

ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD ANDINO, ASIS ANDINO, CON ENFOQUE INTERCULTURAL

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Son parte del Organismo Andino de Salud seis países con diferente grado de desarrollo económico social: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y la República Bolivariana de Venezuela. Todos los países andinos, y muchos de los países de América latina, tienen rasgos comunes como lengua, religión, costumbres que se explican por la historia común de los países andinos, todos colonizados por más de 300 años por la corona española. Pero al mismo tiempo, los países andinos tienen también grandes diferencias entre sí y al interior de cada uno de ellos. Estas diferencias se explican por el diferente grado de desarrollo económico y social alcanzado por países del área andina y por los pueblos indígeno-originarios que han habitado el continente americano desde antes de la colonización española y cuyas lenguas, costumbres y cosmovisiones perviven hasta ahora, articuladas con patrones culturales dominantes en las formaciones sociales de los países andinos y suramericanos.

Los Ministros y Ministras de Salud del Área Andina, en respuesta a las iniciativas orientadas a brindar servicios de salud con enfoque intercultural, emitieron las Resoluciones REMSAA XXVII/417 2006 y REMSAA/438/marzo 2007, que permitieron la Constitución de la Comisión Andina de Salud Intercultural y la elaboración del Plan Andino de Salud Intercultural, respectivamente

Las acciones en Salud Intercultural llevadas a cabo en los países andinos han estado orientadas a reconocer e incorporar aspectos culturales de la medicina tradicional, en el proceso de atención de salud, valorando la diversidad cultural y social del ser humano como un factor importante en todo proceso de salud y enfermedad; perspectiva que busca articular las prácticas de la medicina tradicional y de la medicina académica; así como, disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud.

Los Derechos de los Pueblos Indígenas considerados en el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo de 1989, (ratificada por todos los países andinos) y la Declaración sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas aprobada por las Naciones Unidas en septiembre de 2007, así como también las legislaciones de los países andinos, obligan a los Estados a definir políticas, estrategias, planes, programas, etc. que garanticen el ejercicio pleno de los derechos de los pueblos indígenas y originarios.

Como resultado de las reuniones sostenidas por los miembros de la Comisión Andina de Salud Intercultural, se ha establecido como objetivo general del Plan Andino, fortalecer las acciones que se vienen desarrollando en el marco de los Planes Nacionales de Salud contribuyendo al ejercicio de los derechos de las poblaciones indígenas, promoviendo espacios de concertación social que permita la construcción de modelos de salud que responda a las culturas de los pueblos originarios y de los afro descendientes, al empoderamiento de dichas poblaciones y mejorar la salud de la población indígena de los países miembros del Organismo Andino de Salud (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela).

Comisión Andina de Salud Intercultural, con el apoyo del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue (ORAS CONHU), ha estructurado un Plan Andino de Salud

Intercultural con el fin de contribuir a fortalecer las acciones que se desarrollan en los países andinos para favorecer el enfoque intercultural, dirigidas a hacer realidad: el derecho a la salud de nuestros pueblos originarios, a disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud de la población indígena, y a promover el dialogo, articulación y complementariedad entre los saberes y prácticas de la medicina tradicional indígena y la medicina académica, así como a la construcción de modelos de salud con pertinencia intercultural;

Uno de los objetivos del Plan es contar con indicadores epidemiológicos diferenciados en los sistemas de información de los países, que permitan el desarrollo de una guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS Andino con enfoque intercultural

Los instrumentos actualmente utilizados para la recolección de datos, las metodologías de análisis formalmente utilizadas y las interpretaciones de las mismas, no contemplan de manera ecuánime y equilibrada el estado de situación de la salud de las poblaciones, particularmente de las provenientes de los pueblos originarios; a los que se incluyen los afro americanos trasladados durante la colonia en calidad de esclavitud. Por el contrario existe una suerte de invisibilización o tendencia a ignorarlas o sólo visibilizarlas cuando se trata de mostrar los peores datos, en una suerte de inculparlos por los malos indicadores del país respectivo.

En consecuencia, es imperiosa la elaboración de una propuesta de Guía conceptual y Metodológica para la construcción del Análisis de Situación de Salud Andino con enfoque intercultural, ASIS Andino Intercultural, que contemple los valores, costumbres, visiones, saberes y lecturas de los pueblos indígenas originarios, evitando la antropologización de la salud de los mismos, que en esencia se trata de un problema social y de distribución desigual del poder político y económico entre la población. El ASIS Andino Intercultural debe, a partir de los pueblos indígenas, permitir a los sistemas de salud de todos los países andinos generar mecanismos articuladores con esas antiguas formas de ver y hacer salud.

Para elaborar esta Guía Conceptual Metodológica se ha decidido contratar a un consultor experto en el tema, con amplia experiencia de trabajo en interculturalidad que sistematice la información existente en la región y elabore una propuesta de Guía conceptual y metodológica para la construcción del Análisis Situacional de Salud Andino con enfoque intercultural y pluricultural.

2. PUEBLOS INDÍGENAS EN LA SUBREGIÓN ANDINA

2.1. Descripción de la ubicación y composición de los pueblos indígenas en los países andinos.

En las últimas décadas los gobiernos de los países andinos, y los de América Latina en general, han introducido reformas dirigidas a reconocer los derechos de los pueblos indígenas y de las poblaciones afrolatinas. De acuerdo con Van Coot, citado por Peter Wade en "Etnicidad, multiculturalismo y políticas sociales en Latinoamérica", entre estas reformas se incluyen algunos de los siguientes elementos:

- Reconocimiento del carácter multicultural o pluricultural de las naciones y de la especificidad colectiva distintiva de los pueblos indígenas.
- Reconocimiento de la ley tradicional indígena.
- Reconocimiento de los derechos a la propiedad colectiva de la tierra..
- Estatus oficial para las lenguas indígenas en las comunidades indígenas.
- Establecimiento de la educación bilingüe.

Las razones para estas reformas son múltiples: La necesidad de luchar contra la exclusión social por parte de los estados es una de las principales razones que citan muchos autores, puesto que como sostiene Gros (1997) citado por Peter Wade en Etnicidad, multiculturalismo y políticas sociales en Latinoamérica, "los Estados ahora acogen la diferencia como una nueva forma de gobernar en una época en la que el "desarrollo" está en crisis, los ajustes estructurales y el neoliberalismo han causado impactos brutales en las entidades públicas de bienestar y la colonización de fronteras continúa a pasos acelerados." Según el mismo autor, los Estados tenían interés de estas formas de gobierno neoliberales, mediante las que podía lograrse indirectamente el control de áreas marginales creando o cooptando organizaciones indígenas en estas zonas o incentivándolas para involucrarse en un diálogo formal con el Estado. En otras palabras esta política sería una forma de legitimación del Estado Neoliberal frente a los pueblos indígenas de cada país.

La otra razón para la implementación de las reformas constitucionales, sin duda alguna la más importante, es la emergencia de los movimientos sociales en el escenario político de los países latinoamericanos. Desde la década de los noventa los países latinoamericanos, entre ellos los países andinos, asisten a formidables movilizaciones de los movimientos indígenas por el reconocimiento de sus derechos económicos, sociales y culturales, y principalmente el derecho a tierra y territorio. El resultado de estas movilizaciones y de esta lucha son los procesos de cambio que se están dando en Bolivia, Ecuador y Paraguay. En el caso de Bolivia, los movimientos sociales, con indiscutible presencia indígena, son la base social fundamental del proceso de cambio que se da en ese país.

Los países andinos han sido habitados en la etapa pre-colonial por pueblos indígenas y originarios portadores de sus propias culturas y que más tarde, en la época republicana, se vieron incorporados a las naciones independizadas y, en algunos casos, resultaron fragmentados en diferentes Estados. Estos pueblos indígenos originarios han pervivido durante toda la época republicana, explotados económicamente, subordinados políticamente y discriminados y excluidos socialmente por las clases dominantes de las formaciones sociales latinoamericanas. Esto no ha permitido la visibilidad de los pueblos indígenas y

originarios. En los últimos años asistimos a una emergencia de los movimientos indígenas y de pueblos originarios. De hecho, en la actualidad las constituciones de por lo menos once países de América Latina reconocen y aceptan su pluriculturalidad: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Paraguay, Perú y Venezuela.

En algunos casos, como Ecuador y Bolivia, las nuevas constituciones políticas reconocen el carácter multinacional o plurinacional de esos países. La Nueva Constitución Política del Estado del Ecuador de 2008, reconoce el carácter intercultural y plurinacional de este país. En Bolivia, la Nueva Constitución Política aprobada mediante referéndum nacional, reconoce el carácter multiétnico y pluricultural de ese país. En su artículo 3º esta Constitución establece: “La nación boliviana está conformada por la totalidad de las bolivianas y los bolivianos, las naciones y pueblos indígena originario campesinos, y las comunidades interculturales y afrobolivianas que en conjunto constituyen el pueblo boliviano.”, dando fin, de esta manera, con la discriminación a la que han estado sometidas por siglos las naciones indígenas y pueblos originarios de ese país.

La Constitución Política de Colombia de 1991 define a este país como multiétnico y pluricultural, reconociendo el derecho a una educación acorde con sus propias cosmovisiones y que afirme su identidad cultural, el respeto a la propiedad colectiva de la tierra (resguardos) y a la preservación de sus valores culturales. En Colombia, se reconoce la representación de los grupos étnicos en el Senado, en el Congreso y en los diversos cuerpos colegiados sectoriales y locales (Derechos de los Pueblos Indígenas, 2002)

Chile, con una proporción relativamente baja de población indígena con relación a otros países del Área Andina reconoce por ley una educación diferenciada, es decir una educación de carácter intercultural.

“Se estima que la población indígena en América Latina asciende a 34 a 40 millones de personas, lo que representa aproximadamente entre el 8 al 10% de la población total latinoamericana, estimándose que un 90% de esta población indígena habita en México, Guatemala, Ecuador, Bolivia y Perú. Bolivia tiene una población indígena aproximada a los 5 millones (71% de su población, mientras que en el Ecuador la población indígena se calcula entre el 20 al 40% de la población total. Perú tiene una población indígena de entre el 30% al 45% de su población. En Colombia la población indígena es comparativamente menor con relación a los otros países andinos, 1% del total de más de 39 millones de habitantes.” (Peter Wade. Etnicidad, multiculturalismo y políticas sociales en Latinoamérica: Poblaciones afrolatinas (e indígenas). 2006).

En los siguientes cuadros se muestran estadísticas sobre los pueblos indígenas originarios que conforman la pluralidad de las formaciones sociales andinas. Para la elaboración de estos cuadros se ha recurrido sobre todo a información oficial (censos nacionales) de los países andinos, así como a diferentes fuentes bibliográficas y de información disponibles.

PUEBOS INDÍGENAS EN LA REGIÓN ANDINA

País	Nº de grupos étnicos	Población país	Población indígena		Ecoregión
			Nº	%	
Bolivia (2001)	36	8.274.325	4.133.138	50.0	Andino, chaco, amazónico
Chile (2002)	8	15.116.435	692.192	4.6	Urbano y rural
Colombia (2005)	87	41.468.384	1.392.623	3.4	Costa, sierra y amazonía
Ecuador (2001)	35	12.156.608	830.418	6.8	Sierra. Costa y amazonía
Perú (1993-2007)	50	27.412.157	4.358.532	15.9	Andino, amazónico
Venezuela (2001)	32	23.054.210	511.329	2.2	Andino, Amazónico
Total	248	127.482.119	11.918.232	9.3	Andino, amazónico y urbana

Fuente: Elaboración propia en base a información censal y otras fuentes

De acuerdo con los datos registrados en el cuadro anterior, en el vasto territorio de la subregión andina habitan aproximadamente 248 pueblos indígenas. En los seis países andinos, la totalidad de la población indígena asciende a 11.918.232 habitantes, según los datos registrados por los últimos censos nacionales de estos países. Esta cifra representa el 9.3% de la población total de la subregión. Este porcentaje, sin duda alguna, es un subregistro de la verdadera población indígena en los países andinos, puesto que diferentes estudios afirman que la población indígena en el área andina se aproxima al 40% de la población total. Este subregistro se explica sobre todo porque los procesos censales utilizan diferentes parámetros para conocer la realidad de la población indígena en nuestros países. En Perú, por ejemplo, el censo de 2007, sólo toma en cuenta la lengua materna como referente para la inclusión dentro de la población indígena, mientras que en los otros países andinos, Bolivia y Colombia entre ellos, la libre autoidentificación de las personas con uno u otro pueblo indígena y el sentido de pertenencia étnica a una cultura, grupo o etnia son criterios de importancia para la identificación de la pertenencia a un pueblo indígena o no indígena.

