



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD



111ª Reunión
Washington, D.C.
Junio-Julio 1993

Tema 4.13 del programa provisional

CE111/20 (Esp.)
25 mayo 1993
ORIGINAL: ESPAÑOL

SALUD DE LOS PUEBLOS INDIGENAS

El Subcomité de Planificación y Programación, durante su 18a Reunión en abril de 1992, recomendó la realización de un Taller Hemisférico sobre la Salud de los Pueblos Indígenas, en Canadá, con el fin de consultar a los pueblos indígenas respecto de su situación de salud y de posibles alternativas de abordaje. Asimismo solicitó que los resultados de este evento llegaran a ser conocidos por los Cuerpos Directivos de la Organización. La Sociedad Canadiense de Salud Internacional (CSIH), representante técnico de la OPS en Canadá, se hizo cargo de la organización de este evento, el cual tuvo lugar en Winnipeg, Canadá, del 13 al 18 de abril de 1993.

Este documento consta de dos partes principales. La primera parte presenta los resultados de la Reunión de Trabajo en Winnipeg, basándose en las conferencias, discusiones y análisis ocurridos durante la misma. La segunda parte propone, con base en las recomendaciones emanadas de la Reunión de Winnipeg, las bases y lineamientos para la acción de la Organización y sus Gobiernos Miembros.

Al presentar el documento se solicita a los miembros del Comité Ejecutivo que:

- Expresen su opinión respecto al contenido del mismo, poniendo énfasis particular en las líneas de acción propuestas.
- Propongan estrategias a seguir para que la Organización y sus Gobiernos Miembros avancen en el desarrollo de la iniciativa de salud de los pueblos indígenas.

CONTENIDO

1.	Introducción	1
2.	La Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud-- Winnipeg, 1993	1
2.1	La Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud	1
2.2	El contexto geopolítico y social de la salud de las poblaciones indígenas en las Américas	2
2.3	La salud de los pueblos indígenas a comienzos de la década de los noventa	4
3.	Bases y Lineamientos para la Acción	8
3.1	Bases para la acción por parte de la OPS	9
3.2	Lineamientos generales para la acción	11
3.3	Las actividades generales de cooperación	15
	REFERENCIAS	17

ANEXOS

Anexo I. Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud

Anexo II. Cuadro: Estimación de la Población Indígena en las Américas

Anexo III. Tablas con información sobre poblaciones indígenas específicas y enfermedades

1. INTRODUCCION

La iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA) que aquí se presenta tiene raíces profundas en la vida de los países, de los pueblos indígenas y de la Organización. Si bien se reconoce que en los distintos países de la Región se han dado valiosas iniciativas dirigidas al mejoramiento de las condiciones de vida y situación de salud de los pueblos indígenas del Continente, por lo general estos han sido esfuerzos esporádicos y de corta duración. La Organización ha prestado su cooperación en varias de estas iniciativas en distintas oportunidades.

En abril de 1992, por propuesta de la Delegación del Canadá, a la que se sumaron las delegaciones oficiales de México, Ecuador, Perú y Bolivia, se incluyó el tema en la 18a Reunión del Subcomité de Planificación y Programación (SPP) del Comité Ejecutivo de la OPS. En la presentación del tema, se afirmaba que una iniciativa en materia de salud de los pueblos indígenas "quizás sea el tema de salud técnicamente más complejo y políticamente más difícil del momento actual" (OPS, 1992). En respuesta a este desafío y como resultado de las deliberaciones, los miembros del SPP fueron unánimes en destacar la relevancia e importancia de primera magnitud del tema presentado y aprobaron la realización de una Reunión Regional de Trabajo en 1993, con la expresa recomendación que tuviera el carácter participativo y de amplia consulta con representantes de los pueblos indígenas de las Américas. Con el apoyo de la Organización y de otros organismos patrocinadores como el Centro de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC), la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional (CSIH), representante técnico de la OPS en Canadá, se hizo cargo de los preparativos y organización de la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, que se llevó a cabo en la ciudad de Winnipeg, Canadá, del 13 al 18 de abril de 1993. Los resultados de esta reunión sirvieron de base para la formulación de la iniciativa SAPIA (Anexo I).

2. LA REUNION DE TRABAJO SOBRE PUEBLOS INDIGENAS Y SALUD--WINNIPEG, 1993

2.1 *La Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud*

La Reunión se llevó a cabo en la ciudad de Winnipeg, en Manitoba, Canadá, del 13 al 18 de abril de 1993, con la asistencia de 68 participantes, provenientes de 18 países de la Región de las Américas. Estuvieron representados delegados de organizaciones, pueblos y naciones indígenas del continente, delegaciones oficiales de gobiernos, a la vez que organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales.

La Reunión de Winnipeg fue de naturaleza consultiva, en la que se prepararon una serie de recomendaciones para la OPS, los Gobiernos Miembros y otras organizaciones, que fueron luego ratificadas por el plenario y los participantes. Durante las deliberaciones se identificaron y adoptaron los siguientes principios fundamentales, dentro de los cuales se condujeron los debates y surgieron las recomendaciones. Estos principios son los siguientes:

- i) la necesidad de un abordaje integral a la salud;
- ii) el derecho a la auto-determinación de los pueblos indígenas;
- iii) el derecho a la participación sistemática;
- iv) el respeto y la revitalización de las culturas indígenas, y
- v) la reciprocidad en las relaciones.

La Reunión de Winnipeg ratificó la importancia de abordar la Salud de los Pueblos Indígenas en relación con el contexto geopolítico y social, a la luz de los procesos históricos en curso.

2.2 El contexto geopolítico y social de la salud de las poblaciones indígenas en las Américas

La acepción "población indígena" hace referencia a una diversidad de pueblos y culturas, sin respetar la identidad e idiosincrasia de cada pueblo en particular. Comprender la salud de los pueblos indígenas de las Américas requiere reconocer la gran diversidad étnica y cultural, así como las complejas interrelaciones entre pueblos y culturas, identidad y salud.

Transcurridos los 500 años de la llegada de los europeos a América, resulta significativo que todavía persista la falta de consenso y ambigüedad sobre la categoría "indígena" (también denominados nativos, indios, Amerindios, aborígenes, autóctonos, etc). La tendencia general de los países de las Américas ha sido utilizar definiciones

cambiantes, o simplemente omitir la calificación étnica en los censos nacionales de población, así como de los registros continuos de información demográfica: nacimientos, defunciones y migraciones.¹

De acuerdo a las estimaciones y fuentes disponibles, la población indígena de las Américas se aproximaría a los 42 millones de personas² comprendidas en unas 400 etnias, lo que representa alrededor del seis por ciento de la población total de la Región de las Américas y algo menos del 10% de la población de América Latina y el Caribe (ver Anexo II). Desde el punto de vista socio-demográfico se pueden distinguir al menos dos grandes conjuntos poblacionales: el primero alcanza unos 18 millones y comprende la población indígena de Mesoamérica (representada principalmente por los Mayas de México y Guatemala, seguidos en proporciones decrecientes por otras etnias asentadas en México, Belice, Honduras, El Salvador, Panamá, Nicaragua y Costa Rica); el segundo conjunto, estimado en unos 20 millones, se compone mayoritariamente de Quechuas y Aymarás, que hoy se concentran en los países andinos, principalmente en Bolivia, Perú y Ecuador, y en menores proporciones en Venezuela, Colombia y Chile. Ambos conjuntos, en Mesoamérica y la región Andina, representan el sector indígena más numeroso, con alrededor de 38 millones de habitantes, es decir, más del 80% de la población indígena de América.

Un tercer conjunto disperso, estimado en unos tres millones, comprende un conglomerado heterogéneo de grupos y naciones indias que hoy ocupan las regiones subárticas, y varios asentamientos en el Canadá (más de 350.000) y los EE.UU. (aproximadamente 1,6 millones). Se suman a este conjunto, áreas del Caribe insular, Guyana y Suriname, Venezuela, Brasil (en especial en la región Amazónica); Paraguay y el Cono Sur, con Argentina y Chile.

