud ha aumentado su deterioro en las últimas décadas, la población indígena ha dinamizado sus respuestas organizativas en el campo específico de la salud. Hacia fines de los años 70, en algunos países de la Región, se comienzan a estructurar diversas organizaciones de curanderos, y que en la actualidad asumen el nombre de Médicos Tradicionales, como también, se incorporan un conjunto de reivindicaciones de salud ante los gobiernos, especialmente por las organizaciones indígenas que tradicionalmente se limitaban a la lucha por la tierra o sus derechos en general.

La experiencia de los Médicos Tradicionales que se desarrolla en México³⁵, muestra un nuevo tipo de proceso en la medida que se ha establecido una voluntad de aproximación entre los Sistemas No Formales y los Sistemas Formales de Salud, se ha desarrollado un esfuerzo colaborativo entre instituciones del Estado y las organizaciones populares, y especialmente se han puesto en marcha experiencias conjuntas, tanto en la atención médica, como en programas específicos (tuberculosis, tracoma, etc.) gestados en el Ministerio de Salud, pero modificados por la población durante la ejecución conjunta.

V. Conclusiones

De la información disponible, y que se presenta parcialmente debido a las limitaciones del presente documento, se puede llegar a las siguientes conclusiones:

- * Debido a las limitaciones de los registros de episodios de enfermedad, como de las cifras nacionales de población indígena, y de los eventos vitales, se concluye que en la actualidad hay un conocimiento parcial sobre la verdadera dimensión del problema de la salud - enfermedad entre los indígenas.
- * No obstante, a partir de los datos disponibles, se estima que los indígenas presentan condiciones de salud, que se encuentran en peor situación al interior del conjunto de los sectores sociales de cada país. En los casos en que la población indígena es mayoritaria, como en el caso de Bolivia y Guatemala, las cifras nacionales muestran significativas diferencias con el estado de salud general de los otros países.
- * Los datos de morbilidad muestran que las principales patologías son debidas a enfermedades infectocontagiosas pasibles de control mediante acciones de prevención o atención médica a las personas. Las epidemias tienen consecuencias más letales, como lo muestran el sarampión y el cólera. En general se mantiene un perfil que no muestra la transición epidemiológica observada en la población general, como también se observa que el perfil y la magnitud de la morbimortalidad se mantienen dentro de los indicadores del subdesarrollo.
- * Si bien se muestra una tendencia al descenso de las tasas de mortalidad, en la población general, las cifras mostradas en la población indígena se mantienen todavía con una gran diferencia de los otros sectores sociales.
- * Una parte importante dentro del proceso de la mortalidad de los indígenas, se encuentra asociada a factores del contexto de violencia, que superan las capacidades del sector salud, y que implica la búsqueda de soluciones no sólo a las políticas de los Estados, sino también a todos los sectores de la sociedad nacional y sus instituciones.
- * La población se encuentra en medio de las peores condiciones de infraestructura social y de salud, tienen menor cobertura en los tres niveles de atención, pese a los

esfuerzos realizados mediante la Atención Primaria, mientras la crisis se profundiza en el 2º y 3º nivel de atención por el aumento de los costos y la disminución relativa de las inversiones en el sector.

- * Existe la dificultad de contar con recursos humanos profesionales en salud capacitados para trabajar en poblaciones indígenas, en gran parte debido a la formación universitaria que no contempla en sus planes de formación los aspectos esenciales de la concepción de la vida y salud indígenas. Mientras que se profundiza la tendencia a la práctica profesional encuadrada dentro de una economía de mercado que continúa a concentrar los recursos humanos en las ciudades.
- * Los servicios que prestan asistencia a las poblaciones indígenas no han superado los problemas de accesibilidad, especialmente económica y cultural. Dentro de éstas últimas se observan las prácticas de discriminación racial, y a la continuidad del establecimiento de una relación profesional - paciente es caracterizada por los indígenas como de agresión cultural.
- * Las políticas de salud, en general, tienden a ignorar las particularidades culturales de la población indígena, que históricamente han sido consideradas como un obstáculo o "barrera" para las acciones de salud, no obstante en algunos países de la Región se observa una nueva tendencia de apertura institucional y la búsqueda de una reformulación de las políticas dirigidas a las poblaciones indígenas.
- * Las organizaciones indígenas se han pronunciado por una nueva relación colaborativa, e incluso han ofrecido establecer acciones conjuntas para controlar epidemias, como en el caso del cólera, o generar programas a largo plazo, dentro de un marco institucional de reconocimiento y respeto mutuo. En muchos casos que las autoridades de salud mantienen su reticencia, las organizaciones indígenas, han iniciado la gestión de búsqueda de apoyo en diversas instituciones nacionales e internacionales para el desarrollo de planes de salud.
- * Los Médicos Tradicionales han demandado una mejor capacitación para la atención de la salud dentro de un marco de intercambio de conocimientos, del reconocimiento de la especificidad de sus prácticas, y de la definición conjunta de planes de estudio, programas y acciones.

REFERENCIAS

- ¹ Estos países fueron: México, Guatemala, Ecuador, Perú y Brasil (visitados durante los meses de abril y mayo de 1992).
- ² El II Congreso Nacional y I Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas, se realizó en México D.F., entre el 11 y el 15 de agosto de 1992, donde participaron representantes de 52 organizaciones de Médicos Tradicionales Indígenas de México que agrupan a más de 4.000 practicantes de la medicina tradicional indígena, como también delegados de organizaciones de diversos países latinoamericanos (Chile, Argentina, Bolivia, Perú, Ecuador, Colombia, Guyana, Panamá, Honduras, Belize y Guatemala) y de EE UU (Arizona).
- ³ Si bien algunos países de la Región han integrado datos sobre la población indígena en los censos nacionales, la definición y los criterios adoptados por los países para identificar y definir a la población indígena no guardan unanimidad, en la mayoría de los casos se estima que existe un importante subregistro. Existen diversos trabajos realizados por antropólogos y demógrafos que han realizado estimaciones de la misma durante las últimas décadas, no obstante las cifras muestran importantes variaciones.
- ⁴ Se destaca que la 76ª Conferencia Internacional del Trabajo (junio de 1989) estableció el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales, que revisó normas anteriores de la OIT, especialmente el Convenio 107 (de 1957), y que se aplica a los pueblos indígenas de países independientes cuyas condiciones sociales, culturales y económicas los distinguen de otros sectores de la colectividad nacional y a aquellos pueblos de países independientes considerados indígenas por su descendencia. Los conceptos básicos del convenio plantean el respeto a la cultura, la religión, la organización social y económica y la identidad propia: la premisa de la existencia de los pueblos indígenas y tribales. La Conferencia observó que en muchas partes del mundo estos pueblos no gozan de los derechos humanos fundamentales en el mismo grado que el resto de la población, reconociendo sus aspiraciones a asumir el control de sus propias instituciones, de su forma de vida y de su desarrollo económico. Entre otros aspectos, el capítulo sobre tierras se reconoce la relación especial que tienen los indígenas con las tierras y territorios que ocupan o utilizan de alguna manera y, en particular, los aspectos colectivos de esa relación. Se reconoce el derecho de propiedad y de posesión de las tierras que tradicionalmente ocupan, como también, se destacan los derechos de estos pueblos a los recursos naturales existentes en sus tierras que deberán ser protegidos, comprendiendo el derecho a participar en su utilización, administración y conservación de dichos recursos. El convenio incluye entre otros aspectos: la contratación y condiciones de empleo, la formación profesional, la promoción de artesanías e industrias rurales, la seguridad social y la salud, educación, contactos y cooperación a través de las fronteras.
- Los gobiernos de la Región, han tenido diversas posiciones frente al Convenio, la mayoría de ellos no se han pronunciado al respecto, mientras que en 1991 el Congreso de Colombia, aprobó el Convenio 169 mediante la Ley 21, y en 1992 el gobierno de México modificó el primer párrafo del Artículo Cuarto Constitucional, para reconocer el carácter pluricultural de la nación mexicana, y adquirir el compromiso de que la ley proteja y promueva la cultura de los pueblos indígenas y el desarrollo de sus recursos, así como garantizarles el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En Honduras, en 1989 se propuso la discusión del anteproyecto de ley "Ley de protección de las etnias autónomas de Honduras" al Congreso Nacional, mientras que en el Brasil, en 1992, se presentó al Congreso Nacional un Proyecto de Ley que dispone sobre el "Estatuto dos Povos Indígenas". El gobierno chileno creó la Comisión especial de Pueblos Indígenas, en mayo de 1990, dos Mensajes del Ejecutivo se encuentran actualmente en discusión en el Congreso, estos contienen disposiciones no sólo sobre tierras, sino también sobre los pueblos indígenas que habitan las áreas urbanas y rurales, reconociendo su identidad, especificidad y autonomía, además de valorar la cultura nativa; de otra parte, se propone crear la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, y desarrollar la educación intercultural bilingüe en áreas de alta concentración de población indígena.