Con las aclaraciones sobre la información registrada en el cuadro anterior, se observa que proporcionalmente los países con mayor porcentaje de población indígena son Bolivia (50.0%), Perú (15.9%) y Ecuador (6.8%). En el otro lado, los países con menor población indígena son Chile (4.6%), Colombia (3.4%) y Venezuela (2.2%). En Colombia, pese a tener una población indígena relativamente baja con relación a la población total, es el país del área andina que cuenta con el mayor número de pueblos indígenas.. De los 248 pueblos indígenas que habitan en los países del área andina, 81 (32.7%) se encuentran en Colombia; mientras que en Bolivia, el país proporcionalmente más indígena de la subregión, el porcentaje de pueblos indígenas y grupos étnicos representa sólo el 14.5% del total de pueblos indígenas existentes en la subregión andina.

En cifras absolutas, Perú es el país con mayor población indígena del Área Andina con 4.358.532 habitantes, que representa el 36.6% de la población indígena andina. La población indígena de Bolivia, con 4.133.138 personas, representa el 34.7% de la población indígena andina. La población indígena de Colombia, con 1.392.623 personas, representa el 11.7% del total de la población indígena andina. Los países del área andina con más baja población indígena, en cifras absolutas son Ecuador con 830.418 personas, 7.7% de la población indígena andina. La población indígena de Chile con 692.192 personas representa el 5.8% de la población indígena del área andina y, finalmente, la población indígena de la

República Bolivariana de Venezuela, con 511.329 personas, representa el 4.3% de la población indígena andina.

Los anteriores son datos oficiales extraídos de los censos nacionales de cada país, por tanto, es sobre la base de estos datos que se debe trabajar en los diferentes programas y proyectos dirigidos a los pueblos indígenas del área andina. Sin embargo, es necesario tomar en cuenta que al no existir criterios uniformes para la identificación de quién es indígena o quién no lo es, puede tratarse de un registro de la verdadera realidad demográfica de la población indígena en los países andinos. Anne Deruyttere, en la presentación realizada ante el Foro de las Américas del Banco Interamericano de Desarrollo, en abril de 1997, presentaba datos sobre la población total e indígena de los países de América Latina, de la cual extraemos datos correspondientes a los países del área andina.

POBLACIÓN TOTAL E INDÍGENA DE LOS PAÍSES DEL ÁREA ANDINA

Rango de población indígena	Países	Población nacional	Población indígena	Porcentaje
Más del 20%	1. Bolivia	8.200.000	4.142.187	50.51
	2. Perú	22.900.000	8.793.295	38.39
	3. Ecuador	10.600.000	2.634.494	24.85
Entre el 3% y 20%	4. Chile	14.000.000	989.745	7.06
Menos del 3%	5. Colombia	35.600.000	620.052	1.74
	6. Venezuela	21.300.000	315.815	1.48
Total países		112.600.000	17.495.588	15.54

Fuente: Instituto Indigenista Interamericano, América indígena. Vol. LIII, N° 4, octubre-diciembre

2.2. Pueblos indígenas en Bolivia

Entre los países andinos, Bolivia es el país que tiene porcentualmente una población indígena mayor con relación a la población total de ese país. En el censo de 1976, la población indígena representaba el 64.46% de la población total de este país, este porcentaje disminuyó a 61.42% en el censo 1992 y a 49.95% en el censo de 2001, es decir que la mitad de la población de Bolivia se autoidentifica como perteneciente a un pueblo indígena. En cifras absolutas, la población indígena de Bolivia aumentó de 2.639.504 personas en 1976 a 4.133.138 en 2001, que representa un aumento del 56.6%.

Cuando se pregunta a las personas de 15 o más años sobre su autoidentificación con pueblos originarios o indígenas, la población indígena de Bolivia asciende al 62.05% de la población mayor de 15 años. El censo 200, incluyó una pregunta sobre pertenencia de la población a pueblos originarios o indígenas en población de 15 años o más, los resultados de la población indígena de acuerdo con esta pregunta se muestran en el siguiente cuadro.

BOLIVIA: POBLACIÓN DE 15 AÑOS O MÁS QUE SE IDENTIFICA CON PUEBLO ORIGINARIO O INDÍGENA. SEGÚN DEPARTAMENTO

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN TOTAL	POBLACIÓN QUE SE AUTOIDENTIFICA	
		Total	Porcentaje
Bolivia	5.064.992	3.142.637	62.05
Chuquisaca	308.386	202.204	65.57
La Paz	1.501.970	1.163.418	77.46
Cochabamba	900.020	669.261	74.36
Oruro	250.983	185.474	73.90
Potosí	414.838	347.847	83.85
Tarija	239.550	47.175	19.69
Santa Cruz	1.216.658	456.102	37.49
Beni	202.169	66.217	32.75
Pando	30.418	4.939	16.24

Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Censo 2001

Del total del grupo poblacional de 15 o más años, 3.142.637 (62.05%) se autoidentificaron con pueblos originarios o indígenas. Por otra parte, es importante señalar que el 55.6% de la población indígena boliviana reside en área urbana y el 44.4% en área rural. En el área urbana de 3.268.660 personas mayores de 15 años, 1.746.429 (53.4%) se autoidentificaron como indígenas; mientras que en el área rural, de 1.796.332 personas de 15 años o más, 1.396.208 (77.7%) se autoidentificaron como indígenas.

De acuerdo con el criterio de pertenencia, los departamentos de Bolivia con mayores porcentajes de población indígena son Potosí con 83.9%, La paz con 77.5% de población indígena, Cochabamba con 74.4% de población indígena, Oruro 73.9% y Chuquisaca con 65.6%. Los departamentos de Bolivia con menor porcentaje de población indígena son Tarija y Pando, con 19.7% y 16.2%, respectivamente. En el departamento de Santa Cruz el 37.5% de la población se declara perteneciente a algún pueblo indígena y en el departamento de Beni el 32.8% de la población.

PUEBLOS INDÍGENAS EN BOLIVIA

GRUPO ÉTNICO	ECO-REGIÓN	UBICACIÓN (HABITAT)	POBLACIÓN	IDIOMA
1. Quechuas	Andina	Muchos municipios de los Dptos. De Chuquisaca, Cochabamba, Potosí, Oruro y La Paz.	2.281.198	Quechua
2. Aymaras	Andina altiplánica	Muchos municipios de los Dptos. de La Paz, Oruro y Potosí	1.525.321	Aymara
3. Guaraní	Chaqueña	16 municipios en la región chaqueña de los Dptos. De Santa Cruz, Chuquisaca y Tarija	62.575	Tupi
4. Araonas	Amazónica	Municipio de Ixiamas. La Paz	111	
5. Ayareos	Amazónica	Municipio Chiquitos. Sta. Cruz	1.398	Zamuco
6. Baures	Amazónica	Municipios Baure, El Carmen y Huacaraje. Beni	67	Arawak
7. Canichana	Amazónica	Municipio San Javier. Beni	4	No clasificado
8. Cavineño	Amazónica	Municipios de Riberalta, G. Moreno, Reyes, Ixiazmas de los Dptos. de Beni, Pando y La Paz.	601	Tacana
9. Cayubaba	Amazónica	Municipio exaltación. Beni	23	No clasificado
10. Chacobo	Amazónica Norte	Municipios Riberalta y Exaltación del Dpto. del Beni	380	Pano
11. Chimanes	Amazónica	Municipios de San Borja y Rurrenabaque del Dpto. del Beni	6.351	Moseten
12. Chiquitano	Amazónica	Municipios de San Ignacio, San Miguel y San Rafael, del	4.615	Chiquito

		Dpto. de Santa Cruz		
13. Esse Eija	Amazónica	Municipios de S. Buenaventura del Dpto de La Paz y Gonzalo Moreno del Beni	518	Tacana
14. Guarayo	Amazónica	Municipios Ascensión de Guarayos y Uribichá del Dpto. de Santa Cruz	8.450	Tupi guaraní
15. Itonama	Amazónica	Municipios de Magdalena y San Joaquín del Dpto. de Beni	389	Itonama
16. Joaquiniano	Amazónica	Municipios de San Joaquín, San Ramón y Puerto Siles del Dpto. del Beni.	13	Conglomerado multiétnico
17. Leco	Amazónica	Municipios Guanay y Apolo del Dpto de La Paz	132	Leco o Lapa lapa
18. Machineri	Amazónica	Municipio de Bolpebra del Dpto. de Pando	13	Arawak
19. More o Itenez	Amazónica	Municipio Puerto Siles del Dpto. del Beni	44	Chapacura
20. Moseten	Amazónica	Municipio Palos Blancos de La Paz y San Borja del Beni	948	Moseten
21. Movima	Amazónica	Municipios Santa Ana, Exaltación, San Joaquín y San Ignacio del Beni	1.173	No clasificada
22. Moxeño	Amazónica	Municipios de Trinidad, San Javier, San Pedro,, Moxos, Loreto y San Andrés del Dpto. de Beni	4.228	Arawak
23. Pacahuara			6	
24. Reyesanos (maropa)	Amazónica	Municipios Reyes y Santa Rosa del Dpto. del Beni.	53	Tacana
25. Sirionó			187	
26. Tacanas	Amazónica	Municipios de Ixiamas y San Buenaventura de La Paz y Municipio de Riberalta del Beni	1.153	
27. Tapiete	Chaqueña	Municipio Villa Montes de Tarija	29	Tupi guaraní
28 Uru (Chipaya, uro-ito, murato)	Andino altiplánica	Municipios Chipaya, El Choro,, Poopo, Pazña, Challapata, Santuario de Quillacas, Santiago de Huari, Pampa Aullagas, Anadamarca y Toledo del Dpto. de Oruro.	1.795	Puquina
29. Weenhayek (mataco)	Chaqueña	Municipios de Yacuiba y Villa Montes del Dpto. de Tarija	1.929	Weenhayek
30. Yaminawa	Amazónica	Municipio Bolpebra del Dpto. de Pando	51	Pano
31. Yuquí	Amazónica	Municipio Puerto Villarroel del Dpto. de Cochabamba	140	Mwmya (Tupi Guarani)
32. Yuracaré	Amazónica	Municipios de Villa Tunari, Chimoré y Puerto Villarroel de Cochabamba; San Ignacio de Moxos del Beni	1.809	No clasificada
33. Afrobolivianos	Amazónica subtropical	Provincias Nor y Sur Yungas. La Paz.	20.711	Castellano
34. Guarasugwe	Amazónica	Municipio San Ignacio del Dpto. de Santa Cruz	31	Tupi guaraní
35. Caripuna	Amazónica	Provincias Mamoré, Yacuma, V. Diez y F. Roman	-	Pano
36. Nahua	Amazónica	Municipio Manuripi	-	Nahua

Fuente: Elaboración propia, en base a datos del INE. Censo 2001

Oficialmente en Bolivia se reconocen 36 diversidades culturales o pueblos indígenas.. Según el idioma o la lengua hablada, el censo de Población y Vivienda del 2001 realizado por el Instituto Nacional de Estadística registra 32 pueblos indígenas, incluyendo la población indígena castellano parlante. El Censo 2001, no incluye a la población afroboliviano, que mayoritariamente habla castellano, ni a los pueblos indígenas guarasugwe, caripuna y nahua. Algunos de los pueblos indígenas, especialmente de la Amazonía Boliviana, corren el peligro de su extinción. En el otro lado, las naciones aymará, quechua y guaraní son de una importancia cada vez mayor en el quehacer político, social y cultural de Bolivia.