¹ En la Reunión se debatió la acepción del término "indígena", así como de las connotaciones de su uso, llegándose al consenso de que son "indígenas" quienes se reconocen a sí mismos como tales. El Convenio No. 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989) de la OIT reconoce como "indígena" a aquel sector distintivo de la colectividad nacional, entendiendo como tales:

"...a los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas." (Convenio No. 169, Artículo 1).

² Jordán Pardo, III-FAO, 1990.

Por último, en los últimos años, la condición de migración entre la población indígena adquiere una importancia cada vez mayor. Este conjunto se compone por un sector de migrantes temporales, particularmente en épocas de cosecha, y de una amplia mayoría de migrantes definitivos--como resultante del constante flujo migratorio campo-ciudad registrado en las últimas décadas--que hoy viven y trabajan en algunas de las medianas y grandes ciudades de América Latina y los Estados Unidos de América. En América Central, un grupo significativo de indígenas migrantes está constituido por refugiados o exiliados por razones políticas, por conflictos internos o "guerras de baja intensidad". A pesar del número creciente de incidentes de violencia y conflictos inter-étnicos en varias partes del mundo, incluyendo la América Latina, se ha prestado muy poca atención a las consecuencias que tienen estos conflictos sobre la salud física y mental de la población indígena.

La situación de pobreza de las poblaciones indígenas es peor que la del resto de la sociedad en todo el continente. Las condiciones de vida, el ingreso per cápita, el empleo, la educación, el acceso a servicios básicos como agua, saneamiento y salud, las condiciones de vivienda y la disponibilidad de alimentos son inferiores a los promedios nacionales.

La población indígena de la Región está transitando por diferentes etapas del proceso de aculturación, lo que sumado a los efectos de la implantación de modelos exógenos de desarrollo, el surgimiento del Estado-Nación y las propuestas de "integración nacional", han sido los factores más significativos en la desarticulación de las culturas indoamericanas y en la continua desvalorización de la identidad indígena, con la marginación resultante. La cuestión de la propiedad y explotación de la tierra representa un problema de primera magnitud para los grupos autóctonos de la Región, ya que la tierra es parte central de la vida, de la cultura y de la historia, y a su vez determinante de la supervivencia de los pueblos y naciones indígenas, como también de sus niveles de vida, salud y nutrición.

2.3 La salud de los pueblos indígenas a comienzos de la década de los noventa

Los delegados de los pueblos y organizaciones indígenas a la Reunión de Winnipeg fueron enfáticos en rescatar el carácter integral de las diferentes concepciones de salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. El común denominador dentro de las más diversas concepciones, es que la salud expresa relaciones dinámicas entre componentes inseparables. Relaciones dinámicas entre: lo individual (físico, mental, espiritual y emocional) y lo colectivo (político, económico, cultural y social), y entre lo natural y lo social (ver entre otros, Dion Stout, 1992. Rozental, 1988).

Existe por lo general acuerdo en considerar a la América Latina y el Caribe como un conjunto multi-étnico y pluri-cultural. Sin embargo, las fuentes oficiales de la

mayoría de los países de esta región tienen poca o ninguna información sobre la situación de salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas. Por lo general, la información epidemiológica disponible en los registros sobre enfermedades y los principales indicadores de morbilidad o mortalidad, natalidad y expectativa de vida al nacer, no están diferenciados por grupos étnicos o lingüísticos. Existen, por otro lado, datos e información de fuentes secundarias a partir de las cuales se puede inferir sin temor a equivocarse, que el nivel de salud y nutrición entre las poblaciones autóctonas de América está varias veces por debajo de los promedios nacionales y llega a extremos alarmantes en algunas regiones cuando se les compara con poblaciones homólogas de referencia.

El perfil de enfermedades que presentan los pueblos indígenas de la Región, muestra muchas de las mismas entidades que agobian a los grupos socio-económicos más desfavorecidos (ver Anexo III). Las enfermedades de origen viral (influenza, sarampión, dengue, poliomielitis, enfermedades respiratorias por arbovirus, hepatitis B, etc.) adoptan con frecuencia un carácter epidémico y explosivo, en particular en aquellos grupos con bajos niveles de inmunidad. Las tasas de prevalencia de enfermedades endémicas en las áreas tropicales y subtropicales (e.g. leishmaniasis, oncocercosis, cisticercosis, enfermedad de Chagas, etc.) se mantienen altas, afectando particularmente asentamientos humanos en los que predomina la población indígena. Otras enfermedades transmisibles como la tuberculosis y la malaria, han recrudecido. Con frecuencia, los trabajadores de atención primaria de salud reportan altas tasas de incidencia y letalidad entre las poblaciones indígenas por la epidemia de cólera, así como un aumento considerable en la frecuencia de las enfermedades por transmisión sexual. La expansión del SIDA representa un grave riesgo agregado para los grupos indígenas que viven en áreas con alta infección por VIH.

La Reunión de Winnipeg reconoció que los desórdenes y problemas mentales están cobrando una importancia considerable. Las enfermedades por estrés, incluida la violencia hacia otros, la depresión y el suicidio, y las muertes accidentales y violentas, se suman al abuso de alcohol, tabaco y otras sustancias, de lo que se tiene evidencia cada vez mayor de una alta prevalencia en la población indígena joven y adulta de ambos sexos. Persisten los problemas de malnutrición proteico-calórica y de enfermedades por deficiencia de micro-nutrientes, en particular hierro, vitamina A y yodo. La hiperplasia tiroidea, la coleditiasis, la obesidad y la diabetes mellitus son condiciones frecuentes, particularmente entre los indígenas norte-americanos. El perfil de salud de la mujer indígena, está en buena parte determinado por la situación de doble subordinación en su relación de pareja y con los sectores dominantes de la sociedad local y nacional. A las enfermedades descritas más arriba, se suman aquellos problemas derivados de su función reproductiva (e.g. embarazos en edades tempranas; complicaciones del embarazo y parto; anemia ferropriva, etc.) y otros del campo de la salud mental (por ejemplo abusos sexuales y violencias; alcoholismo y abuso de drogas), así como otros más específicos,

derivados de riesgos por su trabajo en la agricultura o en el sector urbano informal o de servicios, o en la industria. La atención del parto y el puerperio, la disposición de la placenta, el cuidado del cordón umbilical, la lactancia y alimentación y cuidado del niño indígena son aspectos fuertemente influenciados por la cultura. Es en este campo en el que las comunidades indígenas experimentan con frecuencia dificultades en acceder a los servicios ofrecidos, por lo que aparecen discrepancias de base cultural entre los servicios médicos provistos en el hospital y la atención domiciliaria a cargo de familiares y parteras tradicionales.

Desde esta perspectiva, la salud, los procesos salud-enfermedad y los propios sistemas de salud, pueden ser vistos como sistemas culturales. Las acciones puramente médicas en la prestación de servicios de salud, además de insuficientes, resultan inadecuadas para enfrentar un perfil epidemiológico tan complejo y de tan difícil resolución. Por su parte, las prácticas médicas tradicionales, si bien se reconocen como eficientes en el manejo de varias dolencias y síndromes de base cultural, también muestran limitaciones en articular una respuesta efectiva tanto para el control del "nuevo" perfil de problemas y dolencias originadas por el nuevo contexto (por ejemplo, SIDA, enfermedades degenerativas, etc), a las que los pueblos indígenas si bien están expuestos, carecen de respuestas tanto en el plano biológico (e.g. inmunidad) como en el plano socio-cultural (por ejemplo, prácticas médicas tradicionales).