⁵ Rodriguez Brandão, Carlos "Identidade & etnia: construção da pessoa e resistência cultural" Editora Brasiliense. São Paulo, 1986.

⁶ Beaucage, Pierre "Structures de domination et mouvements indiens: éléments pour un cadre théorique". Brochure. Département d'anthropologie, Université de Montréal, Montréal 1990.

⁷ Se calcula que "...para las islas mayores y menores y los territorios descubiertos y conquistados hasta 1542, murieron alrededor de 15 millones de indios cuyas dos causas principales fueron las guerras sangrientas y la cruel servidumbre" (Fray Bartolomé de las Casas "Brevisima relación de la destrucción de las Indias", Edición de André Saint-Lu, 2ª edición. Ediciones Cátedra, Madrid 1984). En la región del Caribe la población indígena fue controlada y diezmada en los primeros años de la colonización, mientras que en el caso de la región Andina, en el antiguo territorio del Tahuantinsuyo, "...hacia 1600 se calcula que sólo quedó un 20% de la población, alrededor de 3 millones de indígenas" (Zubritzky, Yuri "Los Inkas- Kechuas" Editorial Progreso, Moscú 1979). En Venezuela, se calcula que existía un centenar de sociedades diferentes (durante el periodo de contacto con los españoles), de las cuales sólo se encuentran 34 en el presente. (Robles, Alexis "Algunos items y respuestas sobre población y salud indígena" OPS, Caracas 1992).

En el Brasil, los indígenas en su gran mayoría migraron hacia el interior del país desde los primeros asentamientos coloniales, debido al esclavismo impuesto por los portugueses. Hacia 1619, sólo en la región de Maranhão (al norte del país) se estimaba a más de 500 mil el número de muertos y esclavos (Passos Guimarães, Alberto "Quatro séculos de latifúndio" Coleção Estudos Brasileiros, 5ª Edición, Ed. Paz e Terra, Rio de Janeiro, 1981). La persecución alcanzó a los indígenas en los propios reductos amazónicos: a partir del siglo XVI las expediciones para la búsqueda de oro, en la región de Guayana, establecieron colonias en el Alto Orinoco-Río Negro, que al menos durante dos siglos se establecieron campos de esclavos (Pineda Camacho, Roberto y Alzate Angel, Beatriz "Los meandros de la Historia Amazónica", vol. 25, Colección 500 años. Ediciones Abya-Yala, Quito, 1990). Las dificultades para el control de la población indígena indujo a los portugueses a la trata de esclavos, se calcula la introducción de un total de 18 millones de africanos, entre los siglos XVI y XVII. (Saldanha, Pedro "Mistura de raças, mistura de genes" *en* *Ciência Hoje*, vol. 9, Nº 50, Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência, Janeiro/Fevereiro 1989, São Paulo). Se calcula que de los 5 millones de indígenas que había a comienzos del S. XVI, hoy se encuentran alrededor de 200 mil (Pira, Vincenzo "La situazione indigena nell'A.L. di oggi" *en* Amodio, Emmanuele y Pira, Vincenzo *Volontariato e questione indigena in América Latina i programmi del MLAL*, Nº 117, noviembre 1984, Verona).

⁸ El colonialismo al importar el modelo feudal europeo estableció diversas estrategias de control de la población, los españoles (en mesoamérica y la región andina) yuxtapusieron un sistema de poder (del Rey y de la Iglesia) que reemplazaron las estructuras institucionales y sistemas de articulación socio-económicos preexistentes de las sociedades indígenas.

⁹ En el territorio argentino la explotación de la pampa húmeda comienza luego que la milicia nacional liquida "el problema indígena" (hacia 1880). Esta región estaba ocupada por tribus pastoriles nómades como los querandíes, pampas, puelches, ranqueles, tehuelches, etc. que fueron diezmados y los pocos sobrevivientes rechazados hasta las regiones más remotas de los Andes patagónicos. (Borón, Atilio y Perogaro, Juan "Las luchas sociales en el agro argentino" en Gonzáles Casanova, Pablo *Historia de los campesinos latinoamericanos*, vol. 4, Instituto de Investigaciones de la UNAM, Siglo XXI Editores, 1ª edición, México 1985). Bartolomé Mitre, uno de los artífices de la campaña militar, argumentaba que "Las tribus salvajes son una gran potencia respecto de nosotros, una república independiente y feroz en el seno de la República. Para acabar con este escándalo es necesario que la civilización conquiste ese territorio; llevar a cabo un plan de operaciones que dé por resultado el aniquilamiento total de los salvajes. El argumento acerado de la espada tiene más fuerza para ellos, y éste se ha de emplear al fin hasta exterminarlos o arrinconarlos en el desierto." (Bartolomé Mitre, "La guerra de Frontera", periódico *Los*

Debates, Buenos Aires, 29 de Abril de 1852, citado por Manuel Fernández López, en *Historia Integral de Argentina*, vol. 4, Buenos Aires, Centro Editor de América Latina, 1971)

¹⁰ Casagrande, Joseph "Estrategias para sobrevivir: los indígenas de la sierra del Ecuador" *América Indígena*, vol. XXXVI, Nº1. México, 1976.