BOLIVIA: POBLACIÓN INDÍGENA SEGÚN LENGUA HABLADA

Lengua hablada	Población	Porcentaje
Castellano	2.848.719	68.9
Quechua	2.281.198	55.2
Aymará	1.525.321	36.9
Guaraní	62.575	1.5

Fuente: INE. Censo 2001

De acuerdo al idioma que se habla, de los 4.133. 138 indígenas del país, 2.848.719 hablan el idioma castellano (68.9%), le sigue en importancia los indígenas que hablan quechua que alcanza a 2.281.198 (55.2%) hablantes, seguida de la aymará con 1.525.321 (36.9%) y la guaraní 62.575 (1.5%) personas. El resto son grupos étnicos con una población mucho más baja, algunos inclusive en vías de extinción.

Territorialmente, los pueblos indígenas de Bolivia ocupan los 9 departamentos y los 328 municipios de ese país. En 105 municipios la población indígena supera al 90% de la población total.

2.3. Pueblos indígenas en Chile

Según datos registrados en el censo de 2002, la población de Chile alcanza a 15.116.435 habitantes, de éstos 692.192 (4.6% de la población total) pertenecen a algunos de los 8 grupos étnicos reconocidos oficialmente en este país. El censo de 1992, preguntó a los ciudadanos chilenos sobre su pertenencia a solamente las culturas mapuche, aymará y rapanui, mientras que el censo de 2002 se preguntó sobre la pertenencia a uno de los ocho grupos étnicos reconocidos por la legislación vigente en ese país. Los resultados del Censo 2002, con relación a población indígena de Chile se muestran en el siguiente cuadro.

CHILE: PUEBLOS INDÍGENAS

GRUPO ÉTNICO	POBLACIÓN	%	ECOREGIÓN	IDIOMA
1. Alacalufe	2.622	0.4	Urbano rural	
2. Atacameño	21.015	3.0	Urbano rural	
3. Aymará	48.501	7.0	Urbano rural	Aymará
4. Colla	3.118	0.5	Urbano rural	
5. Mapuche	604.349	87.3	Urbano rural	
6. Quechua	6.175	0.9	Urbano rural	Quechua
7. Rapanui	4.647	0.7	Urbano rural	
8. Yámana	1.765	0.2	Urbano rural	
Total	692.192	100.0	Urbano rural	

Fuente: Instituto nacional de Estadística. Censo 2002

De lejos, el pueblo indígena mapuche es el más importante de la formación social chilena, puesto que representa el 87.31% de toda la población indígena de ese país. En importancia, le sigue la población aymará que representa el 7.01% de la población indígena y el pueblo atacameño que llega al 3.0% de la población indígena. El resto de de la población indígena de Chile representa menos del 3.0%. El pueblo indígena yámana es el de menor población entre la población indígena de Chile, llegando apenas a 1.765 personas, 0.2%. Dentro la población indígena de Chile, las mujeres constituyen el 49.6%, El índice de masculinidad en población indígena es de 101.6 y de 96.9 en la población no indígena.

De acuerdo a localización espacial de la población indígena de Chile: el 33.6% de la población mapuche habita en la región IX de la Araucanía; el 30.3% en la región metropolitana de Santiago, y en la región X de Los Lagos habita el 16.6% del pueblo mapuche. La población aymará, en cambio, se concentra principalmente en la región I de Tarapacá donde vive el 83.9% de los aymarás. El 65.9% de la población atacameña vive en la región II de Antofagasta y el 14.6% en la región III de Atacama. Según los resultados del Censo 2002, el 64.8% de la población indígena de Chile vive en el área urbana.

DISTRIBUCIÓN URBANO - RURAL DE LA POBLACIÓN INDÍGENA DE CHILE (en porcentaje)

Población	Urbana	Rural	Total
Población total	86.6	13.4	100.0
Población no indígena	87.6	12.4	100.0
Población indígena	64.8	35.2	100.0

Fuente: INE. Censo 2002

Según zona geográfica, el 35.2% de la población indígena de Chile vive en áreas rurales y el 64.8% en áreas urbanas. La concentración de población indígena en zonas rurales es más elevada que la que presenta la población no indígena: 35.2% de indígenas en zonas rurales, frente a 12.4% de población no indígena viviendo en estas mismas zonas. Es decir que del total de la población chilena que vive en el área rural el 73.9% son indígenas, frente a 26.1% de población no indígena. La migración campo ciudad explica el porcentaje elevado de población indígena viviendo en zonas urbanas de la República de Chile, fenómeno que se observa en todos los países andinos.

2.4. Pueblos indígenas en Colombia

La Carta Constitucional de Colombia de 1991 tiene cerca de 30 artículos referidos a los grupos étnicos, entre los que se destacan:

“El estado colombiano reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la Nación Colombiana” (Art. 7) “...las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en sus territorios. La enseñanza que se imparte en las comunidades con tradiciones lingüísticas propias, será bilingüe” (Art. 10). “Las tierras de resguardo...son inalienables, imprescriptibles e inembargables” (Art. 63). “...tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural... (Art. 68). “Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas” (Art. 286).

De acuerdo con los datos proporcionados por el censo de 2005, la población total de Colombia ascendía a 41.468.384 habitantes. La población indígena ascendía a 1.392.623 personas, cifra que representa el 3.43% de la población total nacional, mientras que la población afrodescendiente llegaba a 4.311.757 personas, lo que representa el 10.62% de la población colombiana. El siguiente cuadro registra la distribución de la población Colombia de acuerdo a su pertenencia étnica.

COLOMBIA: POBLACIÓN SEGÚN PERTENENCIA ÉTNICA

Grupo étnico	Población	Porcentaje
Indígena	1.392.623	3.43
Rom	4.858	0.01
Afrocolombiano	4.311.757	10.62
Sin pertenencia étnica	34.898.170	85.94
Población nacional	41.468.384	100.00

Fuente: DANE, Censo General 2005. Población censada

La distribución de la población indígena colombiana según departamento se muestra en el siguiente cuadro.

COLOMBIA: POBLACIÓN INDÍGENA SEGÚN DEPARTAMENTOS

DEPARTAMENTO	POBLACIÓN INDÍGENA	
	Nº	PORCENTAJE
1. Antioquía	28.914	2.08
2. Atlántico	27.972	2.01
3. Bogotá D.C.	15.032	1.08
4. Bolívar	2.066	0.15
5. Boyacá	5.859	0.42
6. Caldas	38.271	2.75
7. Caquetá	5.026	0.36
8. Cauca	248.532	17.85
9. Cesar	44.835	3.22
10. Córdoba	151.064	10.85
11. Cundinamarca	7.401	0.53
12. Chocó	44.127	3.17
13. Huila	10.335	0.74
14. la Guajira	278.212	19.98
15. Magdalena	9.045	0.65
16. Meta	8.988	0.65
17. Nariño	155.199	11.14
18. Norte de Santander	7.247	0.52
19. Quindío	2.145	0.15
20. Risaralda	24.810	1.78
21. Santander	2.389	0.17
22. Sucre	82.934	5.96
23. Tolima	55.987	4.02
24. Valle del Cauca	22.313	1.60
25. Arauca	3.279	0.24
26. Casanare	4.102	0.29
27. Putumayo	44.515	3.20
28. Arch. De San Andrés	62	0.00
29. Amazonas	19.000	1.36
30. Guainía	11.595	0.83
31. Guaviaré	2.117	0.15
32. Vaupés	11.587	0.83
33. Vichada	17.663	1.27
TOTAL NACIONAL:	1.392.623	100.00

Fuente: DANE, Censo General 2005.

En Colombia, los departamentos con mayor porcentaje de indígenas son: La Guajira con 278.212 indígenas (19.98%); Cauca con una población indígena de 248.532 (17.85%); Nariño, con una población indígena de 155.199 (11.14%); Córdoba, que registra una población indígena de 151.064 (10.85%); Sucre, con una población indígena de 82.934 (5.96%) y Tolima que registra una población indígena de 55.987 personas (4.02%). En estos 6 departamentos habita casi el 70% de la población indígena de Colombia. La mayoría de la población indígena se ubica en el área rural en los llamados resguardos indígenas, en las parcialidades indígenas o en territorios no delimitados legalmente. En la actualidad existen en Colombia 710 resguardos titulados, ubicados en 27 departamentos y en 228 municipios y ocupan una extensión aproximada de 34 millones de hectáreas, el 29.8% del territorio nacional.

“Según el censo general 2005, en Colombia residen 87 pueblos indígenas identificados plenamente; junto con personas pertenecientes a los atavaleños y a otros pueblos indígenas de Ecuador, Bolivia, Brasil, México, Panamá y Perú. El proceso de afianzamiento e identidad cultural ha conducido a que algunas personas se reconozcan como pertenecientes a etnias ya extinguidas como los Tayronas, Quimbaya, Calima, Yariguíes, Chitareros y Panches.” (Colombia Una Nación Multicultural. Dirección de Censos y Demografía del DANE. Mayo 2007). En el siguiente cuadro se registra la distribución de los pueblos indígenas por departamento y según las divisiones territoriales del DANE

COLOMBIA: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA SEGÚN ETNIAS POR TERRITORIAL DANE Y DEPARTAMENTOS

Territoriales DANE y Departamentos	Pueblos indígenas o etnias
Norte:	
Atlántico	Mokana
César	Arhuaco, Kogui, Wiwa, Yuko, Kankuamo
La Guajira	Arhuaco, Kogui, Wayuu, Wiwa
Magdalena	Arhuaco, Chimila, Kogui, Wiwa
Sucre	Senú
Noroccidental:	
Antioquía	Embera, Embera Chamí, Embera Katio, Senú, Tule
Córdoba	Embera Katio, Senú
Chocó	Embera, Embera Chamí, Embera Katio, Tule, Waunan
Nororiental:	
Arauca	Betoye, Chiricoa, Hitnu, Kuiba, Piapoco, Sikuani, U'wa
Norte de Santander	Barí, U'wa
Santander	(U'wa), Guanés
Central:	
Boyacá	U'wa, Muisca
Caquetá	Andoke, Coreguaje, Coyaima, Embera, Embera Katio, Inga, Makaguaje, Nasa, Uitoto
Casanare	Amorúa, Kuiba, Masiguare, Sáliba, Sikuani, Tsiripu, Yaruros, U'wa
Cundinamarca	Muisca
Huila	Coyaima, Dujos, Nasa, Yanacona
Meta	Achagua, Guayabero, Nasa, Piapoco, Sikuani
Amazonas	Andoke, Barasana, Bora, Cocama, Inga, Karijona, Kawiyarí, Kubeo, Letuama, Makuna, Matapi, Miraña, Nonuya, Ocaina, Tanimuka, Tariano, Tikuna, Uitoto, Yagua, Yauna, Yukuna, Yuri
Guainía	Kurripako, Piapoco, Puinave, Sikuani, Yeral
Guaviare	Desano, Guayabero, Karijona, Kubeo, Kurripako, Nukak, Piaroa, Piratapuyo, Puinave, Sikuani, Tucano, Wanano,
Vaupés	Bara, Barasana, Carapana, Desano, Kawiyarí, Kubeo, Kurripako, Makuna, Nukak, Piratapuyo, Pisamira, Siriano, Taiwano, Tariano, Tatuyo, Tucano, Tuyuka, Wanano, Yurutí
Vichada	Kurripako, Piapoco, Piaroa, Puinave, Sáliba, Sikuane
Centrooccidental:	
Caldas	Embera, Embera Chamí, Embera Katio
Risaralda	Embera, Embera Chamí
Tolima	Coyaima, Nasa
Suroccidental:	
Cauca	Coconuco, Embera, Eperara Siapidara, Guambiano, Guanaca, Inga, Nasa, Totoró, Yanacona
Nariño	Awa, Embera, Eperara Siapidara, Inga, Kofán, Pasto
Putumayo	Awa, Coreguaje, Embera, Embera Katio, Inga, Kamsa, Kofán, Nasa, Siona, Uitoto
Valle del Cauca	Embera, Embera Chamí, Nasa, Waunan

Fuente: DANE, Censo General 2005

De acuerdo con la Constitución Política de Colombia, el castellano es la lengua oficial de ese país, pero las lenguas indígenas son también oficiales en sus territorios. En Colombia se hablan 64 lenguas amerindias y una diversidad de dialectos que se agrupan en 13 familias lingüísticas.