Por último, en la mayoría de los países no existen iniciativas sostenidas, ni el financiamiento adecuado para desarrollar políticas y programas específicos en relación a la medicina tradicional y sus recursos terapéuticos (por ejemplo, plantas medicinales), o investigación y desarrollo de modelos alternativos de atención para poblaciones indígenas o grupos étnicos específicos. Con algunas excepciones, en el sector oficial no se han tomado medidas para superar esta situación. Unos pocos Ministerios de Salud han establecido un grupo u oficina "ad hoc" responsable de la salud en comunidades indígenas en el territorio nacional, con frecuencia promovidas por proyectos financiados por agencias bilaterales, entidades filantrópicas o misiones religiosas. El sector no-gubernamental viene impulsando, en casi todos los países, iniciativas en el nivel local y son muchas las organizaciones no-gubernamentales (ONG) y fundaciones privadas que están activamente comprometidas en trabajar con comunidades indígenas organizadas, en proyectos de desarrollo y mejoramiento de las condiciones de vida tanto a nivel de sectores urbano-marginales como en áreas rurales. No obstante, estas iniciativas son por lo general de baja cobertura y limitada duración.

La heterogeneidad en la composición étnica y cultural de los pueblos indígenas hace difícil--si no imposible--la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. Es precisamente esta diversidad, en la que se acentúan las diferencias étnicas y culturales, la que obliga a considerar a cada pueblo indígena en su dimensión particular y en consecuencia el énfasis se desplaza necesariamente hacia el desarrollo de

estrategias de atención desde una perspectiva local. Dado que el perfil de morbilidad de la población indígena es diferente a la de otros grupos étnicos, las propuestas de atención diferenciada y de "acciones diferenciales" cobra mayor validez. (SSA-INI, 1992). Si se entiende por Sistemas Locales de Salud al conjunto de procesos que constituyen la totalidad de acciones sociales en salud en el nivel local, incluyendo pero no restringiéndose a la prestación de servicios de salud (OPS 1993), la estrategia de desarrollo de los SILOS constituye una respuesta válida para esta problemática de salud, particularmente de aquellas áreas con una población étnica diversa o con una proporción indígena importante.

La evaluación del Programa de Salud/Medio Ambiente sobre el Decenio Internacional para el Abastecimiento de Agua y Saneamiento, hecha hacia fines de los años ochenta, muestra que si bien se lograron avances, éstos beneficiaron principalmente a las poblaciones urbanas de América Latina y el Caribe. Por otro lado, la mayoría de los sistemas de abastecimiento de agua tienen problemas operativos que dificultan la desinfección continua, y solo el 5% del agua residual de los sistemas de alcantarillado recibe un tratamiento apropiado. En las áreas rurales, casi la mitad de la población no tiene acceso a agua limpia y las dos terceras partes no tienen servicios de disposición de excretas y basuras. Los países con mayores proporciones de población indígena muestran a la vez los más bajos porcentajes de población servida con agua y servicio de disposición de excretas (PAHO, 1990).

Los recursos hídricos son particularmente afectados por actividades extractivas de metales (por ejemplo, cobre, aluminio, estaño, plomo, etc), en las que con frecuencia por su localización en zonas montañosas altas como en el caso de los Andes, representan un riesgo mayor para los asentamientos indígenas, que resultan ser los más directamente expuestos a la contaminación. En el medio rural, la contaminación por el uso de fertilizantes químicos, plaguicidas e insecticidas órganofosforados se suma a la disposición de residuos tóxicos o radioactivos, al punto de que se han encontrado trazas significativas de productos como el DDT y niveles tóxicos de mercurio, en aguas superficiales y en los alimentos y otros nutrientes básicos para la sobrevivencia, tales como la leche materna.³

En muchos de los países del Pacto Amazónico, en particular en el Brasil y en la vertiente Amazónica de los países andinos, la persistente y continua sobre-explotación de recursos naturales (madera, oro, petróleo, y otros recursos como el caucho en el pasado) en la selva "baja" por empresas, mineros independientes o "garimpeiros", y las

³ Como dato de interés, el suicidio por envenenamiento con insecticidas es un hecho reportado como frecuente en grupos indígenas, al punto que en algunos países, la mayoría de las muertes es por intoxicación deliberada con insecticidas órganofosforados, y no por exposición accidental en trabajadores agrícolas (PAHO, 1990: 225)

olas sucesivas de colonos hacia la selva "alta", unido a la presencia de misiones de evangelización, incursiones de militares (por conflictos fronterizos, represión de actividades subversivas, etc.) o civiles dedicados a actividades ilícitas como el contrabando y el tráfico de drogas, constituyen los desafíos más importantes de la salud humana y ambiental para muchos de los asentamientos indígenas de la Región. Por su parte, la colonización de tierras, la construcción de carreteras, represas de agua y plantas hidroeléctricas, así como otros proyectos de desarrollo, han aumentado considerablemente la proliferación de vectores o huéspedes intermediarios, con el consiguiente aumento en la transmisión de ciertas enfermedades entre poblaciones indígenas.⁴

Tanto en las discusiones como en las recomendaciones finales de la Reunión de Trabajo se resaltó la relación de interdependencia entre los pueblos indígenas y el medio ambiente natural y en particular del acceso a aquellos recursos naturales que se estiman como esenciales para su salud y supervivencia (alimentación y nutrición, vivienda, fuentes de agua y energía, plantas medicinales, etc.). En la concepción de los pueblos indo-americanos, el ser humano integra el medio ambiente natural, de allí que su cosmovisión y sus prácticas se construyen a partir de la naturaleza en la que viven y de la que son inseparables.

En síntesis, se reconoce que: (a) la situación de salud de los pueblos indígenas está determinada por un proceso histórico cuyo resultado ha sido la dependencia, la pérdida de identidad y la marginación; como resultante, (b) los pueblos indígenas de las Américas tienen una expectativa de vida más corta que los grupos homólogos de la sociedad nacional, mayores tasas de mortalidad y un perfil de morbilidad diferente y cambiante según su nivel de vida, su posición social y grado de aculturación, así como por la distinta exposición al riesgo de enfermar y morir. La salud de los pueblos indígenas está en buena parte determinada por las condiciones del habitat y los nuevos desafíos impuestos por el empobrecimiento y el proceso de modernización, y (c) la salud, los procesos de salud-enfermedad y los propios sistemas de salud para los pueblos indígenas, son sistemas culturales.

3. BASES Y LINEAMIENTOS PARA LA ACCION

Las recomendaciones que los delegados a la Reunión de Winnipeg hicieron a propósito de la consulta efectuada por la Organización, se establecieron dentro de los principios enunciados y llevan como propósito el contribuir, en forma mancomunada, a la resolución de los problemas identificados y analizados al describir la situación de

⁴ Por ejemplo, según fuentes oficiales en Brasil, la prevalencia de malaria es de dos a diez veces mayor en asentamientos en zonas aledañas a la carretera Transamazónica, que en aquellos situados en otras regiones más alejadas (de Koning, 1992).

salud. Se anexa una síntesis de las recomendaciones, buscando respetar el espíritu con que fueron hechas. Si bien el texto original y el orden de prioridad asignado por los participantes a la Reunión han sido modificados en la redacción de este anexo del documento, el contenido no ha sido modificado en lo sustantivo.

En el texto original dichas recomendaciones se agruparon en varios capítulos: políticas de salud, recursos humanos, investigación, programas y proyectos de salud en regiones y comunidades indígenas, y otras dirigidas al ámbito internacional e intergubernamental (ver Anexo I).

3.1 *Bases para la acción por parte de la OPS*

Con base a lo tratado en el Anexo I y en las secciones precedentes, y luego de un análisis de los antecedentes, estrategias y programas de la Organización, se han desarrollado algunas propuestas para el futuro, contenidas en estas bases de política y lineamientos para la acción en materia de Salud de los Pueblos Indígenas para la Región de las Américas.

Los pueblos indígenas deben retomar el control sobre el curso de sus propias vidas en los que la salud representa sólo una parte. Un medio fundamental para alcanzar este objetivo consiste en la progresiva devolución a las poblaciones indígenas de las decisiones sobre las políticas y estrategias para su propio desarrollo y la búsqueda de la concertación con los grupos de poder, para la recuperación y acceso a la tierra y medios de producción y a los recursos necesarios para la satisfacción de sus necesidades básicas. Retomar control sobre la producción de bienes en general y de los servicios sociales básicos en particular, es un elemento crítico para romper con el ciclo de dependencia que ha perpetuado la pobreza, la discriminación racial y la marginación de la mayoría de pueblos indígenas de la Región.