¹¹ Estos modelos presentan diversas modalidades dentro de un amplio espectro, en el que se sitúan desde las llamadas economías campesinas, y al interior de ella la *economía familiar comunera*, a las economías monetarias. La economía comunal hace referencia a la organización de la producción y trabajo que se realiza mediante un sistema de interrelaciones entre familias comuneras, teniendo como resultado el *efecto comunidad*, este efecto es el conjunto de beneficios económicos (productivos, ingresos y bienestar) superiores al de las familias individuales. (González de Olarte, Efraín "Economía de la comunidad campesina: aproximación regional" Instituto de Estudios Peruanos, 1ª Edición, Lima, 1984). En el medio urbano gran parte de la población indígena se encuentra inmersa dentro las llamadas "economías informales" o "sector informal urbano".

¹² Encuentro de Organizaciones Indígenas de México y Centroamérica, Puxmetacán, México 1980; Primer Congreso Indígena Nacional de Colombia, Bosa 1981; Declaración de los Pueblos Indígenas de Chile, Santiago de Chile 1989; Declaración del Primer Congreso Nacional Indio de Venezuela; Noveno Congreso Indio Interamericano, Santa Fé, Nueva México 1985; Cuarta Asamblea General del Consejo Mundial de Pueblos Indígenas, Panamá 1986; Declaración de Quito y Resolución del Encuentro Continental de Pueblos Indígenas, Quito 1990; II Congreso Nacional y I Encuentro Continental de Médicos Tradicionales Indígenas, México 1992.

¹³ Entre las principales patologías se encuentran: el hechizo, el mal viento, el susto y espanto, el ojeado, el empacho, etc. (Pedersen, D.; Coloma, C.; Baruffati, V. "Salud y enfermedad: la perspectiva transcultural y el enfoque sistémico" en Mazzáfero, Vicente *Epidemiología y Salud Pública*, Buenos Aires 1982).

¹⁴ Bibeau, Gilles "Anthropologie des problèmes médicaux (Cours ANT3055)". Département d'anthropologie, Université de Montréal, Montréal 1990.

¹⁵ De los 600 casos registrados en Perú, el 5 de febrero de 1991, éstos llegaron a 139.541 casos el 10 de abril del mismo año, mientras que el 28 de febrero se identificaron casos al sur del Ecuador, que hasta el 2 de noviembre se reportaron 40.465 casos en todas las provincias, excepto en la provincia de Napo (Datos del Ministerio de Salud del Perú y del Ministerio de salud Pública del Ecuador). En diciembre de 1991, en el Brasil, la União de Nações Indígenas lanzaba un alerta sobre el riesgo que corrían los 25.000 Tikuna, pues se empezaron a detectar casos de cólera en la Amazonía (Terena, M "Cholera reaches the Amazon" *Third World Resurgence* 16:8 1991).

¹⁶ La letalidad de la epidemia en el Ecuador fue de 1,65 fallecimientos por cada 100 casos, siendo que la gran mayoría de ellos (62%) fueron extrahospitalarios (en el Perú, durante los tres primeros meses de la epidemia llegó a tener una tasa de letalidad de 10 en la provincia de Pasco) De otra parte, en las comunidades indígenas "...las muy deficientes condiciones sanitarias, sumadas al hacinamiento, determinaron la vigencia de transmisión intrafamiliar de persona a persona; los factores culturales fueron influyentes como el caso del contagio masivos por comidas preparadas en festividades religiosas y funerales como lo demostró otro estudio..." (Sempértegui, R y García, L. "Cólera" en Sempértegui, R; Naranjo, P. y Padilla, M. "Panorama Epidemiológico del Ecuador" Ministerio de Salud Pública / UNICEF, Quito 1992)

¹⁷ Black, F. L. "Infectious diseases in primitive societies", *Science*, vol. 187: 515-518, 1975.

¹⁸ El problema de la vulnerabilidad inmunológica de las poblaciones indígenas aisladas, ha generado un debate debido a los estudios que mostraban la reducción del potencial de respuesta inmunológica. No obstante, Neel en 1970 estudió la conversión serológica en Yanomamis vacunados contra el sarampión, que no mostraron diferencias en la producción de anticuerpos, comparadas con la población de etnia caucásica, concluyéndose que más que los aspectos genéticos, son los factores socioculturales que generan las condiciones que producen la muerte por sarampión. (Neel, J. et al. "Notes on the effect of measles and measles vaccine in a virgin soil population of South-American Indians" *American Journal of Epidemiology* (4) 91: 418-429, 1970, citado en "Primeiro Relatório do Distrito Sanitário Yanomami: Avaliação das Atividades e Diagnóstico de Saúde" Fundação Nacional de Saúde, Brasília 1991)

¹⁹ Pedersen, D.; Coloma, C. "Perspectivas de Salud, Organización Social y Modelos de Comportamiento: Estudios de Caso en la Amazonía, Sierra y Costa del Ecuador" OPS, Quito 1984.

²⁰ "Primeiro Relatório do Distrito Sanitário Yanomami: Avaliação das Atividades e Diagnóstico de Saúde" Fundação Nacional de Saúde, Brasília 1991.

²¹ Pedersen, D.; Coloma, C.; Pérez, P y Landázuri, H. "Estructura de los Sistemas No Formales de Salud" vol. I y II, Programa de Antropología para el Ecuador, Quito 1979.

²² "Censo y estudio de la población indígena del Paraguay, 1981" Instituto Paraguayo del Indígena, Asunción 1982.

²³ Pedersen, D.; Coloma, C. "Perspectivas de Salud, Organización Social y Modelos de Comportamiento: Estudios de Caso en la Amazonía, Sierra y Costa del Ecuador" OPS, Quito 1984.

²⁴ Haimendorf, C. von F. "Recent developments in the position of India tribal populations", en Deogaonkar, G. S. *Problems of Development in the Tribal Areas*, New Delhi, Leeladevi 1980.

²⁵ Possey, D. A. "Ways and means of strengthening sustainable and environmentally sound self-development of indigenous peoples" Background paper, United Nations Conference on Practical Experience in the Realization of Sustainable and Environmentally Sound Self-Development of Indigenous Peoples, Santiago 18 - 22 Mayo 1992.

²⁶ Se calcula en 43 mil millones de dólares el valor anual de mercado de fármacos producidos a partir de plantas medicinales descubiertas por los pueblos indígenas, a los que se adjuntan otros miles de millones de dólares producidos por las ventas de variedades de cosechas "seleccionadas, nutridas, mejoradas y desarrolladas por innovaciones de agricultores del Tercer Mundo, durante cientos o miles de años" *South*, Setiembre 1989:95.

²⁷ Conferencia Internacional sobre Refugiados Centroamericano. Los desplazados, refugiados y repatriados en el marco del desarrollo económico y social de centroamérica. Guatemala, mayo de 1989, citado en "Las Condiciones de Salud en las Américas" Publicación Científica N° 524, vol I:22. Organización Panamericana de la Salud, Washington 1990.

²⁸ Según el UNICEF la población desplazada alcanza a 500.000 personas, mientras que la Iglesia Católica la estima en 1 millón. Cerca de 42.000 guatemaltecos se vieron obligados a ubicarse en México bajo el estatus de refugiados ("Análisis de situación del niño y la mujer" UNICEF - SEGEPLAN, Guatemala, 1991), mientras, se calcula que 75.000 indígenas han sido muertos a causa de la violencia, en los últimos 30 años. En la región Quiché, centenas de pueblos han sido quemados y evacuados por el ejército, acusados de apoyar a las guerrillas y como una práctica dentro de la estrategia antisubversiva, la población se dispersó en las montañas creando las llamadas *comunidades por la vida*. Según Monseñor Cabrera, "...el indígena, por el simple hecho de ser indígena está expuesto a una voluntad de exterminación."