2.5. Pueblos indígenas en Ecuador

La información sobre la realidad de los pueblos indígenas en el Ecuador es distinta, de acuerdo a las fuentes que se consulte. A diferencia de otros censos en los que el encuestador definía la etnia de la persona censada, en el censo de Población y Vivienda de 2001, se incluyó la pregunta “¿Cómo se considera: indígena, negro (afroecuatoriano), mestizo, mulato, blanco u otro?”, pregunta que ha permitido a los ciudadanos ecuatorianos definir su identidad étnica. En el siguiente cuadro registramos datos de acuerdo con los resultados del Censo de Población y Vivienda realizado el 2001.

ECUADOR: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA SEGÚN REGIÓN

Región	Población total	Población Indígena	
		Número	Porcentaje
Sierra	5.460.738	595.798	10.2
Costa	6.056.223	70.391	1.2
Amazónica	548.419	162.868	29.7
Insular	18.640	739	4.0
No determinada	72.588	622	0.9
Total País	12.156.608	830.418	6.8

Fuente: Elaboración propia en base a datos del Censo de Población y Vivienda. 2001

De acuerdo con la información oficial del Censo 2001, la población indígena en el Ecuador ascendería a 830.418 habitantes que representa el 6.8% de la población total del Ecuador. Proporcionalmente, la población indígena de la región amazónica es la más importante, puesto que representa el 29.7% de la población de esta región. En la sierra ecuatoriana la población indígena representa el 10.2% de la población de esta región. Según los datos del Censo de Población y Vivienda 2001, el 71.7% de la población indígena del Ecuador reside en la región de la sierra de este país. Mientras que el 19.6% habita en la Amazonía Ecuatoriana y apenas el 8.5% del total de población indígena del Ecuador habita en la costa.

Con relación al área geográfica en el que habitan los pueblos indígenas, en el Ecuador, al contrario de lo que pasa en otros países andinos, la mayor parte de la población indígena de ese país vive en área rural, 680.586 indígenas (82.0%), frente a 149.832 indígenas (18.0%) que habitan en el área urbana del Ecuador.

Los anteriores son datos demográficos oficiales del Censo Nacional de Población y Vivienda, 2001, sin embargo algunas organizaciones, entre ellas la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE) sostiene que la población indígena en el Ecuador representa entre el 35% y el 40% de la población Total. Sin duda que el planteamiento del CONAIE se trata de una sobreestimación de la población indígena en el Ecuador. Sin embargo, los resultados del censo 2001 parecen reflejar un subregistro como consecuencia de la asimilación de la lengua española por parte de la población indígena que reside en áreas urbanas.

En el Ecuador se reconocen 14 nacionalidades y 16 pueblos indígenas. El Consejo de desarrollo de Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODENPE), que es la instancia oficial para reconocer nacionalidades y pueblos en el Ecuador, registra las siguientes nacionalidades y pueblos para este país.

ECUADOR: NACIONALIDADES Y PUEBLOS INDÍGENAS

NACIONALIDADES INDÍGENAS	
1	Awá
2	Chachi
3	Epera
4	Tsachila
5	Cofán
6	Secoya
7	Siona
8	Waorani
9	Shiwiari
10	Zápara
11	Achuar
12	Andoa
13	Kichwa Amazónico
14	Shuar

PUEBLOS INDÍGENAS	
1	Panzaleo
2	Salasaka
3	Saraguro
4	Kitukara
5	Karanqui
6	Natabuela
7	Chibuleo
8	Waranka
9	Kañari
10	Puruhá
11	Otavalo
12	Pastos
13	Paltas
14	Kisapinchas
15	Kayambi
16	Tomabela

Fuente: (Consejo de Desarrollo de Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODENPE))

Las nacionalidades anteriormente registradas tienen lengua y cultura propias que viven especialmente en la región amazónica del Ecuador, algunas de ellas son culturas binacionales que viven en las regiones fronterizas del Ecuador, tanto con Colombia como con Perú, por tanto son grupos étnicos que han sido artificialmente divididos por el establecimiento de las repúblicas, después de la independencia del colonialismo español. En el cuadro anterior llama la atención la ausencia de la nacionalidad kishwa, esto se explica porque lo que CODENPE describe como pueblos indígenas son, en realidad, poblaciones y comunidades pertenecientes a la nacionalidad Kishwa, la más numerosa e importante del Ecuador.

El Proyecto de Desarrollo de Pueblos Indígenas y Negros del Ecuador (PRODEPINE) publica los siguientes datos sobre nacionalidades y pueblos indígenas en los que trabaja este proyecto. En cuadro de PRODEPINE nos proporciona, además una aproximación a la población indígena de las nacionalidades y pueblos indígenas de este país.

ECUADOR: POBLACIÓN DE NACIONALIDADES Y PUEBLOS INDÍGENAS

NACIONALIDAD	PUEBLO	POBLACIÓN	PORCENTAJE	PROVINCIA
1. Achuar	1. Achuar	4.673	0.32	Pastaza, Morona Santiago
2. Afro	2. Afro	93.585	6.50	
3. Awa	3. Awa	3.500	0.24	Esmeraldas, Corchi y noroeste de Indabura
4. Chachi	4. Chachi	8.040	0.56	Esmeraldas
5. Cofán	5. Cofán	650	0.05	Sucumbios
6. Epera	6. Epera	283	0.02	Norte de Esmeraldas
7. Huancavilca	7. Huancavilca	94.030	6.53	
8. Huaorani	8. Huaorani	2.100	0.15	Orellana, Napo, Pastaza
Subtotal		204.761	14.37	
9. Kichua	9. Chibulco	45.702	3.18	Guayas, El Oro, Galápagos, Corchi, Indabura, Pichincha, Napo, Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo, Cañar, Azuay, Laja, Zamora, Sucumbios, Orellana, Pastaza
	10. Kañari	142.498	9.90	
	11. Karanki	19.161	1.33	
	12. Kayampi	56.966	3.96	
	13. Kitukara	58.915	4.09	
	14. Napo	21.379	1.49	
	15. Natawelas	3.832	0.27	
	16. Orellana	17.400	1.21	
	17. Otawalo	75.301	5.23	
	18. Panzaleo	266.008	18.48	
	19. Pastaza	12.033	0.84	
	20. Pilahuines	15.160	1.05	
	21. Puruwa	211.012	14.66	
	22. Quisapunchas	8.759	0.61	
	23. Salasakas	12.365	0.86	
24. Sarakuros	37.290	2.59		
25. Sucumbios	16.210	0.93		
26. Tomabelas	24.822	1.72		
27. Waranka	59.382	4.13		
Subtotal Kichua		1.104.195	76.73	
10. Manteños	28. Manteños	75.487	5.24	
11. Punahes	29. Punahes	2.242	0.16	
12. Secoya	30. Secoya	350	0.03	Sucumbios
13. Shiwar	31. Shiwar	686	0.05	Pastaza
14. Shuar	32. Shuar	46.974	3.26	Morena Santiago, Zamora, Chinchipe, Pastaza, Sucumbios
15. Siona	33. Siona	350	0.03	
16. Tsáchila	34. Tsáchila	1.338	0.09	Pichincha, Guayas
17. Zápara	35. Zápara	595	0.04	Pastaza
Subtotal		128.022	8.90	
TOTAL GENERAL		1.439.078	100.00	

Fuente: Elaboración propia en base a datos del: El Proyecto de Desarrollo de los Pueblos Indígenas y Negros del Ecuador. Víctor Breton Solo de Zaldívar: Los paradigmas de la "nueva" ruralidad a debate: El Proyecto de desarrollo de los pueblos indígenas y negros del Ecuador. 2005.

El PRODEPINE registra 17 nacionalidades y 35 pueblos indígenas en el Ecuador, con una población de 1.439.078 habitantes. Se colige que la población indígena debe ser mayor

en el entendido que el Proyecto seguramente no trabaja con todos los pueblos indígenas del Ecuador y mucho menos con toda la población de pueblos y nacionalidades del Ecuador.

2.6. Pueblos indígenas en el Perú

Según los resultados del XI Censo Nacional de Población, al 21 de octubre del año 2007, la población peruana censada fue de 27.412.157 habitantes, mientras que la población total, es decir, la población censada más la omitida llegaba a 28.220.764 habitantes. De acuerdo a área de residencia, la población censada en los centros poblados urbanos del país es de 20.810.288 habitantes, la misma que representa el 75,9% de la población nacional. La población empadronada en los centros poblados rurales es de 6.601.869 personas que significa el 24,1% de la población censada. En cuanto a la distribución de la población según regiones naturales el 54.6% de la población (14.973.264 habitantes) fue censada en la costa; el 32.0% (8.763.601 habitantes) corresponde a la población de la sierra y el 13.4% (3.675.292 habitantes) a selva.

Este último censo, sólo toma en cuenta el parámetro de lengua aprendida en la niñez como referente para cuantificar la población quechua y aymará. Es conocido que la lengua sola, es un criterio insuficiente para definir la pertenencia de una persona a un grupo étnico determinado, pues los indígenas migrantes a las ciudades suelen abandonar su lengua para evitar la discriminación en las ciudades. En consecuencia, los datos que se registran sobre indígenas del Perú, pueden no reflejar realidad cuantitativa de los pueblos indígenas de ese país.

PERÚ: POBLACIÓN CENSADA DE 5 Y MÁS AÑOS DE EDAD, SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA Y LENGUA APRENDIDA EN LA NIÑEZ, 2007

Lengua	Total		Área Urbana		Área Rural	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Castellano	20.718.227	83.9	17.108.922	90.5	3.609.305	62.3
Quechua	3.261.750	13.2	1.521.391	8.1	1.740.359	30.1
Aymará	434.370	1.8	189.525	1.0	244.845	4.2
Otra lengua nativa	223.194	0.9	39.337	0.2	183.857	3.2
Idioma extranjero	21.097	0.1	20.493	0.1	604	0.0
Sordomudo	28.899	0.1	16.912	0.1	11.987	0.2
Total	24.687.537	100.0	18.896.580	100.0	5.790.957	100.0

Fuente: INEI-Censo Nacional de Población y Vivienda. 2007

Según resultados del Censo Nacional de Población del 2007, el castellano es el idioma que la mayoría de la población del país ha aprendido en su niñez. El 83,9% de la población de 5 y más años de edad manifestó haber aprendido este idioma en su niñez, el 13,2% aprendió Quechua, el 1,8% Aymará y el 0,9% aprendió otra lengua nativa. Comparando estos resultados con lo registrado en el Censo de 1993, el porcentaje de la población que declaró haber aprendido castellano en su niñez aumentó porcentualmente, mientras que disminuyó el porcentaje de personas que declararon haber aprendido alguna lengua nativa en la niñez.

Por área de residencia, se observa que de los 3.261.750 personas que manifestaron haber aprendido la lengua quechua en su niñez, 1.521.39 personas (46.6%) habitan en centros urbanos y 1.740.359 personas (53.4%) habitan en el área rural. En cuanto a la población que declaró haber aprendido la lengua aymará en su niñez, 189.525 personas (43.6%) residen en centros urbanos y 244.845 (56.4%) residen en comunidades rurales. De

las 223.194 personas que declararon haber aprendido otras lenguas nativas en su niñez, 39.337 personas (17.6%) residen en centros urbanos y 183.857 personas (82.4%) residen en comunidades rurales.