Para alcanzar estas metas de política es importante la revaloración del saber indígena, fortaleciendo la singularidad de sus propias culturas, reconociendo que son ellos los que mejor conocen de su pueblo, de sus necesidades en materia de salud y desarrollo, y de las respuestas que deben instrumentarse. Pero ello tampoco debe ser un motivo para inducir su aislamiento sino por el contrario, propiciar el trabajo conjunto para superar obstáculos comunes (económicos, políticos, sociales, culturales) estableciendo una relación interétnica e intercultural basada en la reciprocidad, el respeto mutuo y la convivencia.

Estas premisas, proponen el norte de la iniciativa SAPIA y contienen desafíos que por su complejidad superan los mandatos actuales de la OPS/OMS y desbordan la capacidad del sector salud a nivel de los países. Por otro lado, estos desafíos orientan las bases de política que aquí se presentan.

El primer desafío consiste en que la iniciativa SAPIA, reclama el esfuerzo mancomunado y la responsabilidad compartida tanto de la OPS y de sus gobiernos miembros, como de las propias organizaciones y comunidades indígenas, a la vez que el de organismos y organizaciones internacionales y nacionales (gubernamentales y no gubernamentales). En este sentido, la OPS puede ofrecer su experiencia y recursos al propósito de catalizar esfuerzos múltiples desde distintos niveles, por parte de los más diversos actores.

El desafío que presenta la carencia de conocimientos e información adecuados y suficientes sobre la salud de los pueblos indígenas frente al imperativo de actuar y lograr impactos inmediatos, exige el diseño de estrategias que permitan tanto generar conocimientos e información adecuada mientras se actúa ("aprender haciendo"), como rescatar de manera sistemática el conocimiento y la información generado por la experiencia ("aprender de lo que se ha hecho y de lo que se está haciendo"). Los conocimientos generados, deberán convertirse en la "carta de navegación" estratégica que oriente la iniciativa y a quienes se comprometan con la misma.

Un tercer desafío resulta de la multi-dimensionalidad y diversidad inherentes a la iniciativa SAPIA. Las dimensiones se refieren a aspectos políticos, económicos, sociales y culturales cuya expresión concreta se da a todo nivel, desde el individual y comunitario hasta el nacional e internacional. El reconocimiento de la diversidad recoge la necesidad de formular propuestas que respondan a situaciones y contextos que varían de país a país, de una región a otra y de un pueblo a otro. En consecuencia, es indispensable abordar simultáneamente la totalidad de las dimensiones de la iniciativa a todo nivel y con la participación de la totalidad la Organización, desde la sede hasta las representaciones y a los países mismos, poniendo especial énfasis en experiencias y procesos en los niveles locales donde se requieren acciones que demuestren su impacto y viabilidad concretos. De esta manera se busca generar respuestas tan variadas y diversas como las situaciones y los pueblos las exijan, de modo que estas experiencias se constituyan en el bagaje de conocimientos y argumentos para alimentar y multiplicar otros procesos y acciones.

Por último, la premisa sobre la que se articulan los lineamientos generales para la acción estriba en reconocer el hecho de que los pueblos indígenas no solamente no son el problema, sino que por el contrario, son ellos quienes sufren repercusiones particularmente graves por los imperativos del contexto predominante que de una u otra manera afecta a todos los pueblos de la Región. Además, estos pueblos son poseedores

de una diversidad cultural cuya riqueza nos es hoy tan imprescindible como indispensable tanto para nuestra supervivencia como especie, como para la preservación de la vida. Precisamente por eso, abordar esta problemática conjuntamente no tiene como fin último ayudar a los pueblos indígenas, sino más bien ayudarnos mutuamente con el fin de alcanzar salud para todos.

Otro aspecto a considerarse resulta de la necesidad de dar prioridad el quehacer de la Organización en esta etapa inicial. Para ello se propone concentrar los esfuerzos y lineamientos para la acción, teniendo en consideración los países donde existan las mayores necesidades así como aquellos donde se exprese la mayor vocación y compromiso con la SAPIA.

3.2 *Lineamientos generales para la acción*

A continuación se presentan los siguientes siete lineamientos para la acción:⁵

3.2.1 *Promoción de la salud*

La iniciativa SAPIA es por principio, una iniciativa de Promoción de la Salud. Esto resulta evidente al revisar la doctrina de esta estrategia como quedará definida en la Carta de Ottawa, adoptada por la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en noviembre de 1986 (OMS, 1986). La Carta de Ottawa dice que "la promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma".^{6,7}

La Promoción de la Salud, como orientación estratégica para el trabajo de la OPS, durante el cuatrienio que empezó en 1991, fue adoptada en la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana de 1990 siendo "concebida, cada vez en mayor grado, como la

⁵ Los cuales son consistentes con las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas de la Organización.

⁶ El mismo documento subraya la importancia de la paz, la alimentación, la vivienda, la accesibilidad a servicios básicos, agua potable y saneamiento, a oportunidades de empleo y educación, al igual que a un ecosistema estable y a un desarrollo sostenido. La carta de Ottawa, al enunciar los principios de la promoción de la Salud hace un llamado a la equidad como único medio para subsanar las diferencias de salud entre los países y los pueblos (OMS, 1986).

⁷ La declaración de Santa Fe de Bogotá sobre Promoción de la Salud titulada "Promoción de la Salud y Equidad" (Santa Fe de Bogotá 1992), subraya la relación que existe entre equidad, participación social, cultura, desarrollo y salud en América Latina. Las estrategias y compromisos asumidos allí por los representantes de 21 países participantes, son en su totalidad, de la mayor relevancia para la SAPIA. Cabe destacar por ejemplo, que en dicha declaración los países se comprometen a "Estimular el diálogo de saberes diversos, de modo que el proceso de desarrollo de la salud se incorpore el conjunto del patrimonio cultural de la Región" (Promoción de la Salud y Equidad, Compromisos numeral 8, 1992).

suma de las acciones de la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias y otros sectores sociales y productivos, encaminados al desarrollo de mejores condiciones de salud individual y colectiva". De esta manera, la promoción de la salud es una estrategia para materializar la concepción de salud en el desarrollo (OPS, 1991). En consecuencia, la estrategia de promoción de la salud se constituye en una orientación básica para apoyar la iniciativa SAPIA.

3.2.2 Transformación del sector salud: sistemas locales de salud, equidad y acceso a servicios de salud, descentralización y participación social.

La transformación de los sistemas nacionales de salud y el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) (Paganini et. al, 1990) aparecen como un recurso táctico valioso para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso, pobre aceptabilidad y bajo impacto en salud de los sistemas y servicios de salud entre las poblaciones autóctonas. La participación social es uno de los ejes centrales de la estrategia SILOS, a partir de la cual se reconoce la necesidad de desarrollar una relación horizontal y simétrica con las organizaciones y comunidades indígenas, generando espacios de concertación entre los distintos actores sociales en el nivel local. La búsqueda de una mayor equidad, a través de la descentralización y la intersectorialidad, y la investigación participativa, son aspectos de la mayor relevancia para el desarrollo de la iniciativa SAPIA (OPS/OMS, Documento CD 33/14; OPS, 1990).

Es dentro del escenario de los SILOS donde el saber tradicional de los pueblos autóctonos puede rescatarse y articularse con el saber y quehacer institucional de manera recíproca. Es también en los SILOS donde puede medirse el impacto de las diferentes acciones frente a metas concertadas de salud y bienestar concertadas. El desarrollo y fortalecimiento de SILOS constituye la estrategia práctica fundamental para alcanzar salud en la diversidad de situaciones y necesidades concretas desde el nivel local. El apoyo a estas experiencias, al intercambio entre las mismas dentro y entre países, a la movilización de recursos y esfuerzos de otros sectores y entidades para dar apoyo e incrementar el impacto y viabilidad de estos esfuerzos, constituye la opción de cooperación técnica más palpable para consolidar la iniciativa SAPIA, a la vez que el argumento más contundente para sensibilizar a las instituciones a todo nivel, con el fin de obtener su compromiso y respaldo hacia una mayor equidad y acceso a servicios de salud y a la participación social.