(Documental en video "10 ans de fuite", programa Nord - Sud, realizadora Micheline Di Marco, Producción Alba Films / Radio Québec, junio 1991).

²⁹ "Las Condiciones de Salud en las Américas" Publicación Científica N° 524, vol II: 144. Organización Panamericana de la Salud, Washington 1190.

³⁰ Una encuesta entre 200 personas desplazadas de Huancayo revela que el 36% han presenciado el asesinato de un familiar, mientras que otro 30% han sufrido abusos físicos como maltrato y torturas, o han sido amenazado de muerte. El caso actual de los Asháninkas, en la selva central del Perú, ejemplifica la complejidad de la situación donde las fuerzas armadas, Sendero Luminoso, los comités de defensa civil, y el ejército Asháninka (conformado en 1989 para expulsar los militantes del MRTA de la selva central) pelean por el control del territorio. Kirk, Robin "Los desplazados del Perú" *Quehacer*, Enero - febrero de 1992, Lima.

³¹ El Conselho Indigenista Missionário, en su informe "A violência contra os povos indígenas em 1991" Brasília 1992, describe el aumento de la tendencia de la mortalidad masculina debido a asesinatos (entre 1988 y 1991 fueron asesinados 86 indígenas de diversas comunidades) asociados a la posesión de la tierra, especialmente por invasores como los *garimpeiros* o buscadores de oro, empresas agropecuarias o madereras, y mineras. En el Estado de Roraima, es donde se produjeron más agresiones, en 1991 hubo 180 invasiones, con instalación de haciendas y tres aglomerados de población, que sirven de apoyo a los *garimpeiros*. El Consejo estima que existen intereses políticos que facilitan todo tipo de violencia contra las comunidades indígenas, pues muchas invasiones cuentan con apoyo de policías y civiles armados; en este contexto también se contabilizan 9 casos de tentativa de asesinato, y 14 amenazas de muerte, realizadas a líderes y 7 comunidades indígenas de los Estados de Roraima, Maranhão, Amazonas, Río Grande do Sul, Pernambuco y Acre.

En el caso de las comunidades Páez, que habitan la región surandina en Colombia, se ha registrado entre 1986 y 1991 un total de 303 muertes, evidenciándose un número creciente de muertes masculinas debido a episodios de violencia derivados de conflictos por la posesión y uso de la tierra, entre ellos se destacan los conflictos sostenidos con narcotraficantes que buscan imponer el cultivo intensivo de la coca y la amapola, en las tierras indígenas. Tavares, E "La mortalité chez les indiens Páez, du Resguardo de Jambaló en Colombie", Memoria de Maestría en Antropología, Universidad de Montréal, Montréal 1992.

³² Los estudios sobre los efectos fueron realizados por McMahon, D. (1973), Barabas, A. y Bartolomé, L. (1973), Partridge, A.; Brown, A. y Nugent J. (1982) sobre la represa Alemán, del río Papaloapan, en México. Coelho dos Santos, S. y Aspelin, P. L. (1978; 1981) realizaron los análisis prospectivos de las consecuencias de las represas de la cuenca del río Uruguay en Brasil sobre las poblaciones aborígenes del área.

³³ Bartolomé, L. "Aspectos sociales de la relocalización de la población afectada por la construcción de grandes represas" en Efectos Sociales de las Grandes Represas en América Latina, Centro Interamericano de Desarrollo Social - OEA; Instituto Latinoamericano de Planificación Económica y Social - ONU, 1985.

³⁴ Pedersen, D.; Coloma, C. "Traditional Medicine in Ecuador: The Structure of Non-Formal Health Systems" en *Social Science & Medicine*, vol. 17 N° 17, Pergamon Press, Gran Bretaña.

³⁵ El Instituto Nacional Indigenista de México, desarrolla en la actualidad una importante experiencia en la implementación de un Sistema Local de Salud, en la cual participan alrededor de 300 Médicos Tradicionales y en la que prestan atención de salud de manera conjunta con médicos del sistema formal de salud. En el área del Hospital de base, se cultivan plantas medicinales y se elaboran productos farmacéuticos. En pocos meses se produjo un aumento significativo de la cobertura regional, y se retomaron, modificaron e implementaron programas sobre patologías específicas, que tienen en la actualidad una mayor eficacia que la obtenida anteriormente.

ANEXO I

Cuadro 1. Principales datos de salud y enfermedad de la población indígena según diversos estudios, en países seleccionados del Cono Sur.

Pais	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Tasas	Tipo	Total Pais
ARGENTINA(1)	Matacos, Chorotes, Chunupis y Tobas	1979-1980	Enfermedades respiratorias	37,90%		
			Enfermedades gastrointestinales	15,00%		
			Infecciones de piel	8,70%		
			Enf. Ginecológicas y obstétricas.	14,80%		
			Desordenes musculo-esqueléticos	5,90%		
			Otras enfermedades	17,70%		
CHILE (2)	Aymara	Fines de 1970 a inicios 80'	Chagas	14,10%	Ind. de Infec. de vivienda	
	Atacameños			12,50%	Serología positiva	
		inicios 80'		33,80%	Ind. de Infec. de vivienda	
				10,00%	Serología positiva	
	Aymara	inicios 80'	Hidatidosis	100	por 100.000 habitantes	7
	Pehuenche (Comun. Lonquimay)			48	por 100.000 habitantes	7
	Pehuenche (población femenina)	1968	Bocio	50%		
	Aymara (pobl. femenina Parinacota)	1990	Sífilis	5%	por 100.000 hab.	7
		1990	Candidiasis	26,30%		
		1990	Tricomoniiasis	3,70%		
	Rapa-nui	1992	Lepra	26,10%	Serología positiva	
	Mapuche (n=405 muestras) (3)	1991	HTLV-I	0,70%	Serología + WB o RIPA	
		1991	HIV-I	0,00%	Serología positiva ELISA	
	Mapuche	1975-1980	Esperanza de vida al nacer	59	años	
		1988		63	años	71
	(Reducciones indíg. seleccionadas)	1985	Mortalidad Infantil	45	por mil nacidos vivos	20

1. Brett, Mary T. "Primare care and the Pattern of Disease in a Rural Area of the Argentina Chaco" PAHO Bulletin, vol. 18, n° 2, 1984. Washington.

2. Medina Cárdenas, Eduardo "Pueblos Indígenas y Salud en Chile" Organización Panamericana de la Salud, Santiago de Chile 1992.

3. Inostroza, J.; Díaz, P y Saunier, C. "Prevalence of Antibodies to HTLV-I in South American Indians (Mapuches) from Chile" in Scandinavian Journal of Infectologies Diseases 23:507-508, 1991

Cuadro 2. Principales datos de salud y enfermedad de la población indígena según diversos estudios, en países seleccionados de la región andina.