El Quechua es aprendido en la niñez por el 71,5% de la población de 5 y más años de edad del departamento de Apurímac, por el 64,6% de Huancavelica, el 63,9% de Ayacucho, 52,0% de Cusco, por el 38,5% de Puno, el 31,6% de Áncash y el 28,9% de Huánuco, entre los principales.

En cuanto al aymará, el 27,5% de la población de Puno, el 17,1% de Tacna y el 11,1% de Moquegua, aprendieron en su niñez el aymará. En tanto, el 3,9% de la población de Ucayali, el 3,1% de Junín y el 2,3% de Pasco tienen como lengua aprendida en la niñez al Asháninka. El 6,4% de la población de Loreto, el 6,5% de Ucayali y el 14,1% de Amazonas reportaron otra lengua nativa.

El censo 2007, toma el criterio de lengua aprendida en la niñez como el único criterio de pertenencia a un grupo étnico o pueblo indígena. Sin embargo, es reconocido que “la identidad étnica, además de la comunidad de lengua, plantea el uso consciente y simbólico de elementos de raza, historia, origen común, costumbres, valores y creencias que hacen los miembros de un grupo para crear una comunidad exclusiva y cohesionada que demanda el reconocimiento por parte de los demás grupos.” (Brass, 1999). De esta manera, tomando en cuenta, además de la lengua materna, el criterio de autoidentificación como miembro de un grupo, seguramente la población indígena del Perú aumentaría en forma considerable.

En el cuadro siguiente se registran los pueblos indígenas que habitan en la región amazónica del Perú de acuerdo con los datos del Censo Nacional de 2007 del Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú.

PERÚ: PUEBLOS INDÍGENAS AMAZÓNICOS

Pueblo indígena	Población	Porcentaje	Ecoregión
1. Achual	10,919	3.28	Amazónico
2. Aguaruna (Aguajum)	55,366	16.63	Amazónico
3. Amahuaca	301	0.09	Amazónico
4. Amarakaeri	1,043	0.31	Amazónico
5. Amuesha (Yanesha)	7,523	2.26	Amazónico
6. Arabela	403	0.12	Amazónico
7. Arazaire	317	0.10	Amazónico
8. Ashaninka	88,703	26.64	Amazónico
9. Asheninka	8,774	2.64	Amazónico
10. Bora	748	0.22	Amazónico
11. Candoshi-Murato (Shapra)	3,255	0.98	Amazónico
12. Capanahua	384	0.12	Amazónico
13. Caquinte	439	0.13	Amazónico
14. Cashibo Cacataibo	1,879	0.56	Amazónico
15. Cashinahua	2,419	0.73	Amazónico
16. Chamicuro-Cocama Cocamilla 1/	63	0.02	Amazónico
17. Chayahuita	21,424	6.43	Amazónico
18. Cocama Cocamilla	11,307	3.40	Amazónico
19. Culina	417	0.13	Amazónico
20. Ese'Ejja	588	0.18	Amazónico
21. Huachipaeri	392	0.12	Amazónico
22. Huambisa	10,163	3.05	Amazónico
23. Huitoto – Muiname	55	0.02	Amazónico
24. Huitoto – Meneca	297	0.09	Amazónico

25. Huitoto – Murui	1,512	0.45	Amazónico
26. Iquito	519	0.16	Amazónico
27. Jebero	126	0.04	Amazónico
28. Jebero-Chayahuita 1/	226	0.07	Amazónico
29. Jibaro Achual 1/	168	0.05	Amazónico
30. Kichwaruna	116	0.03	Amazónico
31. Kisamberi-Sapitieri-Amarakaeri 1/	47	0.01	Amazónico
32. Lamas (Llacuash)	16,929	5.08	Amazónico
33. Marinahua	20	0.01	Amazónico
34. Mastanahua-Sharanahua-Marinahua 1/	79	0.02	Amazónico
35. Matses	1,724	0.52	Amazónico
36. Matsigenca	11,279	3.39	Amazónico
37. Nomatsigenca	8,016	2.41	Amazónico
38. Ocaina	97	0.03	Amazónico
39. Orejón	190	0.06	Amazónico
40. Piro	3,261	0.98	Amazónico
41. Pukirieri	168	0.05	Amazónico
42. Quichua	19,118	5.74	Amazónico
43. Resigaró-Ocaina 1/	37	0.01	Amazónico
44. Secoya	921	0.28	Amazónico
45. Sharanahua – Marinahua 1/	486	0.15	Amazónico
46. Shipibo – Conibo	22,517	6.76	Amazónico
47. Ticuna	6,982	2.10	Amazónico
48. Toyoeri-Amahuaca-Matsigenca 1/	77	0.02	Amazónico
49. Toyoeri-Shipibo-Conibo-Ese'Eja-Arazaeri-Matsigenca	48	0.01	Amazónico
50. Urarina	4,854	1.46	Amazónico
51. Yagua	5,679	1.71	Amazónico
52. Yaminahua	600	0.18	Amazónico
Total	332,975	100.00	Amazónico

Fuente: INEI. Censo 2007

Sin tomar en cuenta a la población quechua y aymará y de acuerdo con los resultados de Censo 2007, en toda la República del Perú fueron censados 52 pueblos indígenas amazónicos, con una población de 332.975 personas. La mayor cantidad de población indígena amazónica se concentra en 8 pueblos indígenas: Ashaninka con 88.703 personas (26.64%); Aguaruna con 55.366 personas (16.63%); Shipibo-Conibo con 22.517 personas (6,76%); Chayahuita, 21.424 personas (6.46%); quichua con 19.118 personas (5.74%); Lamas con 16.929 personas (5.08%); Cocama cocamilla con 11.307 personas (3.40%) y, finalmente el pueblo indígena Matsigenca con 11.279 personas (3.39%). Estos 8 pueblos indígenas amazónicos representan algo más del 60% de toda la población indígena amazónica del Perú. Los departamentos en los que residen estos pueblos étnicos son: Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huanuco, Junín, Loreto, Madre de Dios, Pasco, San Martín y Ucayali.

Sobre la base de los datos registrados en el Censo de Población y Vivienda 2007, sobre población mayor de 5 y más de edad según lengua preñada en la niñez, se puede estimar la población indígena total del Perú, estimación que se presenta en el siguiente cuadro.

PERÚ: RESUMEN DE PUEBLOS INDÍGENAS

Pueblos indígenas	Población	Porcentaje	Región
Población no indígena	23.053.624	84.1	Todo el Perú
Quechuas	3.618.405	13,2	Andina
Aymarás	493.419	1.8	Andina
Amazónicos	246.709	0.9	Amazónica
Total	27.412.157	100.0	Todo el Perú

Fuente: Elaboración propia en base a datos del INEI. Censo 2007.

De acuerdo con el cuadro anterior la población indígena en el Perú llegaría 4.358.533 personas, que representa el 15.9% de la población total de este país. Sin embargo, como se ha señalado líneas arriba, la población indígena en el Perú es seguramente superior a la registrada en el cuadro anterior por las razones anotadas anteriormente.

2.7. Pueblos indígenas en la República Bolivariana de Venezuela

De acuerdo con la información proporcionada por el Censo General de Población y el Censo Indígena de 2001, la población venezolana ascendía a 23.054.210 personas. De éstas, 511.329 se autodefinieron como pertenecientes a algún pueblo indígena, lo que representa el 2.2% de la población total. En el Censo Indígena de 2001 se registraron 44 pueblos indígenas ubicados en 48 municipios.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA: PRINCIPALES PUEBLOS INDÍGENAS

PUEBLO INDÍGENA	POBLACIÓN	PORCENTAJE
1. Wayuu	309.354	60.5
2. Warao	37.838	7.4
3. Pemón	28.634	5.6
4. Kariña	17.385	3.4
5. Jivi	15.340	3.0
6. Piaroa	15.340	3.0
7. Yanomani	12.783	2.5
8. Añu	11.761	2.3
9. Pume	8.693	1.7
10. Yukpa	7.670	1.5
11. Yekuana	6.647	1.3
12. Kurripako	5.113	1.0
Subtotal	476.558	93.2
13. Otros	34.771	6.8
Total	511.329	100.0
Población total Venezuela: 23.054.210	511.329	2.2

Fuente: Censo Indígena 2001

El Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela registra los siguientes 44 grupos étnicos en ese país

VARIABLE ETNIA: CODIFICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA GENERAL

Código	Etnia	Código	Etnia	Código	Etnia	Código	Etnia
01	Akawayo	12	Eñepá (Panare)	23	Pemón	34	Warekena
02	Amorua	13	Guanono	24	Piapoco	35	Wayuu
03	Añú (Paraujano)	14	Hoti (Hodi)	25	Puinave	36	Wotjuja (Piaroa)
04	Arawako	15	Inga	26	Pumé (Yaruro)	37	Yabarana
05	Ayaman	16	Japréria	27	Sáliva	38	Yanomami
06	Baniva	17	Jivi (Guajibó)	28	Sanemá	39	Yekuana
07	Baré	18	Kariña	29	Sape	40	Yukpa
08	Bari	109	Kuiba	30	Timoto-Cuicas	41	Blanco o criollo
09	Chaima	20	Kurripaco	31	Uruak (Arutani)	42	Afrodscendiente
10	Cubeo	21	Mako	32	Wanai (Mapoyo)	43	Mestizo
11	Cumanagoto	22	Nengatú (Yeral)	33	Warao	44	Otros

Fuente: Ministerio del Poder Popular para la Salud. República Bolivariana de Venezuela

De acuerdo con los resultados del Censo Indígena 2001, El 25% de la población indígena de Venezuela (126.652 personas) habita las principales ciudades de este país. Se registra una mayor concentración de población indígena en el estado de Zulia (90%), especialmente en los municipios de Maracaibo y San Francisco de este estado, con una población perteneciente mayormente a la etnia wayúu (aproximadamente 113.983 personas). Llama la atención la presencia considerable de la etnia wayúu en los municipios Maracaibo y San Francisco de la ciudad de Maracaibo, en esta ciudad las personas pertenecientes a la etnia wayúu representan el 13% de la población total.

El 36% de la población indígena venezolana habita en comunidades tradicionales. Los pueblos con mayor representación en comunidades tradicionales son el wayúu (20%) localizado en el estado de zulia; el warao (17%), que se asienta en los estados Delta Amacuro y Monagas, y los Pemones (14%) concentrados en el estado Bolívar. Seguidamente se encuentran, con un peso poblacional bastante menor, los Piaroa (8%), los Jivi (6%) y los Yekuana (3%), ubicados en los estados Amazonas y Bolívar, los Kariña (7%), asentados en los estados Anzoátegui y Bolívar, los Pumé (4%) en Apure, los Yanomami (4%) en el Amazonas y Yukpa (4%) en Zulia. En consecuencia, se trata de una población ubicada en zonas geográficas alejadas del centro del país, donde son notables las carencias en materia de servicios y comunicaciones, lo que la mantiene no sólo segregada geográficamente sino, además, excluida del acceso a servicios sociales básicos y descapitalizada cultural, social y políticamente (Regnault, 2005; Colmenares, 2003). Finalmente, el 39% de la población indígena venezolana habita en regiones no tradicionales, tanto urbanas como rurales.

Los indígenas se consolidan como uno de los segmentos socio-culturales y lingüísticamente más diversos de la población total venezolana. Biord (2003) caracterizando a todos los grupos poblacionales del país expresa que los indígenas "son los continuadores y herederos directos de los grupos amerindios que habitaban los territorios que hoy conforman Venezuela". Se distinguen tres grupos:

- a) Los pueblos indígenas consolidados, que no han perdido u olvidado aquellas características y practicas culturales que identifican y denotan claramente su identidad étnica. Los Yanomamis, los Yekuanas, los Kariñas, los Waraos, los Wayúu, los Jivi,, Piaroa, entre otros.