3.2.3 Plan de Inversiones en Ambiente y Salud: salud ambiental, preservación del habitat y protección de las formas de vida tradicionales.

El Plan de Inversiones en Ambiente y Salud (P.I.A.S.) que viene impulsando la OPS, constituye una iniciativa particularmente importante para los pueblos indígenas

tanto en apoyo a la movilización de recursos y esfuerzos para la superación de su condición de marginación y la provisión de servicios básicos que garanticen condiciones mínimas de bienestar, como para aprender del saber ancestral de estos pueblos en su relación con el ambiente natural.

También es necesario desarrollar estrategias innovadoras y tecnologías culturalmente adecuadas, con el fin de adecuar los programas de suministro de agua y saneamiento básico para las poblaciones indígenas. Además es indispensable recuperar, documentar, evaluar y revitalizar los conocimientos y tecnologías tradicionales, para la preservación del habitat y el manejo adecuado de los recursos naturales, como también se debe documentar y evaluar el impacto de los proyectos de desarrollo y las actividades de explotación de recursos naturales sobre el ambiente y la salud de las poblaciones indígenas en el nivel local.

3.2.4 *Recursos humanos*

De acuerdo con las recomendaciones suscritas en este campo por la Reunión de Trabajo de Winnipeg, se requiere de actividades fundamentalmente orientadas hacia: i) la formulación de estrategias educativas para la formación de profesionales y trabajadores del sector salud en relación con la SAPIA, ii) el apoyo a los centros formadores de recursos humanos en salud en la creación de incentivos particulares para facilitar el acceso de indígenas a las carreras profesionales, a la vez que para adaptar los currícula para estos últimos con el fin de ayudarlos a preservar su identidad y compromiso con sus pueblos de origen y iii) rescatar experiencias e iniciativas de la Región con el fin de asistir a los países miembros en la generación de estrategias e incentivos para que los trabajadores de la salud se interesen en trabajar en comunidades indígenas.

3.2.5 *Evaluación y vigilancia de la salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas.*

La Organización tiene una experiencia acumulada en el área de registro y evaluación de niveles de salud y condiciones de vida en casi todos los países de la Región. Es necesario establecer mecanismos apropiados de recolección y utilización de la información que cuente con la perspectiva y el apoyo de organizaciones y comunidades indígenas.

Se hace imperativo contar con una información de base y con sistemas de vigilancia adecuados y de bajo costo, (e.g. con poblaciones centinela o en muestras seleccionadas) que permitan evaluar, sobre una base periódica, el impacto y los avances de proyectos e intervenciones en las comunidades autóctonas. Existen por otro lado, estrategias e instrumentos de evaluación rápida, que pudieran superar en el corto plazo la falta de información en ciertos sectores y problemas.

3.2.6 *Formulación de políticas de salud de los pueblos indígenas y aspectos legales y éticos*

Se debe ayudar a los países miembros a revisar las políticas macro y las sectoriales que tienen o deberían tener que ver con la resolución de los problemas de salud específicos de los pueblos indígenas en el país o en alguna región particular, contando con la presencia vigorosa de las identidades indígenas y la reiteración de la propuesta de Estados nacionales, pluriculturales y multilingües, abiertos hacia la diversidad y el pluralismo (OPS/HSP, 1993). El apoyo al rescate y revaloración de los pueblos indígenas, y la búsqueda de un nuevo tipo de interrelación entre ellos, el Estado y la sociedad nacional, incluidos los llamados sectores de solidaridad, constituyen aspectos centrales de las nuevas políticas (América Indígena, 1990).

Es importante adelantar gestiones de cooperación con los países miembros con el fin de apoyarlos a identificar acciones selectivas inmediatas para el desarrollo de políticas de salud que puedan lograr un mayor impacto sobre las condiciones de salud de esta población. Entre las áreas de política que merecen especial consideración y desarrollo está la que se refiere a las prácticas tradicionales y a la utilización y preservación de plantas medicinales.

Reconociendo la vigencia, la trascendencia y el valor cultural de las prácticas médicas tradicionales, el abordaje de cuestiones jurídicas y legales persigue el propósito fundamental de revisar los instrumentos legales y códigos pertinentes con el propósito de limitar o reducir los dispositivos que descalifican o proscriben dichas prácticas.

En cuanto a los aspectos de ética que deben regular la investigación en poblaciones humanas, persisten vacíos y ambigüedades que reclaman atención prioritaria por parte de la Organización, particularmente en lo que se refiere a investigaciones⁸ que involucren a poblaciones indígenas.

3.2.7 *Programas, áreas y problemas de salud de particular importancia.*

Los participantes en la Reunión de Winnipeg señalaron la importancia de la investigación participativa como un aspecto fundamental y relevante a todos los lineamientos aquí enunciados. La OPS y las instituciones o centros de investigación a nivel de los países deben dar prioridad y promover las investigaciones en el campo de la salud indígena y de las prácticas médicas tradicionales.

⁸ Por ejemplo, etnofarmacología, genética, epidemiología, estudios de población, etc.

Entre los problemas que afectan más intensamente a los pueblos indígenas y que requieren particular atención se encuentran: i) las distintas formas de violencia, ii) el abuso de alcohol y sustancias, iii) las enfermedades infecciosas, iv) las enfermedades de transmisión sexual, v) problemas relacionados con la contaminación del habitat y del ambiente de trabajo y vi) la malnutrición y las deficiencias de micronutrientes. Entre los programas que merecen particular mención además de los ya tratados, los participantes de la Reunión de Winnipeg subrayaron: i) salud mental, ii) salud, mujer indígena y desarrollo, iii) comunicación para la salud de los pueblos indígenas⁹ y iv) alimentación y nutrición¹⁰, v) salud de las poblaciones migrantes, en particular de aquellos grupos de migrantes transitorios en zonas fronterizas.

La Organización, en coordinación con las instituciones del sector público, agencias no-gubernamentales, centros de educación e investigación, y organizaciones indígenas, puede servir de elemento catalizador de las experiencias exitosas que en la iniciativa SAPIA se desarrollen en los países. Es importante señalar el papel esencial de las Representaciones, quienes en coordinación con los servicios y organizaciones de cada país pueden rescatar las experiencias en curso, impulsar y coordinar el desarrollo de nuevas experiencias entre instituciones a la vez que fomentar actividades dentro de los programas regionales de la Organización.

3.3 *Las actividades generales de cooperación*

En vista del análisis de contexto y de la situación de salud de los pueblos indígenas en las Américas, las bases de política y los lineamientos para la acción presentados y las recomendaciones de la Reunión de Winnipeg, se proponen algunas estrategias y actividades generales de cooperación para el desarrollo de la iniciativa SAPIA 1993-1995, con la expectativa de invitar a los Cuerpos Directivos de la Organización a recomendar estrategias, cursos de acción y nuevas líneas de cooperación a los países.

Se estima que las actividades de cooperación se deben organizar alrededor de dos ejes fundamentales: i) el principio de participación de los pueblos indígenas en la conducción y gestión de la iniciativa SAPIA desde su etapa inicial; y ii) en la

⁹ Es importante desarrollar con el concurso amplio de comunidades indígenas y expertos a todo nivel, estrategias de comunicación en materia de salud y educación, en todos los niveles de acción de la iniciativa SAPIA. Desde la sensibilización a gobiernos, instituciones y a la sociedad en general, hasta la transmisión de información culturalmente apropiada hacia, desde y entre las comunidades indígenas y sus organizaciones hasta los sectores profesionales y técnicos en salud.