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Número	Tasas	Tipo	Total País
BOLIVIA (1)		1986	TBC			Casos nuevos	5941
	Dto. Santa Cruz y Chuquisaca	1980-1983	Chagas		100%	Ind. de Infec. de vivienda	26,30%
	Población expuesta a riesgo				30 al 45%	Serología positiva	
	Dto. Beni, Sta Cruz, Tarija y Chuquisaca	1981-1984	Malaria	47.222		Casos registrados	
	Dto. Beni, Sta Cruz, Cochabamba y La Paz	1981-1984	Fiebre Amarilla	213		Casos registrados	
	Dto. La Paz	1981-1984	Peste Bubónica	78		Casos registrados	
	Ciudad de La Paz, Cochabamba y Sta. Cruz	1982-1984	Rabia humana	26		Casos registrados	
		1970-1980	Silicosis			Casos por año	12.000
						Muertes por año	363
		1976	Tasa total de fecundidad				6,7
		1980-1985	Mortalidad Materna			por 10.000 nacidos vivos	48
		1982	Subregistro de nacimientos				57,60%
		1982	Subregistro de defunciones				77,40%
		1970-1975	Mortalidad infantil (proyección elaborada por CELADE)			por 1.000 nacidos vivos	151‰
		1985-1990					110‰
	Quechua	1976	Mortalidad Infantil según idioma de la madre:		277,7‰	Quechua	153‰
	Aymara				238,8‰	Aymara	
					186,8‰	Español y otro	
					125,6‰	Español	
		1981	Causas de muerte en < 5 años:			(según Registro Civil)	
ECUADOR	(2) Quichua (Comunidad Ilumán) (3)	1978	Enf. Infecciosas Intestinales	2.257			19%
			Enf. del Aparato Respiratorio	2.211			36,70%
			Ciertas afecciones originadas en el período neonatal	1.664			14%
			Otras Enf. Bacterianas	1.020			8,60%
			Enf. Viricas	743			6,20%
			Sint. y Estados Morb. mal definidos	1.223			10,30%
			Mortalidad general		21,9‰		7,4‰
			Mortalidad infantil		211,3‰		56,6‰
	Quichua (Comunidad Imantag) (4)		Mortalidad 1 - 4 años		43,7‰		39,6‰
			Natalidad		41,8‰	tasa bruta	41,2‰
			Fecundidad		189,3‰	tasa bruta	
			Mortalidad general		20,2‰		7,6‰
			Mortalidad infantil		138,9‰		90,3‰
			Mortalidad 1 - 4 años		31,2‰		36,5‰
			Natalidad		41,6‰	tasa bruta	41,2‰
			Fecundidad		214,6‰	tasa bruta	

1. Pedersen, D., Betts, C., Mariscal, J., Torres Gortia, J. "Supervivencia Infantil en Bolivia: Situación actual y prioridades para la acción" Informe de Consultoría, USAID, La Paz 1987.

2. Pedersen, D., Coloma, C., Pérez, P., Landázuri, H. "Estructura de los sistemas no formales de salud". Programa de Antropología para el Ecuador, Quito 1979.

3. Con servicio público de salud

4. Sin servicios de salud

(continúa)

Cuadro 2. Principales datos de salud y enfermedad de la población indígena según diversos estudios, en países seleccionados de la región andina. (continuación)

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Número	Tasas	Tipo		Total País
ECUADOR	Quichua (Comunidad Ilumán) población femenina	1978	Sint. y Estados Morb. mal definidos		58%	Porcentaje sobre el total de morbilidad reportada desde 2 semanas previas a la aplicación de la encuesta.	Tasas por 10.000 habitantes	78.42
			Enf. del S.N.C. y org. de los sentidos		18%			
			Enf. del aparato digestivo		7.50%			2.79
	población infantil		Enf. Infecciosas y parasitarias		42%			38.42
			Enf. Respiratorias		18%			36.19
			Sint. y Estados Morb. mal definidos		24%			78.42
	Quichua (Comunidad Imantag) población femenina		Sint. y Estados Morb. mal definidos		41%			
			Enf. del S.N.C. y org. de los sentidos		15%			
			Trastornos mentales		10%			5.43
	población infantil		Enf. Infecciosas y parasitarias		48%			
			Enf. Respiratorias		22%			
			Sint. y Estados Morb. mal definidos		15%			
	(1) Quichuas de Chimborazo y Pichincha (n= 223)	1978-1980	Parásitos intestinales					
			Nematodos:					
			Trichuris trichiura	51	23%			
			Ascaris lumbricoides	129	58%			
			Strongyloides stercoralis	3	1%			
			Cestodos:					
			Hymenolepis spp.	2	<1%			
			Protozoos:					
			Entamoeba histolytica	69	31%			
			Entamoeba coli	63	28%			
			Balantidium coli	5	2%			

1. Peplow, Daniel "Parásitos intestinales en la población de varias regiones del Ecuador: estudio estadístico" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 93 (3) 1982.

Cuadro 3. Principales patologías diagnosticadas en el área Yanomami de la región amazónica del Brasil, por pueblos indígenas.

Población examinada	Paapiú 846	Catrimani 1728	Demini 925	Ajuricaba 59	Tootobi 1373	Marari 483	Maraujá 127	Surucucu 3210	Xidéa 2029	Homoxi 2501	Parafuri 366	Auarais 2764	Waikás 159	Ericó 239	Palimiú 494	Mujacai 837	TOTALES 18.140
Infec. Resp. Aguda:																	
Leve	69	349	112	-	107	50	-	157	119	128	16	153	1	39	68	159	1.527
Moderada	2	51	15	1	1	8	50	6	15	38	-	78	-	1	2	7	275
Grave	9	18	2	-	1	3	-	32	-	12	-	10	-	-	-	1	88
Gastroenteritis	26	154	118	3	6	87	2	61	225	80	116	13	20	36	2	61	1.010
Parasitosis intestinal	85	227	59	13	88	33	12	577	221	253	73	211	7	38	6	229	2.132
Piel:																	
Escabiosis	121	6	58	24	29	46	8	57	184	120	59	12	13	13	9	8	767
Infecciones	24	55	36	-	13	14	1	130	39	53	9	3	3	9	5	25	419
Otras	32	11	68	4	69	25	5	16	41	8	-	28	-	10	10	41	368
Conjuntivitis	12	66	175	-	104	138	17	121	173	65	18	70	6	31	2	101	1.099
Heridas/ traumatism.	-	104	58	-	13	2	-	27	29	54	25	8	6	2	2	8	338
Leishmaniosis	2	-	-	-	7	-	-	10	-	5	-	6	-	3	-	2	35
TBC	1	2	1	-	6	1	18	-	1	18	-	2	-	4	6	6	66
Oncocercosis	-	1	-	-	7	-	-	2	-	7	-	3	8	-	-	-	28
Otras	6	22	259	13	134	85	28	30	152	109	7	13	8	15	2	81	964
Malaria	308	228	34	15	531	54	44	886	1002	1447	362	987	124	48	180	243	6.493
Anemia	237	4	2	4	172	-	-	344	132	250	-	112	-	9	4	10	1.280
Esplenomegalia	311	-	-	16	510	-	9	50	23	-	-	2	-	-	58	-	979
Desnutrición:																	
Moderada	96	20	-	2	27	4	1	288	35	159	71	110	1	2	8	2	826
Grave	6	-	-	-	-	-	-	36	3	34	8	2	-	-	-	-	89

Fuente: "Primeiro Relatório do Distrito Sanitário Yanomami: Avaliação das Atividades e Diagnóstico de Saúde" Fundação Nacional de Saúde, Brasília 1991.