- b) Los pueblos indígenas emergentes o en reconstrucción, se caracterizan, por una diluida o difusa identidad, con reducidos ámbitos de la cultura propia del grupo, y con pérdida del control de un conjunto significativo de los propios recursos naturales, como consecuencia de las agresiones coloniales a lo largo de su historia. En este grupo puede detectarse etnogénesis, los Chaimas, los Guaiqueries, los Cumanagotos, entre otros.

- c) Los indígenas genéricos, que constituyen aquellos pueblos indígenas que se caracterizan por una fragmentación excesiva de su cultura propia, recuerdan sus orígenes amerindios, conservan muchos rasgos culturales y fenotípicos, olvidando a qué etnia pertenecen. En el Censo General de Población y Vivienda 2001, 21.197 personas se reconocieron como indígenas sin saber con exactitud a qué pueblo indígena pertenecen, lo que representa un 4.15% de la población indígena total del país. (Blas Regnault. La asistencia escolar de la población indígena venezolana).

3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN PUEBLOS INDÍGENAS DEL ÁREA ANDINA

Los determinantes sociales de la salud se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, de acuerdo con Tarlov, como “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. El concepto de determinantes sociales de la salud surgió en los años 70, como consecuencia de las limitaciones de las intervenciones de salud orientadas a disminuir los riesgos individuales de enfermar y morir. Diversos autores argumentaron que, para entender y mejorar la salud, se requiere centrar la atención en generar políticas dirigidas a las sociedades a las que pertenecen las personas y pasar de los factores de riesgo individual a los modelos sociales y las estructuras que determinan las posibilidades de una persona de ser saludable. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es el principal condicionante de la salud de las personas, sino que aquella está determinada en gran parte por las condiciones sociales en las cuales se vive y trabaja. Estos factores permiten que las personas permanezcan sanas, mientras la atención médica ayuda a las personas cuando se enferman. (Ministerio de Salud de Chile. Evaluación Objetivo III: Disminuir las desigualdades en salud. Octubre 2006)

Recientemente, la OMS ha destacado que: «La mala salud de los pobres, el gradiente social de salud dentro de los países y las grandes desigualdades sanitarias entre los países están provocadas por una distribución desigual, a nivel mundial y nacional, del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las condiciones de vida de la población de forma inmediata y visible (acceso a atención sanitaria, escolarización, educación, condiciones de trabajo y tiempo libre, vivienda, comunidades, pueblos o ciudades) y a la posibilidad de tener una vida próspera. Esa distribución desigual de experiencias perjudiciales para la salud no es, en ningún caso, un fenómeno «natural»... Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los **determinantes sociales de la salud.**»¹.



Las inequidades en la salud de las poblaciones son determinadas por procesos que actúan en diferentes ámbitos o niveles organizativos de las sociedades y se expresan en la vida cotidiana a nivel familiar, comunitario y poblacional. En última instancia, la situación de salud está determinada por las **características estructurales, económicas y sociales, de las sociedades** que se traducen en

constructos sociales que son característicos de cada sociedad, entre ellos la OMS destaca la condición de clase, la condición de género y la condición étnica. Es decir, las formas que

¹ Organización Mundial de la Salud. “SUBSANAR LA DESIGUALDADES EN UNA GENERACIÓN. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud”. Informe Final de la *Comisión OMS sobre Determinantes Sociales de la Salud*, Ginebra 2008)

asume, en cada sociedad, la articulación entre los procesos biológicos y sociales hasta traducirse en modos de vida, y condiciones de vida particulares de cada población.

Por lo tanto, niveles de determinación más próximos de las inequidades en salud están constituidos por las **condiciones de vida** de cada población o grupo social, entre estas la OMS destaca las condiciones residenciales, las condiciones de trabajo y las respuestas sociales ante la salud, las más importantes de las cuales son los sistemas de salud y las redes de solidaridad y protección social. Un nivel más inmediato y personal de determinación lo constituyen los estilos de vida y más íntimamente las características individuales, biológicas y genéticas, de las personas.

De acuerdo con el análisis que hace Peter Wade “La exclusión social que padecen las comunidades indígenas es múltiple y compleja. Es en realidad difícil tener un panorama amplio de la situación política y socioeconómica de estas comunidades en América Latina, en parte porque es muy variada y en parte porque la información estadística que desagrega las poblaciones nacionales por etnicidad sigue siendo desigual. En general, sin embargo, en comparación con los no indígenas, presentan menor esperanza de vida, mayores índices de mortalidad, peor acceso a la educación y a la atención en salud, mayores índices de pobreza (que se mide generalmente en términos de obtención de ingresos) y menores niveles de alfabetismo. A menudo viven en regiones aisladas, no hablan bien el español y en la práctica es posible que tengan poco acceso a las urnas de votación. La composición estadística de las ganancias diferenciales entre los obreros indígenas y no indígenas señala que hasta el 50% de la diferencia puede deberse a la discriminación en los mercados laborales de Guatemala, Perú y México, y alrededor del 30% en el mercado laboral urbano de Bolivia. Para Perú, “aun si las comunidades indígenas tuvieran la misma educación y experiencia o, lo más importante, la misma proporción de trabajadores que los no indígenas en lugares agrícolas y rurales, aun así ganarían cerca de la mitad (del ingreso) de los no indígenas”. Todas estas medidas, favorecidas por organismos como el Banco Mundial el Banco Interamericano de Desarrollo, la OIT, etc., tienden a crear indicadores sobre la exclusión de una sociedad “modernizadora”. De otro lado, el acceso a la tierra puede ser mejor para algunos indígenas que para las poblaciones pobres no indígenas, pues en algunos países hay sistemas extensivos de reservas territoriales: en Colombia, por ejemplo, las comunidades indígenas poseen, al menos en el papel, cerca del 22% del territorio nacional en forma de reservas. En Brasil, los indígenas tienen derechos especiales a la tierra, aunque sea difícil ponerlos en práctica y enfrenten intensa presión por parte de los hacendados y colonos.” (Peter Wade. 2006. Etnicidad, multiculturalismo y políticas sociales en Latinoamérica.).

Con relación a los derechos sociales, civiles y políticos de los pueblos indígenas, y citando nuevamente a Peter Wade, éstos “son un asunto más complejo, y aún no he podido encontrar datos detallados sobre el particular, en parte porque es un escenario variado y también en rápido cambio. Mi impresión es que los indígenas se definen por lo general como ciudadanos de una nación y tienen derecho a votar. Van Cott señala que después de las reformas liberales de finales del siglo XIX, se suprimieron las referencias a las comunidades indígenas de las constituciones de la región”. Sin embargo, prosigue, comenzaron a reaparecer, generalmente como campesinos, en los 60 y 70, aunque después de 1979, varios países comenzaron a reconocer algunos derechos culturales y lingüísticos de estos pueblos (Van Cott, 2000b:42). Ahora, los pueblos indígenas tienen algunos derechos especiales en ciertos países –en Colombia, por ejemplo, a la tierra, a formas colectivas de propiedad sobre la tierra, a elegir representantes especiales al Congreso. Muchas reformas

recientes a la constitución han reconocido los derechos colectivos a la propiedad para los pueblos indígenas, así como algunos derechos al uso de sus lenguas nativas y a la educación bilingüe. En Perú, la constitución de 1930 reconoció el derecho de las comunidades indígenas a tener su propia tierra, pero esto fue revocado en la reforma constitucional de 1993. En teoría, las prohibiciones legales contra la discriminación racial deben proteger los derechos civiles de estas comunidades, así como los de los individuos afrolatinos.” (Peter Wade. 2006. Etnicidad, multiculturalismo y políticas sociales en Latinoamérica.).

Con relación al derecho a la tierra algunos de los países andinos han realizado avances concretos. En el caso de Colombia el derecho a la propiedad colectiva de la tierra para comunidades indígenas se materializa en los llamados “resguardos”, los mismos que aunque ocupan una extensión aproximada de 34 millones de hectáreas, el 29.8% del territorio colombiano, no siempre es tierra productiva, parte de ella corresponde a Parques Naturales, otra a zonas montañosas donde nacen ojos de agua. En Bolivia se reconoce el derecho de las comunidades indígenas originaria a la propiedad colectiva de la tierra a través de las llamadas Tierras Comunitarias de Origen (TCOs). El saneamiento de tierras en este país está en pleno proceso y a muchas comunidades indígenas el Estado les viene delimitando sus Tierras Comunitarias de Origen, en muchos casos en franco enfrentamiento a los latifundistas de este país.

La salud es un derecho humano y social fundamental. El ejercicio de este derecho, sin embargo, en el caso de los pueblos indígenas, se ve limitado por barreras de diferente naturaleza, cuya consecuencia es la exclusión social en salud de la población indígena y de los grupos étnicos. Las barreras más conocidas al ejercicio del derecho a la salud son:

- Barreras económicas y sociales
- Barreras culturales
- Barreras geográficas
- Barreras de la organización de los sistemas de salud

Las barreras económicas para la exclusión social en salud se explican por el lugar que ocupan las economías de los pueblos indígenas en las estructuras económicas de las formaciones sociales de los países andinos. En las estructuras económicas de los países andinos, el modo de producción dominante es el capitalista. Somos países de capitalismo atrasado, dependientes de países de capitalismo desarrollado, principalmente de los Estados Unidos, del Japón y de otros países europeos. La interior de los países andinos registramos, al mismo tiempo, un desigual desarrollo de la economía capitalista que se refleja en las asimetrías que existen entre nuestros países en todos los campos de la vida social.

En las formaciones sociales de los países andinos, junto al modo de producción capitalista dominante coexisten, en forma subordinada, otros modos de producción pre-capitalistas, Los grupos étnicos y pueblos indígenas viven sujetos a formas de economía pre-capitalistas, muchos de los grupos étnicos, sino todos, viven todavía bajo un régimen de economía natural, economía de subsistencia en la que consumen e intercambian entre sí lo que ellos mismos producen, sin ninguna relación con el sistema capitalista de producción. Mientras que, en general, los pueblos indígenas viven sujetos al modo de producción mercantil simple, en la que el propietario de los principales medios de producción (principalmente la tierra) es al mismo tiempo el trabajador directo, y en la que una mayor o

menor parte de su producción es destinada al mercado. Bajo los términos de intercambio desigual que caracterizan a las formaciones sociales capitalistas, el excedente de las formas de producción pre-capitalistas es apropiado por el modo de producción capitalista dominante, como uno de los principales mecanismos de su propia reproducción. De esta manera, se aseguran las condiciones de inequidad en los determinantes sociales de la salud en contra de las comunidades indígenas, tales como bajos ingresos, deterioro en las condiciones de vida y trabajo, bajos niveles de educación e inaccesibilidad a servicios básicos.

3.1. Desigual distribución del ingreso en países andinos

La subordinación de las formas de producción pre-capitalistas al régimen de producción capitalista dominante determina, al interior de cada país, una desigual distribución del ingreso nacional, en desmedro de las poblaciones indígenas. Las consecuencias: exclusión social, pobreza, indigencia e insalubridad de las clases y grupos sociales subordinados de las formaciones sociales de los países andinos, especialmente de pueblos indígenas de los países andinos.

DESIGUAL DISTRIBUCIÓN DEL INGRESO EN PAÍSES ANDINOS

PAÍS	Distribución del ingreso o gasto en porcentajes				Coeficiente de Gini
	10% más pobre	20% más pobre	20% más rico	10% más rico	
Bolivia (2002)	0.3	1.5	63.0	47.2	60.1
Chile (2003)	1.4	3.8	60.0	45.0	54.9
Colombia (2003)	0.7	2.5	62.7	46.2	58.6
Ecuador (1998)	0.9	3.3	58.0	41.6	53.6
Perú (2003)	1.3	3.7	56.7	40.9	52.0
Venezuela (2003)	0.7	3.3	52.1	35.2	48.2

Fuente: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2007 – 2008.