¹⁰ Tiene relación no solamente con hábitos alimenticios y las prácticas agrícolas tradicionales, sino, ante todo, con las fuentes de ingreso, la tenencia y utilización de la tierra, la preservación y explotación del habitat natural y el desarrollo de cultígenos tradicionales de alto valor nutritivo.

horizontalización de un programa coordinado de actividades de cooperación en SAPIA, a ser ejecutado a través de las Divisiones y Programas regulares de la Organización.

En principio, se propone establecer funciones de coordinación inter-programática, movilización de recursos y apoyo técnico a las iniciativas a nivel regional y de países seleccionados. Una vez establecidas estas funciones, se apoyarán encuentros y reuniones de trabajo en los países, para promover actividades de red para el intercambio de información básica y el enlace entre instituciones del sector oficial con ONGs; centros colaboradores en materias afines o institutos regionales; institutos indigenistas; y organizaciones indígenas. Se percibe la necesidad de recolectar información básica sobre las condiciones de vida y el nivel de salud de pueblos indígenas en áreas seleccionadas, para de un lado, documentar y evaluar la situación actual, y del otro, promover el intercambio y circulación del conocimiento en materia de salud indígena, medicina tradicional, proyectos activos y estudios en ejecución, etc..

El desarrollo de proyectos SAPIA, a nivel de SILOS en aquellos países seleccionados, tendrá la participación de las organizaciones indígenas a la par de recursos del sector oficial e informal de salud. Es en estos niveles que se esperan formular políticas y estrategias en SAPIA, así como experimentar con distintos modelos de atención primaria de salud, que sean socialmente relevantes y culturalmente "sensibles", y que promuevan la articulación de recursos locales, ejercitando los principios de mayor justicia distributiva y plena participación social que inspiran la estrategia de SILOS.

REFERENCIAS

Coloma, C. Iniciativa: Salud de los Pueblos Indígenas. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Latinoamérica. (Documento Base. Seminario-Taller '93). Winnipeg, Canadá, 1993.

Dion Stout, M. Los Pueblos Indígenas y la Salud en América del Norte. (Documento Base. Seminario-Taller '93). Winnipeg, Canadá 1993.

de Koning, H.W.(Editor), La Salud Ambiental y la Gestión de los Recursos de Agua Dulce en las Américas. Programa de Salud Ambiental, OPS. Washington, D.C., enero de 1992.

SSA-INI (Secretaría de Salud-Instituto Nacional Indigenista), La Salud de los Pueblos Indígenas en México. México D.F. 1992.

OPS/OMS, Resolución XV-XXXIII del Consejo Directivo. Informe de Progreso. Desarrollo y Fortalecimiento de lo Sistemas Locales de Salud. HSD/SILOS-10. Washington, D.C., 1991.

Paganini, J.M. y Capote Mir, R. (Eds.), Los Sistemas Locales de Salud, Publicación Científica No. 519. OPS, Washington, D.C., 1990.

OPS/OMS, Participación Social en la Producción de la Salud. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. HSS/SILOS-26. Washington, D.C., 1993.

OPS, Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas, 1991-1994. Washington, D.C.: OPS, 1991.

OPS, Subcomité de Planificación y Programación (SPP 18/7), Tema 8 del Programa Provisional. 18a Reunión, Washington, D.C., 8-10 de abril de 1992.

OPS, Ministerio de Salud República de Colombia, Promoción de la Salud y Equidad. Declaración de la Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Santafé de Bogotá, Colombia, noviembre 9-12 de 1992.

OPS/HSP, Contribución del Programa HSP al Documento de Trabajo Salud de los Pueblos Indígenas de la Región de las Américas. Washington, D.C., abril de 1993.

OMS, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ottawa, Canadá, noviembre de 1986.

PAHO, Health and Development of Women of Indigenous Peoples and Ethnic Groups (Subregional Project). Central American Health Initiative, Washington, D.C., September 1992.

PAHO, Health Conditions in the Americas. Scientific Publication No. 524, (Vol. I) Washington, D.C., 1990.

Rozental, M. Community Health and Development Process. Northwest Saskatchewan. Saskatchewan Indian Federated College Journal. Volume 4, No. 2, pp 115-136. 1988.

Wolf, E.R. Europe and the People without History. U. of California Press. Berkeley, CA., 1990.

**REUNION DE TRABAJO SOBRE
PUEBLOS INDIGENAS Y SALUD**

(Winnipeg, abril 13 al 18 de 1993)

RECOMENDACIONES ¹

Las recomendaciones de la Reunión de Winnipeg son las siguientes:

1. Dada la alarmante situación de salud que ha sido reportada en algunos pueblos indígenas del continente, se recomienda que los gobiernos y la OPS identifiquen con carácter inmediato las áreas prioritarias y las poblaciones más necesitadas, para luego declarar a éstas como zonas o pueblos en emergencia, por lo cual deben recibir un tratamiento especial y prioritario en materia de salud y mejoramiento de las condiciones de vida a nivel local. Es preciso definir a nivel de los países, conjuntamente con las poblaciones afectadas, las estrategias y los programas de intervención para superar los problemas de salud más urgentes, así como la definición de acciones a mediano y largo plazo.
2. La OPS y los Ministerios de Salud deberían asegurar un sistema de vigilancia sobre las condiciones de vida y situación de salud de los pueblos indígenas. Es necesario desarrollar métodos e instrumentos específicos e indicadores epidemiológicos para evaluar esta situación en forma continua y sistemática. Se deberán establecer mecanismos que permitan a la comunidad indígena participar en la definición del tipo de información a recoger y el uso que se dará a la misma.
3. El desarrollo de proyectos y programas de salud en comunidades indígenas se basará en la utilización máxima y apropiada de recursos locales y en la participación sistemática y activa de la población en el proceso de planificación, ejecución y evaluación de los mismos. La OPS y los gobiernos miembros deberían asegurar que en la ejecución de programas y proyectos de salud en los pueblos indígenas, se establezca la coordinación directa con las comunidades indígenas y organizaciones de base. Dichos programas deberán contribuir al fortalecimiento del auto-gobierno y autonomía de los pueblos indígenas.

¹ Cabe señalar que se preparó un borrador de estas recomendaciones al término de la Reunión de Winnipeg. Si bien el texto original y el orden asignado por los participantes han sido cambiados en la redacción de este Anexo, el contenido no ha sido modificado. Al momento de redacción de este anexo, no se había ratificado aún la versión final de las Recomendaciones y los delegados contaban con un período de seis semanas para hacer comentarios o correcciones sobre las mismas.

4. Especial prioridad se debe adjudicar a los programas de salud de la mujer. Las poblaciones indígenas migrantes y en zonas fronterizas, en particular aquellas sometidas a la migración forzada, deben ser objeto de políticas y programas especiales de salud.
5. La OPS y los países promoverán el diálogo y el intercambio entre los programas de Atención Primaria de Salud con la estrategia de SILOS, en áreas con poblaciones indígenas, con el fin de reajustar el contenido de los programas a las culturas locales y adaptar las actividades a las necesidades reales de las comunidades a nivel local. Este reajuste y adaptación debe ser hecho con participación directa de los pueblos indígenas.
6. Todos los proyectos y programas de salud en áreas indígenas deben respetar los valores culturales y las tradiciones, así como reconocer las diferencias geográficas y sociales de los pueblos indígenas involucrados.
7. En la definición de un nuevo modelo de atención de salud, la OPS y los Gobiernos Miembros deberán reconocer que la cultura y las relaciones interculturales tienen un papel fundamental como mediadores entre las condiciones materiales de vida y la salud de los individuos y las comunidades.
8. Los países deben hacer un esfuerzo de capacitación de los trabajadores de salud no indígenas que se desempeñan en áreas indígenas, para desarrollar actitudes favorables, comprensión y respeto hacia la cultura local, las creencias y las prácticas médicas tradicionales. Los trabajadores de salud en zonas remotas y de difícil acceso deben recibir incentivos y oportunidades de capacitación y formación adecuadas.
9. Las universidades, centros de estudio y entrenamiento, y el sector oficial deben asegurar cuotas para que miembros de los pueblos indígenas tengan acceso a los programas de entrenamiento para trabajadores de salud. Los criterios de selección de los candidatos y los perfiles educacionales serán establecidos con la participación de las comunidades indígenas. En la formación de profesionales y auxiliares de salud se debe dar relieve al área intercultural (salud y medicina transcultural) en el plan de estudios.
10. Que las instituciones internacionales y agencias gubernamentales reconozcan y utilicen la experiencia de los pueblos indígenas en la conservación y manejo del medio ambiente y sus recursos. Debe trabajarse mancomunadamente en la defensa de la tierra, en el mejoramiento de la vivienda y de la alimentación, en la preservación del medio ambiente natural y en el control de la contaminación ambiental.
11. La OPS y los Gobiernos Miembros deben fortalecer las políticas de conservación de recursos naturales y control a nivel de los países, estableciendo las regulaciones del

caso, con el fin de evitar la sobre-explotación y depredación de plantas y sustancias medicinales por industrias farmacéuticas y otros intereses creados, y preservar la biodiversidad.