Cuadro 4. Principales patologías diagnosticadas en la población indígena de la región amazónica o de bosque tropical de diferentes países sudamericanos.

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Número	Tasas	Tipo	Total País
PARAGUAY (1)	Chamococos	1984	Tuberculosis (n=201 personas)		2%	Baciloscopia positiva	0,52‰ (3)
			Parasitosis (n= 650)		15,69%	Casos positivos al momento del estudio	
			Diarrea (n=656)		10,36%		
			Anemia (n= 655)		8,70%		
			Sífilis		4,50%	VDRL positivos	0,37‰(3)
	Angaité, Lengua, Sanapaná, Tobas-Maskoy		Tuberculosis (n=104)		6,50%	Baciloscopia positiva	0,52‰ (3)
			Parasitosis (n= 592)		31,25%	Casos positivos al momento del estudio	
			Diarrea (n=596)		6,54%		
			Anemia (n=621)		19,64%		
			Sífilis		1,60%	VDRL positivos	0,37‰(3)
ECUADOR (2)	Comunidades de las provincias de Napo y Pastaza (n= 711 incluye población mestiza)	1978-1980	Parásitos intestinales				
			Nematodos:				
			Trichuris trichiura	639	90%		
			Ascaris lumbricoides	445	63%		
			Ancilostoma duodenalis o				
			Necator americanus	246	35%		
			Strongyloides stercoralis	57	8%		
			Enterobius vermicularis	5	<1%		
			Capillaris spp.	1	<1%		
			Cestodos:				
			Taenia spp.	5	<1%		
			Hymenolepis spp.	2	<1%		
			Protozoos:				
			Entamoeba histolytica	135	19%		
			Entamoeba coli	52	7%		
			Balantidium coli	61	9%		
			Chilomastix mesnili	22	3%		
			Giardia Lamblia	113	16%		
			Trichomonas hominis	2	<1%		

1. Benítez, P., Oddone, H., Rivarola, D., Cabral, R. "La sociedad nacional y las comunidades indígenas: estudio de la educación y la salud en cuatro comunidades del Alto Paraguay y actitudes de la población nacional hacia los indígenas" Instituto Paraguayo del Indígena, Asunción 1985.

2. Peplow, Daniel "Parásitos intestinales en la población de varias regiones del Ecuador: estudio estadístico" Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, 93 (3) 1982.

3. Tasa de 1986. "Las Condiciones de Salud de las Américas", Publicación Científica N° 524, vol. II, Organización Panamericana de la Salud, Washington 1990.

(continúa)

Cuadro 4. Principales patologías diagnosticadas en la población indígena de la región amazónica o de bosque tropical de diferentes países sudamericanos.
(continuación)

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Número	Tasas	Tipo	Total País
VENEZUELA (1)	Territorio Federal de Amazonas: Yanomami (28,49%), Guajibo (21,28%), Piaroa (20,62%), Yequana (8,91%), Curripaco (4,76%), Bare (3,71%), Baniva (3,42), Piapoco (1,88%), Saxema (6,94%), Puinave (1,44%), Warekena (0,93%), Hotis (1,17%) Yaberana (0,45%), Panare (6,98%), Otros (1,04%), No especificados (2,24%)	1986	Tasa de natalidad	1357	18,4	por mil habitantes	28,3
		1987	Tasa de mortalidad general		3,4 ‰		
		1984	Diagnóstico de Hospital y Medicaturas Rurales				
			Catarro	2155			
			Amigdalitis	950			
			Helminthiasis	713			
			Anemias	666			
			Gastroenteritis	593			
			Gastroduodenal	540			
			Heridas	323			
			Micosis	110			
			Piodermitis	108			
			Disenteria	92			
			Bronquitis	65			
			Diarrea	61			
			Alergias	54			
			Accidentes	48			

1. "Informe General de Pasantías: Territorio Federal de Amazonas" Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, abril/julio 1989.

Cuadro 5. Principales datos de salud y enfermedad de la población indígena según diversos estudios, en países seleccionados de la región mesoamericana.

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Tasas	Tipo	Total País
Guatemala	Población indígena	1981	Mortalidad Infantil (1)	106		87 (2)
		1986		77		70 (2)
		1985	Mortalidad Infantil (3)	100 - 150		
		1990	Tasa Global de Fecundidad (1)	6,8		4,4 (2)
		1989	Tasa de Mortalidad Materna (1)		estimada	20,2
		1987	Mortalidad General (4):			
			Domicilio		Porcentaje según sitio donde se produjo la muerte	75,60%
			Hospital			19,10%
			Vía pública			4%
			Casas de salud			1,30%
			Sin atención médica previa a la muerte			67,20%
			Con atención médica			32,80%
			Con certificación (5)			92,90%
			Sin certificación			7,10%
	Santa María Cauqué	1985-1990	Esperanza de vida al nacer (1):	(6)		
			Hombres		años	59,7
			Mujeres		años	64,4
		1974	Citomegalovirus (n= 109 niños) (7)	46,80%	Excreción de CMV en el primer año de vida	
	Zona norte		Malaria (4)	63,20%	Porcentaje de positividad	
	Zona sur			22,90%		
		1988	Causas de mortalidad infantil (4):			
			Diarreas			23,80%
			Infecciones respiratorias agudas			23,60%
			Desnutrición			4,30%
			Afecciones orig. en el período neonatal			4,10%
			Desequilibrio hidroelectrolítico			3,20%

(continúa)

1. "Análisis de la situación del niño y la mujer", UNICEF / SEGEPLAN, Guatemala 1991.

2. Totales en población no indígena

3. Minkowski, W. "Mayan Indian Health in Guatemala" West Journal Medicine 148: 474-476, 1988.

4. "Las Condiciones de Salud en las Américas" Vol. II: 162, Organización Panamericana de la Salud 1990.

5. Cerca de la mitad fueron certificadas por médico, 34,1% por alguna autoridad municipal y el 10,3% por personal empírico ajeno al sector salud.

6. Minkowski calcula que la esperanza de vida entre los indígenas es de 10 a 15 años menos que el promedio nacional.

7. Cruz, J.; Mata, L. y Urrutia, J. "Citomegaloviruria durante el primer año de vida: estudio prospectivo en una población indígena de Guatemala" Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 83 (3): 218-222, 1977.