Los países andinos están entre los más inequitativos del mundo. El Coeficiente de Gini, que mide la desigualdad en la distribución de los ingresos, muestra en los países andinos brechas mucho más grandes con relación a otros países del mundo. Algunos países como Estados Unidos (40.8), España (34.7), Noruega, (25.8), Suecia (25.0) o Dinamarca (24.7) son más equitativos en la distribución del ingreso.

Excepto la República Bolivariana de Venezuela, el resto de los países andinos registran un Coeficiente de Gini, por encima de 50.0. Entre los países andinos, Bolivia es el que registra la mayor inequidad en la distribución de sus ingresos Coeficiente de Gini 60.1). En este país el 10% de la población más pobre recibe apenas el 0.3% de su ingreso nacional, mientras que el 10% más rico percibe el 47.2 del ingreso nacional de ese país. En Chile, con menor inequidad en la distribución de su ingreso, el 10% más pobre de la población recibe el 1.4% del ingreso nacional, frente a 45.0% del ingreso para el 10.0% más rico de ese país. Medido por el Coeficiente de Gini, la República Bolivariana de Venezuela es el más equitativo de los países andinos (48.2).

La modernización latinoamericana y la economía de mercado, tal como se constata en el cuadro anterior, se han acompañado de una acentuación extrema de la inequidad en la distribución del ingreso, como consecuencia de la concentración de los principales medios de producción, como la tierra, en manos de pocas personas, excluyendo a vastos sectores

de la población del acceso a la misma. Al mismo tiempo, la desigual distribución del ingreso tiene efectos sobre inequidades múltiples sobre las condiciones de vida y el acceso a bienes y servicios. Las poblaciones indígenas son los que más sufren las consecuencias de la inequidad y las desigualdades múltiples.

3.2. Pobreza y pueblos indígenas en la Subregión Andina

Está demostrado que existe, de acuerdo con estudios empíricos del Banco Mundial y del BID, un alto grado la correlación entre pobreza y origen étnico, un cálculo aproximado indica que la cuarta parte de los habitantes de América Latina que viven en la extrema pobreza son indígenas, siendo esta proporción más elevada en países con poblaciones indígenas mayores como Bolivia, Guatemala, Perú o Ecuador (Dereytere 2001). Chile no es la excepción a esta situación, en el año 2003 se constató que el 28.7% de la población indígena vivía en situación de pobreza e indigencia frente a un 18.1% de población no indígena que viven en esta misma situación (Casen 2003). Coincidentemente y en la misma dirección, se evidencia que la incidencia de la extrema pobreza es mayor en países con una importante población indígena.

INCIDENCIA DE LA POBREZA EN PAÍSES ANDINOS (Datos en base a información 1990 - 2005)

PAÍS	POBLACIÓN BAJO EL UMBRAL DE POBREZA DE INGRESOS (en porcentajes)		
	US\$ 1 al día	US\$ 2 al día	Umbral de pobreza del país
Bolivia	23.2	42.2	62.7
Chile	<2	5.6	17.0
Colombia	7	17.8	64.0
Ecuador	17.7	40.8	46.0
Perú	10.5	30.6	53.1
Venezuela	18.5	40.1	31.3

Fuente: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2007 – 2008

En Bolivia, algo más del 40% de la población vive en la extrema pobreza; en Ecuador el 17.7% y en el Perú 10.5% (PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2007 – 2008). En estos últimos países, se observa una mayor incidencia de la pobreza extrema entre comunidades indígenas. En Bolivia, se observa que en algunos municipios del norte del departamento de Potosí y el centro del departamento de Chuquisaca, la incidencia de la pobreza afecta al 100% de su población, la mayor parte población indígena.

BOLIVIA: INCIDENCIA DE LA POBREZA EXTREMA

1. Último año observado	2002
2. Incidencia Nacional de la pobreza extrema	39.3%
3. Incidencia de la pobreza extrema en población no indígena	24.1%
4. Incidencia de la pobreza extrema en población indígena	49.2%
5. Meta al 2015 (Objetivos de Desarrollo del Milenio)	24.0%

Fuente: UDAPE, Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio

Para el año 2002, la Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales (UDAPE), que hace el seguimiento al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, registra que

el 39.3% de la población boliviana vive en la extrema pobreza, esta incidencia es de 24.1% para la población no indígena de Bolivia; mientras que en la población indígena la incidencia de la pobreza extrema es de 49.2%. Es decir que casi la mitad de la población indígena boliviana sufre las consecuencias de la pobreza extrema. En Bolivia por cada persona pobre no indígena se cuenta con dos pobres indígenas. De otra parte, los Objetivos de Desarrollo del Milenio han planeado para Bolivia reducir la extrema pobreza a 24%, esta meta ya ha sido cumplida en la población no indígena (24.1). La pobreza en la población indígena esta a 25.2 puntos de las Metas del Milenio, y es probable que no sea alcanzado.

ECUADOR: POBREZA Y EXTREMA POBREZA DE POBLACIÓN INDÍGENA Y AFROECUATORIANA POR NBI SEGÚN ÁREA

Pueblo indígena y grupo étnico	Área	Personas pobres		Personas en pobreza extrema		Población total
		Nº	%	Nº	%	
Indígena	Total	746.602	89.9	561.407	67.6	830.418
	Urbana	90.893	60.7	38.356	25.6	149.832
	Rural	655.709	96.3	523.051	76.9	680.586
Afroecuatoriana	Total	424.606	70.3	227.734	37.7	604.009
	Urbana	259.476	62.6	124.860	30.1	414.738
	Rural	165.130	87.3	102.874	54.4	189.271
Total	Total	7.447.211	61.3	3.883.993	32.0	12.156.608
	Urbana	3.402.566	45.8	1.350.596	18.2	7.431.355
	Rural	4.044.645	85.6	2.533.397	53.6	4.725.253

Fuente: Censo de Población y Vivienda 2001

En Ecuador, de acuerdo con datos del censo de población y Vivienda 2001, el 61.3% de la población vive en condiciones de pobreza y el 32.0% sufre pobreza extrema, medida por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), con diferencias en la extrema pobreza de 18.2% para el área urbana y 53.6% para el área rural. De los 830.418 personas que se autoidentificaron como indígenas, el 89.9% viven en condiciones de pobreza y el 67.6% en pobreza extrema. De la población indígena que habita en el área rural, el 96.3% vive en la pobreza y el 76.9% en la extrema pobreza. La incidencia de la pobreza en la población afroecuatoriana aunque menor con relación a la población indígena del Ecuador, es mayor con relación a las medias nacionales. De los 604.009 personas afrodescendientes el 70.3% son pobres y el 37.7% viven en la extrema pobreza, en el área rural el 85.6% de los afroecuatorianos son pobres y el 53.6% viven en la extrema pobreza.

ECUADOR: INCIDENCIA DE LA POBREZA SEGÚN NIVELES DE INGRESO Y CONDICIÓN ÉTNICA (en porcentajes)

Niveles de pobreza	Incidencia nacional	Incidencia de la pobreza según condición étnica	
		No indígena	Indígena
Hogares con ingresos de US\$ 2 o menos	63	60	77
Hogares con ingresos de US\$1 o menos	34	31	49

Fuente: INEC, 2004. Elaboración: ODNA, 2007

La pobreza medida por los ingresos, los hogares que viven con 2 US\$ o menos al día, afecta 77% de los hogares indígenas ecuatorianos, 17 puntos porcentuales por encima de la población no indígena de ese país. En cuanto a la pobreza extrema, hogares que viven con 1 US\$ o menos al día afecta al 49% de la población indígena, casi el 50% de los hogares indígenas, 18 puntos por encima de la población no indígena del Ecuador.

PERÚ: QUINTILES DE RIQUEZA O POBREZA SEGÚN ANTECEDENTES LINGÜÍSTICOS DE LAS MADRES (en porcentaje)

Categoría	Castellano		Quechua-aymará	Total mujeres
	Antiguo	Reciente		
Número de observaciones	3.718	1.378	512	5.608
Quintil inferior (el más pobre)	10.9	7.0	43.8	13.0
Segundo quintil	14.4	16.2	49.2	18.0
Quintil intermedio	18.3	27.2	5.2	19.3
Cuarto quintil	22.3	26.2	0.9	21.3
Quintil superior (el más rico)	34.0	23.3	0.9	28.4

Fuente: ENDES, 2005

El anterior cuadro merece una explicación previa. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú, en el Documento de Trabajo “Etnicidad, Antecedentes Lingüísticos y Salud Materno Infantil en el Perú”, registra información sobre quintiles de riqueza según antecedentes lingüísticos de la madre, clasificando a las madres en:

- Hablante antiguo de castellano, que se refiere a aquellas mujeres que no sólo reportan al castellano como el de uso más frecuente en sus hogares, sino también que lo indican como la lengua materna de sus padres y abuelos.
- Hablante reciente de castellano, se refiere a aquellas que reportan al castellano como la lengua que usan más frecuentemente en sus hogares, pero que identifican al quechua o aymará como la lengua materna de sus padres o abuelos, las mismas que ha tenido que ser abandonadas sobre debido a la migración a las ciudades.
- Hablante de quechua – aymará, se refiere a aquellas mujeres que identifican a dichas lenguas como la que más utilizan en el hogar.

Con esta explicación, en el cuadro anterior se observa que del total de mujeres quechua y/o aymará hablantes (512), el 93.0% se ubican en el quintil más pobre y en el segundo quintil, mientras que el cuarto y en el quintil más rico suman apenas el 1.8% de las mujeres hablantes de quechua y/o aymará. De las mujeres antiguo hablantes de castellano (3.718) algo más de 56.0% se ubican en los quintiles más rico y en el cuarto quintil. De este mismo grupo de mujeres, el 25.1% se encuentran en el quintil más pobre y en el segundo quintil.

Aunque la muestra es pequeña, del análisis del cuadro anterior se pueden sacar algunas conclusiones:

- La incidencia de la pobreza en el Perú es mayor en las mujeres quechua/aymará hablantes que en las mujeres castellano/antiguo hablantes.
- La incidencia de la pobreza es también importante (25.1%) en las mujeres castellano/antiguo parlantes.

REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA: PORCENTAJE DE HOGARES POBRES POR MUNICIPIOS, NACIONAL E INDÍGENAS

Hogares	No pobres (%)	Incidencia de la pobreza		
		Total pobres (%)	Pobres no extremos (%)	Pobres extremos (%)
País	72.36	27.64	20.64	7.00
Municipios Indígenas	59.45	40.55	28.36	12.19

Fuente: INE, Censo General de población 2001. Mapa de pobreza 2001, Cálculos preliminares

En la República Bolivariana de Venezuela la incidencia de la pobreza alcanza al 27.64% de los hogares venezolanos. En los municipios indígenas el 40.55% de los hogares sufren las consecuencias de la pobreza, 12.91 puntos porcentuales por encima de la incidencia nacional de ese país. En cuanto a la pobreza extrema, ésta afecta al 7% de los hogares venezolanos; mientras que en los municipios indígenas, los hogares afectados por la pobreza extrema registra una incidencia de 12.19%, 5.19 puntos porcentuales por encima de la incidencia nacional.

Entre los países andinos, Chile y Colombia son los países que registran la incidencia más baja de extrema pobreza (<2% y 7%, respectivamente); coincidentemente estos países son los que registran un menor porcentaje de población indígena: Chile, 4.68% de población indígena y Colombia 1.7% de población indígena.

De acuerdo con Harry Anthony Patrinos, (Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994 – 2004) “Los logros en materia de reducción de la pobreza de ingresos durante la década de los pueblos indígenas (1994 – 2004) fueron escasos, tal como se muestra en el cuadro siguiente:

CAMBIO DE PORCENTAJES EN LA TASA DE RECuento DE LA POBREZA ENTRE EL PRIMER Y EL ÚLTIMO AÑOS DE ESTUDIO

País	Período del estudio	Población	
		No indígena	Indígena
Bolivia	1997 – 2002	- 8	Cambio de menos de 0.1
Ecuador	1994 - 2003	+ 14	Cambio de menos de 0.1
Guatemala	1989 – 2000	- 25	- 15
México	1992- 2002	- 5	Cambio de menos de 0.1
Perú	1994 - 2000	+ 3	Cambio de menos de 0.1

Fuente: Harry Anthony Patrinos: Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994 – 2004.