12. La OPS debería promover activamente las iniciativas regionales y locales que se están desarrollando en búsqueda de una articulación entre la medicina tradicional y la medicina occidental, estimulando el intercambio de experiencias entre ellas, así como la mayor divulgación sobre el desarrollo y resultados de las mismas. El intercambio debe incluir no solo a los investigadores, sino también a los trabajadores de atención primaria y a los médicos o terapeutas tradicionales y las organizaciones indígenas.

13. Es de fundamental importancia que los países, con la asistencia técnica y el apoyo de la OPS, inicien la revisión de los Códigos Sanitarios, con el fin de reconocer los valores y las prácticas médicas tradicionales indígenas, procurando a la vez limitar o eliminar las medidas represivas o penales en contra de los médicos o terapeutas tradicionales.

14. La OPS debería prestar apoyo y cooperación técnica en el campo de la salud indígena y medicina tradicional, en la generación de conocimientos y su diseminación, a través de proyectos de investigación colaborativa entre países, promoviendo y apoyando redes de intercambio, reuniones, simposium y publicaciones especiales.

15. Es importante que la OPS estimule y apoye la investigación participativa relacionada con la salud de los pueblos indígenas. Los temas prioritarios deben definirse en conjunto con las poblaciones locales. Tanto el proceso como los resultados deberán ser compartidos con los pueblos indígenas a nivel local, regional y nacional.

16. Toda investigación-acción relacionada con la salud de los pueblos indígenas no será estimulada si no es planeada y conducida con la participación de las comunidades en todas sus etapas. Las investigaciones sobre salud indígena deberán ceñirse a los códigos de ética internacionales en vigencia. Las investigaciones sobre pueblos indígenas deberán contar con un mecanismo de control por parte de las poblaciones afectadas.

17. Los participantes desean enfatizar la necesidad de introducir leyes que respondan a los derechos y necesidades de salud de los pueblos indígenas y que éstas se cumplan. Sin el respaldo de la voluntad política, las leyes y dispositivos no tienen ningún valor.

18. Finalmente, los delegados a la Reunión quiere hacer los siguientes pronunciamientos dirigidos al ámbito internacional e intergubernamental:

- i) Solicitar a la OPS que se incluya el tema de Salud Indígena en la próxima Reunión de Ministros de Salud de las Américas, así como que se proponga su inclusión en la Agenda en la próxima Asamblea Mundial de la Salud.

- ii) Alentar al Grupo de Trabajo de Poblaciones Indígenas de la ONU para que se promulgue la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas.
- iii) Instar a los Gobiernos de la Región para la ratificación y aplicación del Convenio No. 169 de la OIT.
- iv) Recomendar se implementen las recomendaciones del Capítulo 26 de la Agenda 21, emanada de la Declaración de Rio de Janeiro sobre Medio Ambiente y Desarrollo.
- v) Instar a los Gobiernos Miembros a que se adopten las resoluciones emanadas de la Cumbre sobre Derechos de los Niños de la UNICEF, en particular en lo que atañe a la salud de los niños indígenas.
- vi) Propiciar que los países y la agencias responsables (i.e. UNESCO) arbitren las medidas necesarias para la recuperación, protección y preservación de lugares sagrados de los pueblos indígenas, con el fin de respetar la integridad del patrimonio cultural de estos pueblos.
- vii) Finalmente, los participantes a esta Reunión apelan con firmeza a que las agencias internacionales, los organismos no-gubernamentales, las instituciones y los gobiernos, movilicen los recursos económicos necesarios para la implantación de las recomendaciones emanadas de esta Reunión de Trabajo.

SEGUIMIENTO

Se destinaron varias recomendaciones para asegurar el seguimiento a las resoluciones adoptadas por la Reunión de Trabajo. Entre ellas se destacan las siguientes:

- a) Que se conforme una Comisión con delegados indígenas (de Norte, Centro y Sud América) a esta Reunión de Trabajo, con el fin de hacer el seguimiento a las acciones acordadas, prestar apoyo a la gestión de la OPS frente a los Cuerpos Directivos de la Organización y presentar las recomendaciones en la próxima Reunión de Ministros de Salud de la Américas.
- b) Los delegados de cada país presentarán las recomendaciones a los Ministros de Salud en sus respectivos países, para acompañar el esfuerzo que por su lado realizará la OPS en este sentido. Asimismo se encargarán de presentar estas recomendaciones en foros mundiales (e.g. la cumbre sobre Derechos Humanos) y regionales.

- c) **Conformar un Equipo de Trabajo para el apoyo y seguimiento de las medidas que adopten los distintos países en relación a la salud de los pueblos indígenas.**
- d) **Demandar el apoyo de los parlamentarios indígenas del continente en materia de legislación sobre salud indígena.**
- e) **Establecer una red de información entre los delegados (y otros) con una representación en cada país.**

ANEXO II
ESTIMACION DE LA POBLACION INDIGENA EN LAS AMERICAS
Países y Territorios Seleccionados
(en millones de habitantes)

	PAIS	POBLACION NACIONAL	POBLACION INDIGENA	%
Más del 40%	Bolivia	6,9	4,9	71
	Guatemala	8,0	5,3	66
	Perú	20,0	9,3	47
	Ecuador	9,5	4,1	43
Del 5% al 20%	Belice	0,15	0,029	19
	Honduras	4,8	0,70	15
	México	85,0	12,0	14
	Chile	12,0	1,0	8
	El Salvador	5,5	0,4	7
	Guyana	0,8	0,045	6
	Panamá	2,2	0,14	6
	Suriname	0,5	0,03	6
	Nicaragua	3,5	0,16	5
Del 1% al 4%	Guyana Francesa	0,1	0,004	4
	Paraguay	3,5	0,10	3
	Colombia	30,0	0,60	2
	Venezuela	18,0	0,40	2
	Jamaica	2,4	0,048	2
	Puerto Rico	3,6	0,072	2
	Canadá	25,0	0,35	1
	Costa Rica	2,9	0,03	1
	Argentina	31,9	0,35	1
Del 0,01% al 0,9%	Brasil	140,0	0,3	0,20
	E.U.A.	245,0	1,6	0,65

Banco Interamericano de Desarrollo, Proyecto Preliminar para la Creación del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, Washington, D.C., 1991;
 Instituto Indigenista Interamericano, Banco de Datos, México, 1992

ANEXO III
TABLAS CON INFORMACION SOBRE POBLACIONES INDIGENAS
ESPECIFICAS Y ENFERMEDADES

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

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Tasas	Tipo	Total País
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	
	Aymara			10,00%	Serología positiva	
	Pehuenche (Comun. Lonquimay)		Hidatidosis	100	por 100 000 habitantes	7
	Pehuenche (población femenina)			48	por 100 000 habitantes	7
	Aymara (pobl femenina Parinacota)	1968	Bocio	50%		
		1990	Sífilis	5%	por 100 000 hab	7
		1990	Candidiasis	26,30%		
		1990	Tricomoniásis	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-1	0,00%	Serología positiva ELISA		
Mapuche	1975-1980	Esperanza de vida al nacer	59 años			
	1988		63 años		71	
(Reducciones indig seleccionadas)	1985	Mortalidad Infantil	45	por mil nacidos vivos	20	