Cuadro 5. Principales datos de salud y enfermedad de la población indígena según diversos estudios, en países seleccionados de la región mesoamericana.
(continuación)

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Tasas	Tipo	Total País
México	Zonas marginadas rurales (3)	1988	Tasa de crecimiento de la población		Porcentaje por año años	1,80%
		1990	Esperanza de vida al nacer (1)			70
		1984	Tasa de Mortalidad Infantil			29,16%
		1985	Tasa de Mortalidad Materna (2)			0,6%
		1983	Mortalidad general			5,1
		1986	Patologías con puerta de entrada por vía digestiva (enteritis, amibiais, helmintiasis)	38,20%	Porcentaje sobre el total enfermedades transmisibles notificadas Casos por 100.000 hab. (4)	22,47
			Patologías con puerta de entrada por vía respiratoria (IRA, influenza y neumonía)	49,70%		16,91
			Tuberculosis	25		
			Paludismo	69,7		
			Dengue	10,26		
			Tracoma	3,44		
			Oncocercosis	0,29		
			Hipertensión arterial	275		
			Diabetes	148		
			Fiebre reumática	3,4		
			Cirrosis hepática	16,2		
			Sarna	560		
			Tos ferina	1,39		
			Tétanos neonatal	0,36		
			Tétanos	0,21		
			Sarampión	8,28		
			Accidentes, envenenamientos, violencia	1.582		

1. "Estado Mundial de la Infancia 1992". UNICEF
2. "La Situación de la Mujer pobre en México" UNICEF México 1990.
3. "Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México" Instituto mexicano del Seguro social, México 1986
4. Tasas por total de habitantes incorporados al Seguro Social en el Programa de Solidaridad Social por Cooperación Comunitaria IMSS-COPLAMAR..

Cuadro 6. Atención prenatal y partos por regiones o pueblos indígenas, en diversos países de la Región.

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Número	Tasas	Tipo	Total País
Chile (1)	Mapuche	1988	Atención del parto: Médico y matrona Machi o curandera Personas sin capacitación Auxiliares de salud rural		69% 23% 7% 1%		
Bolivia (2)	Total país	1982	Partos institucionales (Ministerio de Salud y Seg. Social) Partos domiciliarios	47.760		Distribución porcentual de atención del parto	18,90% 80%
Perú (3)	Población femenina de 12 a 49 años del área rural.	1984	Control Prenatal:			Distribución porcentual por lugar de control prenatal	
	Sierra		Hospital Centro de Salud Consultorio, clínica Domicilio Otros		6,20% 1,60% 0,70% 90,80% 0,70%		41,90% 1,70% 8,10% 47,80% 0,60%
	Selva		Hospital Centro de Salud Consultorio, clínica Domicilio Otros		7,90% 1,40% 1,60% 88,20% 1%		41,90% 1,70% 8,10% 47,80% 0,60%
Ecuador (4)	Comunidades indígenas quichuas. Sierra: Imbabura	1981	Parto domiciliario: sola, marido, familiares o partera Institucional: médico y enfermera		83% 7%	Distribución porcentual de atención del parto	
	Bolívar		Parto domiciliario: sola, marido, familiares o partera Institucional: médico y enfermera		98% 2%		
	Comunidades indígenas quichuas. Selva: Pastaza		Parto domiciliario: sola, marido, familiares o partera Institucional: médico y enfermera		96% 4%		

(continúa)

1. "Condiciones de vida de los pueblos indígenas: Estudio realizado en reducciones mapuches seleccionadas". Universidad de la Frontera / INE / Fundación Instituto Indígena / CEI.ADE / Programa de Apoyo y Extensión en Salud Materno Infantil, Santiago de Chile 1991.
2. Pedersen, D., Betts, C., Mariscal, J., Torres Goitia, J. "Supervivencia Infantil en Bolivia: Situación actual y prioridades para la acción" Informe de Consultoría, USAID, La Paz 1987.
3. Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, "Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA), Lima 1984.
4. Coloma, C.; Baruffati, V.; Chela, T. "Maternidad e infancia en los Quichuas del Ecuador" CIEI, Universidad Católica del Ecuador, Quito 1981.

Cuadro 6. Atención prenatal y partos por regiones o pueblos indígenas, en diversos países de la Región. (continuación)

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Número	Tasas	Tipo	Total País
Guatemala (1)	Áreas rurales	1989	Atención del parto:				
			comadronas		77%		
	Indígenas del área Maya		comadronas		90%		
	Áreas rurales		Atención prenatal:				38%
México	Total país (2)	1987	Atención prenatal				62%
			Atención del parto (institucional)				38%
			Atención del parto (parteras)				14%
		1986	Partos atendidos en Hospital Rural	39.949	22,70%	Porcentaje de partos distócicos	
	Población rural (3)		Consultas por embarazo en mujeres inenores de 15 años	2.015	15,70%		
			Defunciones perinatales antes de finalizar el periodo de gestación		87,40%		
			Cuidado y examen postparto		3,70%		
			Defunciones maternas:				
			Hemorragia postparto		16,99%		
			Otras complicaciones del trabajo de parto		15,44%		
			Hipertensión		8,11%		
			Sepsis puerperal importante		6,95%		
			Otros problem. fetales y placentarios		6,56%		
			Retención de placenta o de las membranas sin hemorragia		5,41%		
			Demás causas maternas		40,54%		

1. "Análisis de la situación del niño y la mujer", UNICEF / SEGEPLAN, Guatemala 1991.

2. "La situación de la mujer pobre en México" UNICEF, México 1990.

3. "Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México" Instituto Mexicano del Seguro Social, México 1986.

Cuadro 7. Situación nutricional según población o región, en estudios seleccionados por países.

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Indicador	Númer	Tasas	Tipo	Total País
Bolivia (1)	Total país por regiones (2)	1981	Déficit Peso / Talla	5.763		Según clasificación de Waterlow	0,60%
	Altiplano			1.941	0,80%		
	Valle			1.928	0,80%		
	Llanos			1.894	1,00%		
	Area Urbana			2.671	0,40%		
	Altiplano (La Paz)			896	0,10%		
	Valle (Cochabamba)			890	0,60%		
	Llanos (Santa Cruz)			885	0,60%		
	Area Rural			3092	0,70%		
	Altiplano			1.045	1%		
	Valle			1.038	1%		
	Llanos			1.009	1,20%		
	Total país por regiones		Déficit Talla / Edad	5.763			40,10%
	Altiplano			1.941	51,40%		
	Valle			1.928	37,70%		
	Llanos			1.894	31,00%		
	Area Urbana			2.671	33,40%		
	Altiplano (La Paz)			896	45,60%		
	Valle (Cochabamba)			890	28,00%		
	Llanos (Santa Cruz)			885	26,40%		
	Area Rural			3.092	46,00%		
	Altiplano			1.045	56,30%		
	Valle			1.038	46,10%		
	Llanos			1.009	35,10%		
Ecuador (3)	Cantones de la sierra con alta concentración de población indígena.	1988	Desnutrición		8,41	Índice de desnutrición (de 0 a 10)	
		1988	Prevalencia de la desnutrición (4):			Proporción de desnutridos	25,25%
			Edad de 0 a 11 meses		29,22%		
Venezuela (5)	Comunidad Guaicaipuro II Territorio Fed. de Amazonas	1988	Estado Nutricional (<15 años):			Porcentaje de adecuación de calorías y proteínas	
			Normal		44%		
			Desnutrición crónica		16,66%		
		1988	Desnutrición actual		12,50%		
			Consumo calorías (kcal)	1.928	87%		
			Consumo proteínas (gr)	77,60	168%		

(continúa)

1. Pedersen, D., Betts, C., Mariscal, J., Torres Goitia, J. "Supervivencia Infantil en Bolivia: Situación actual y prioridades para la acción" Informe de Consultoría, USAID, La Paz 1987.