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

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

3 Inostroza, J, Diaz, P y Saunier, C "Prevalence of Antibodies to HIV-1 in South American Indians (Mapuches) from Chile" in Scandinavian Journal of Infectious 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% ¹
		1985-1990					110% ²
	Quechua	1976	Mortalidad Infantil según idioma de la madre.		277,7% ⁶⁰	Quechua	153% ⁶⁰
	Aymara				238,8% ⁶⁰	Aymara	
					186,8% ⁶⁰	Español y otro	
				125,6% ⁶⁰	Español		
	1981	Causas de muerte en < 5 años			(según Registro Civil)		
		Enf Infecciosas Intestinales	2 257			19%	
		Enf del Aparato Respiratorio	2 211			36,70%	
		Ciertas afecciones originadas en el periodo neonatal	1 664			14%	
		Otras Enf Bacterianas	1 020			8,60%	
		Enf Víricas	743			6,20%	
		Sint y Estados Morb mal definidos	1 223			10,30%	

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

(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%		2.79	
			Enf del aparato digestivo		7.50%			
	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%				
Cestodes								
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	Marauá 127	Surucucu 3210	Xidéa 2029	Homoxi 2501	Parafuri 366	Auarais 2764	Waikás 159	Ericó 239	Palimú 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)
			Paratosis (n= 650)		15,69%	Casos positivos al momento del estudio	
			Diarrea (n=656)		10,36%		
			Anemia (n= 655)		8,70%		
			Sifilis		4,50%	VDRL positivos	0,37% (3)
	Angaité, Lengua, Sanapaná, Tobas-Maskoy		Tuberculosis (n=104)		6,50%	Baciloscopia positiva	0,52% (3)
			Paratosis (n= 592)		31,25%	Casos positivos al momento del estudio	
			Diarrea (n=596)		6,54%		
			Anemia (n=621)		19,64%		
			Sifilis		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				
			Tacnia 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 "Parasitos 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 país sudamericanos.
(continuación)

País	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Número	Tasas	Tipo	Total País
VENEZUELA (1)	Territorio Federal de Amazonas	1986	Tasa de natalidad	1357	18.4	por mil habitantes	28.3
	Yanomami (28.49%), Guajibo (21.28%),	1987	Tasa de mortalidad general		3.4 ‰		4.4‰
	Piaroa (20.62%), Yequana (8.91%),	1984	Diagnóstico de Hospital y				
	Curripaco (4.76%), Bare (3.71%).		Medicaturas Rurales				
	Baniva (3.42), Piapoco (1.88%).		Catarro	2155			
	Saxema (6.94%), Pumave (1.44%).		Amigdalitis	950			
	Warekena (0.93%), Hotis (1.17%)		Helmintiasis	713			
	Yaberana (0.45%), Panare (6.98%),		Anemias	666			
	Otros (1.04%), No especificados (2.24%)		Gastroenteritis	593			
			Gastroduodenal	540			
			Heridas	323			
			Micosis	110			
			Piodermatitis	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.

Pais	Región o pueblo indígena	Fecha	Patología o indicador	Tasas	Tipo	Total Pais	
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%	

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, I y Urrutia, J "Citomegalovirus durante el primer año de vida estudio prospectivo en una población indígena de Guatemala" Boletín Oficina Sanitaria Panamericana 83 (3) 218-222, 1977

(continúa)

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		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
	Zonas marginadas rurales (3)	1986	Patologías con puerta de entrada por vía digestiva (enteritis, amebiasis, 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 Mexico 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-COPIAMAR

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		69%					
			Machi o curandera		23%					
			Personas sin capacitación		7%					
			Auxiliares de salud rural		1%					
Bolivia (2)	Total país	1982	Partos institucionales (Ministerio de Salud y Seg. Social)	47 760		Distribución porcentual de atención del parto	18,90%			
			Partos domiciliarios				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	6,20%	41,90%
								Centro de Salud	1,60%	1,70%
								Consultorio, clínica	0,70%	8,10%
								Domicilio	90,80%	47,80%
								Otros	0,70%	0,60%
			Selva					Hospital	7,90%	41,90%
								Centro de Salud	1,40%	1,70%
								Consultorio, clínica	1,60%	8,10%
								Domicilio	88,20%	47,80%
Otros	1%	0,60%								
Ecuador (4)	Comunidades indígenas quichuas	1981	Parto domiciliario sola, marido, familiares o partera			Distribución porcentual de atención del parto				
			Institucional médico y enfermera					83%		
			Sierra: Imbabura					Parto domiciliario sola, marido, familiares o partera	7%	
								Institucional médico y enfermera	98%	
			Bolívar					Parto domiciliario sola, marido, familiares o partera	2%	
								Institucional médico y enfermera	96%	
Comunidades indígenas quichuas. Selva Pastaza	Parto domiciliario sola, marido, familiares o partera	96%								
	Institucional médico y enfermera	4%								

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., Forbes 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" CIFI, Universidad Católica del Ecuador, Quito 1981

(continúa)

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)	Areas rurales	1989	Atención del parto comadronas		77%			
	Indígenas del área Maya		comadronas		90%			
	Areas 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 menores 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	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%		
	Sololá Totonicapán	1978	Déficit peso	40,60%	niños indígenas	37,40%
			Déficit talla	71,60%	niños indígenas en escolares de 6-9 años	
Totonicapán, Jalapa, Zacapa, Escuintla, Amatitlán, Santa Rosa y Baja Veracruz	1990	Desnutrición moderada y severa.	64,60%			
		Desnutrición en niños menores de 5 años (n= 74 000) Moderada y severa	60,50%			
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	66,4%		
	Total país		Desnutrición crónica	5,40%		
	Área rural		Estado nutricional (según perímetro mesobraquial-talla-edad) <5 años		Diferencia porcentual entre las zonas mejor y peor nutrida	358,80%
			Consumo promedio per cápita			
		Kilocalorías		kcal./día	1 880	
		Proteínas		gramos/día	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 / SEGFPIAN, 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	30%
			Alcantarillado			
	Cámara séptica		14%			
	Rural (Total país)		Pozo ciego			52%
Ninguno				0,30%		
			Eliminación de excretas			0,50%
			Alcantarillado			3,50%
			Cámara séptica			95,70%
			Pozo ciego			
			Ninguno			
	Población total país		Abastecimiento de agua		Porcentaje de la población	39%
			Acceso a red pública			24%
			Pozo			33%
			Río, lago, acequia			4%
			Otro			
Perú (5)	Población rural	1988	Abastecimiento de agua potable		Porcentaje de la población	22,31%
	Población urbana				Porcentaje de la población	77,60%
	Población rural		Alcantarillado y eliminación de excretas		Porcentaje de la población	16,60%
	Población urbana				Porcentaje de la población	55,0% (6)
Ecuador (5)	Población rural	1988	Abastecimiento de agua potable		Porcentaje de la población	36,97%
	Población urbana				Porcentaje de la población	75,11%
	Población rural		Alcantarillado y eliminación de excretas		Porcentaje de la población	34,19%
	Población urbana				Porcentaje de la población	75,24%

(continúa)

1 "Condiciones de vida de los pueblos indígenas. Estudio realizado en reducciones mapuches seleccionadas" Universidad de la Frontera/INE/Fundación Instituto Indígena/CELADE, 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	68,50%	Porcentaje de viviendas	
			Pozo, aljibe Canilla o pico comunitario Otra	25,40% 5,90% 0,30%		
			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 Norte			43% 25,10%		
	Población rural		Saneamiento			51,60%
	Nor-occidente Sur-occidente Norte			54,60% 40% 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 IPIA "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 / SI GI PLAN, Guatemala 1991

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