2. Estado nutricional de niños entre 6 y 59 meses. (La población de referencia utilizada fue la del Centro Nacional de Estadísticas de Salud de los E.E.U.U.)

3. Borja, J. y Chiriboga, M. "Memoria Técnica: Mapa de pobreza" ICA, Quito, 1988.

4. Naranjo, Plutarco "Desnutrición" en Sempértegui, R.; Naranjo, P. y Padilla, M. "Panorama Epidemiológico del Ecuador", Ministerio de Salud Pública / UNICEF, Quito 1992.

5. "Informe de Pasantías: Territorio Federal de Amazonas" Escuela de Nutrición y Dietética, Facultad de Medicina, Universidad Central de Venezuela, Junio-setiembre de 1988.

Cuadro 7. Situación nutricional según población o región, en estudios seleccionados por países. (continuación)

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Indicador	Tasas	Tipo	Total País
Guatemala (1)	Área rural	1989	Bocio femenino	22,60%	Prevalencia de mujeres embarazadas de mujeres no embarazadas	
			Deficiencia de hierro	48% 21%		
	Sololá Totonicapán Totonicapán, Jalapa, Zacapa, Escuintla, Amatitlán, Santa Rosa y Baja Veracruz	1978	Déficit peso Déficit talla	40,60% 71,60%	niños indígenas niños indígenas	37,40%
		1978	Desnutrición moderada y severa.	64,60% 60,50%	en escolares de 6-9 años	
		1990	Desnutrición en niños menores de 5 años (n= 74.000) Moderada y severa	76,10% 41,20%		
México (2)	Área rural	1989	Desnutrición en niños menores de 5 años	41,50%	Según clasificación de Waterlow	
	Zonas Mixteca y Cañada		Desnutrición niños <5 años Desnutrición crónica	66,4% 5,40%		
	Total país		Estado nutricional (según perímetro mesobraquial-talla-edad) <5 años		Diferencia porcentual entre las zonas mejor y peor nutrida	358,80%
	Área rural		Consumo promedio per cápita Kilocalorías Proteínas		kcal./día gramos/día	1.880 59,2
			Proteínas de origen animal		Diferencia porcentual entre las zonas mejor y peor nutrida	111%

1. "Análisis de la situación del niño y la mujer", UNICEF / SEGEPLAN, Guatemala 1991.

2. "México. Diagnóstico de la situación alimentaria y nutricional" Consejo Nacional de Alimentación, 1992.

Cuadro 8. Cobertura de abastecimiento de agua y saneamiento según población o región seleccionada por países.

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Indicador	Tasas	Tipo	Total País
Chile (1)	Mapuche	1988	Abastecimiento de agua:		Porcentaje de la población	85,97% (2)
			Poz descubierta	36%		
			Pozo protegido	53,40%		
			Vertiente, río, arroyo	9,30%		
			Otro	0,30%		
			Eliminación de excretas:		Porcentaje de la población	88,95% (2)
			Cajón sobre pozo negro	90,20%		
			Letrina sanitaria	0,50%		
			Baño dentro de la casa	0,20%		
			No tiene	9,10%		
Bolivia (3)	Urbana (total país)	1976 (4)	Eliminación de excretas:		Porcentaje de la población	
			Alcantarillado			30%
			Cámara séptica			4%
			Pozo ciego			14%
			Ninguno			52%
	Rural (Total país)		Eliminación de excretas:			
			Alcantarillado			0,30%
			Cámara séptica			0,50%
			Pozo ciego			3,50%
			Ninguno			95,70%
	Población total país		Abastecimiento de agua:		Porcentaje de la población	
			Acceso a red pública			39%
			Pozo			24%
			Río, lago, acequia			33%
			Otro			4%
Perú (5)	Población rural	1988	Abastecimiento de agua potable		Porcentaje de la población	22,31%
	Población urbana					77,60%
	Población rural		Alcantarillado y eliminación de excretas		Porcentaje de la población	16,60%
	Población urbana					55,0% (6)
Ecuador (5)	Población rural	1988	Abastecimiento de agua potable		Porcentaje de la población	36,97%
	Población urbana					75,11%
	Población rural		Alcantarillado y eliminación de excretas		Porcentaje de la población	34,19%
	Población urbana					75,24%

(continúa)

1. "Condiciones de vida de los pueblos indígenas: Estudio realizado en reducciones mapuches seleccionadas". Universidad de la Frontera/TNE/Fundación Instituto Indígena/CEI.ADE, 1991.
2. "Las Condiciones de Salud en las Américas" vol.1: 232-233, Organización Panamericana de la Salud, Washington 1990.
3. Pedersen, D., Betts, C., Mariscal, J., Torres Goitia, J. "Supervivencia Infantil en Bolivia: Situación actual y prioridades para la acción" Informe de Consultoría, USAID, La Paz 1987.
4. Fuente: Morales y Rocabado, 1987.
5. "Las Condiciones de Salud en las Américas" vol.1: 232-233, Organización Panamericana de la Salud, Washington 1990.
6. Datos insuficientes

Cuadro 8. Cobertura de abastecimiento de agua y saneamiento según población o región seleccionada por países. (continuación)

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Indicador	Tasas	Tipo	Total País
Paraguay (1)	Población indígena total	1981	Abastecimiento de agua: Naciente, arroyo, río, laguna Pozo, aljibe Canilla o pico comunitario Otra	68,50% 25,40% 5,90% 0,30%	Porcentaje de viviendas	
			Servicio sanitario: Dispone No dispone	62,90% 37,10%	Porcentaje de viviendas	
Brasil (2)	Población rural	1984	Abastecimiento de agua: Red General Pozos, ríos no protegidos Otras formas		Porcentaje de la población total del país	6,30% 18,75% 8,60%
	Población rural		Alcantarillado y eliminación de excretas Red General Fosa séptica Fosa rudimentaria Otros (en ríos, lagos, etc.) Sin especificación		Porcentaje de la población total del país	1,20% 1,66% 10,56% 1,35% 15,07%
Guatemala (3)	Población rural	1990	Abastecimiento de Agua Potable		Porcentaje de la población total del país	42,60%
	Petén			15,50%		
	Nor-occidente			43%		
	Norte			25,10%		
	Población rural		Saneamiento			51,60%
	Nor-occidente			54,60%		
	Sur-occidente			40%		
	Norte			53,90%		
México (4)	Zonas marginadas rurales	1988	Agua intradomiciliaria		Porcentaje de viviendas	39,80%
			W.C. tipo inglés			5,90%
			Fosa séptica			6,60%
			Letrina sanitaria			24,70%

1. "Censo y Estudio de la Población Indígena del Paraguay 1981" Instituto Paraguayo del Indígena, Asunción 1982.

2. Fuente: IBGE, "Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 1984" citado en IPEA "Bases para Formulação de Políticas e Programas em Saneamento Rural" N°2, Brasília 1989.

3. "Análisis de la situación del niño y la mujer", UNICEF / SEGEPLAN, Guatemala 1991.

4. "Diagnóstico de salud en las zonas marginadas rurales de México" IMSS - Coplamar, México 1988.