Siguiendo nuevamente Harry Anthony Patrinos, “En cuatro de los cinco países estudiados, desde el primer hasta el último año para el cual se disponen datos, casi no disminuyó la proporción de los pueblos indígenas en la pobreza. En dos de estos países, las tasas de pobreza de los pueblos no indígenas sí experimentaron una caída (México y Bolivia). Tal patrón sugiere que allí donde se están obteniendo logros en cuanto a reducción de la pobreza, los pueblos indígenas obtienen menores beneficios, lo que se repite en el caso de Guatemala (1989 – 2000), país donde las tasas de pobreza indígena disminuyeron, pero a un ritmo inferior respecto de las poblaciones no indígenas. En dos de los casos (Ecuador y Perú), durante el período estudiado aumentaron las tasas nacionales de pobreza, aunque tal aumentó afecto en menor medida a la población indígena. En conjunto, estos

hallazgos indican que los ingresos de los pueblos indígenas se ven menos afectados por las tendencias macroeconómicas, sean éstas positivas o negativas.” (Harry Anthony Patrinos: Pueblos indígenas, pobreza y desarrollo humano en América Latina: 1994 – 2004).

En algunos países del área andina, Bolivia, Ecuador y República Bolivariana de Venezuela, se están produciendo cambios políticos importantes orientados a cambiar las relaciones de poder político y económico, acabar con la discriminación social y establecer las bases para una distribución más equitativa de la riqueza nacional. En dos de estos países se han desarrollado procesos para la aprobación de una nueva constitución política del Estado, como mecanismos democráticos para sentar las bases de una nueva distribución del poder. Asimismo, desde el sector salud, los países del Área Andina realizan significativos esfuerzos para eliminar la barrera económica a través de políticas de extensión de la protección social en salud a poblaciones que no están cubiertas por la seguridad social. En Bolivia, el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) está en transición a seguro de tipo universal; en el Perú está en vigencia el Seguro de Salud Integral; Ecuador realiza los mismos esfuerzos en el sentido de universalizar el derecho a la salud. Todos estos cambios, sin duda alguna, mejorarán las condiciones de vida de los pueblos indígenas a través de una más equitativa distribución de la riqueza en nuestros países.

3.3. Educación y pueblos indígenas en la Subregión Andina

El nivel educativo de la población y el analfabetismo, especialmente de las madres, es otra dimensión de las inequidades y desigualdades en contra de las poblaciones indígenas de los países andinos. Los bajos niveles de educación y el analfabetismo tienen una evidente estratificación étnica y social. En el Ecuador, por ejemplo, para el año 1998, el quintil más pobre de la población entre 25 y 65 años registraba como promedio 4.8 años de escolaridad frente a 11.4 años de escolaridad del quintil más rico en este mismo grupo de edad. En el Perú, para el año 2000, el quintil más pobre de la población entre 25 y 65 años de edad registraba una escolaridad de 5.9 años, frente 12.5 años de escolaridad en el quintil más rico de este mismo grupo de edad. Está demostrada la relación entre el nivel educativo de la madre y los niveles de salud de la familia. En los siguientes cuadros se registra la situación de la educación de la población indígena en los países andinos.

BOLIVIA: TASA DE ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN DE 15 O MÁS AÑOS DE EDAD POR SEXO SEGÚN CONDICION DE INDÍGENA

Población	Tasa de analfabetismo		
	Total	Hombres	Mujeres
País	13.28	6.94	19.35
No indígena	4.51	2.85	6.08
Indígena	19.61	9.87	29.03

Fuente: INE, Censo de Población y Vivienda. 2001

En Bolivia, como en resto de los países andinos, la tasa de analfabetismo en poblaciones indígenas es mayor que la tasa nacional de analfabetismo y, por supuesto, mucho mayor que la tasa de analfabetismo en poblaciones no indígenas. La mujer indígena sufre, en materia de acceso a la educación, una doble exclusión: la de género, en el caso de Bolivia se observa una diferencia de algo más de 19 puntos en la tasa de analfabetismo entre hombres y mujeres. En cambio la diferencia en la tasa de analfabetismo entre mujeres indígenas y no indígenas casi de 23 puntos. Los departamentos de Bolivia con mayores tasas de analfabetismo son Chuquisaca y Potosí, 33% y 31.9%, respectivamente. En el

departamento de Potosí el analfabetismo en mujeres llega a 44.7%, mientras, mientras que en el departamento de Chuquisaca el analfabetismo afecta al 42.5% de las mujeres mayores de 15 años. En ambos departamentos se registra los mayores porcentajes de población indígena: 64.91% en Chuquisaca y 80.76% en el departamento de Potosí, con un importante porcentaje de mujeres quechuas monolingües.

CHILE: SITUACIÓN DE LA POBLACIÓN INDÍGENA EN LA EDUCACIÓN

indicador	Población	
	Indígena	No indígena
Tasa de analfabetismo en mayores de 10 años	8.2	4.0
Población que alcanza la educación media	29.8	36.3
Población que alcanza la educación superior	7.9	16.8

Fuente: INE, Chile. Censo 2002

En Chile, la tasa de analfabetismo es 4.3% a nivel nacional, esta tasa es casi el doble en la población indígena y es 105% más que la tasa de analfabetismo en la población no indígena. La brecha de género en cuanto a analfabetismo presenta diferencias significativas, la mujer presenta mayores tasas de analfabetismo con relación al hombre, especialmente si se trata de indígenas que viven en áreas rurales.

ECUADOR: TASA DE ANALFABETISMO DE LA POBLACIÓN INDÍGENA Y AFROECUATORIANA SEGÚN ÁREA (en porcentaje)

Población	Área urbana			Área rural			Total nacional
	Hombre	Mujer	Total	Hombre	Mujer	Total	
Indígena	12.0	22.7	17.3	22.4	33.4	28.1	25.7
Afroecuatoriana	12.8	10.4	11.6	23.2	22.0	22.6	14.9
Otras etnias	5.8	6.5	6.2	13.2	15.6	14.4	8.7
Total población	6.2	7.0	6.6	14.8	18.6	16.6	10.0

Fuente: SIEH-Enemdur 2006 - INEC

Según la Enemdur 2006, la tasa de analfabetismo afecta al 10.0% de la población ecuatoriana. Dentro de población indígena y los grupos étnicos, en cambio, la tasa de analfabetismo alcanza al 25.7% de la población indígena, al 14.9% de la población afroecuatoriana y al 8.7% a la población perteneciente a otros grupos étnicos. Si analizamos el analfabetismo de acuerdo a sexo y área, encontramos que las mujeres indígenas registran los porcentajes más altos de analfabetismo: 22.7% a nivel urbano y 33.4% a nivel rural. El analfabetismo en las mujeres afroecuatorianas afecta al 10.4% en zonas urbanas y al 22.0% en áreas rurales. Esto evidencia que la población indígena y afrodescendiente que vive en las ciudades tiene más oportunidad de acceso a la educación con relación a la misma población que vive en zonas rurales y en comunidades indígenas tradicionales.

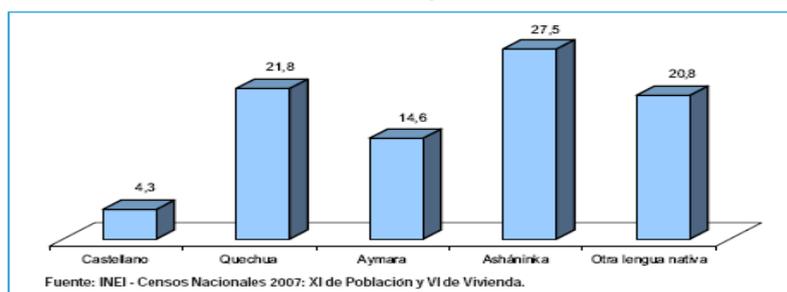
En el Perú, la tasa de analfabetismo en mayores de 15 años es de 7.1%, de acuerdo al Censo Nacional 2007, con una brecha de género de 3.6% en hombres y de 10.6% en mujeres y una diferencia de acuerdo a residencia de 3.7% puntos porcentuales de tasa de analfabetismo para el área urbana y 19.7% para el área rural. La tasa de analfabetismo según lugar de residencia y lengua aprendida en la niñez nos muestra brechas importantes sobre todo en contra de la población indígena que vive en área rural.

PERÚ: TASA DE ANALFABETISMO SEGÚN ÁREA DE RESIDENCIA Y LENGUA APRENDIDA EN LA NIÑEZ. 2007

Área de residencia	Nacional	Lengua aprendida en la niñez				
		Castellano	Quechua	Aymará	Ashaninka	Otras lenguas nativas
Total	7.1	4.3	21.8	14.6	27.5	20.8
Urbana	3.7	2.4	4.9	9.7	8.4	7.0
Rural	19.7	14.4	29.3	19.0	30.6	24.9

Fuente: INEI – Censos Nacionales 2007

GRÁFICO N° 2.16
PERÚ: INCIDENCIA DEL ANALFABETISMO, SEGÚN LENGUA APRENDIDA EN LA NIÑEZ, 2007
(Porcentaje)



VENEZUELA: TASA DE ANALFABETISMO EN CASTELLANO POBLACIÓN INDÍGENA DE 10 AÑOS Y MÁS

Localización	Total (%)	Hombres (%)	Mujeres (%)
Indígenas en comunidades tradicionales	41.8	37.7	47.0
Indígenas en comunidades no tradicionales	31.4	30.4	32.8
Analfabetismo país	6.4	6.3	6.6

Fuente: INE, Censo General de Población y Censo de Comunidades Indígenas 2001

La información disponible sobre analfabetismo en la República Bolivariana de Venezuela (Censo General de Población Y Censo de Comunidades Indígenas 2001) específica que el analfabetismo se refiere a la lengua castellana, entendiendo, por tanto que algunos indígenas pueden estar alfabetizados en su propia lengua. De acuerdo con esta información, el analfabetismo en mayores de 10 años afecta al 6.4% de la población, con una muy pequeña brecha entre hombres y mujeres (6.3% y 6.6% respectivamente). El analfabetismo en pueblos indígenas, en cambio, está por encima del 30%, encontrándose variaciones de acuerdo a su residencia en comunidades tradicionales o en zonas no tradicionales. El porcentaje de personas analfabetas en comunidades tradicionales (41.8%) es algo más de 10 puntos con relación a los indígenas que habitan en zonas no tradicionales (31.4%). Como en demás países andinos, en Venezuela también se registra una brecha de género en perjuicio de las mujeres, especialmente de las mujeres indígenas en comunidades tradicionales, en éstas el analfabetismo afecta a casi la mitad de las mujeres indígenas mayores de 10 años (47.0%), 9.3 puntos porcentuales por encima de la tasa de analfabetismo de hombres indígenas de zonas tradicionales. La brecha en la tasa de analfabetismo entre hombres (30.4%) y mujeres (32.8%) indígenas en zonas no tradicionales es más baja, llegando a 2.4 puntos porcentuales.

3.4. Otros determinantes sociales de la salud en pueblos indígenas

La Comisión Económica Para América Latina y el Caribe (CEPAL), en su publicación “La protección social de cara al futuro: Acceso, financiamiento y solidaridad” afirma que “el porcentaje de población con acceso a agua potable aumentó de 83% a 89% entre 1990 y 2002, y que en el mismo lapso el porcentaje de población con acceso a servicios de saneamiento se elevó de 69% a 75%. Pero una vez más, la expansión no es homogénea y en zonas rurales, sobre todo de países pobres, las condiciones de acceso pueden ser comparables a promedios de países de África, la región más pobre del mundo. Así, por ejemplo, la población rural con acceso a saneamiento en el 2002 no superaba el 35% en países como Perú, Haití, Bolivia, y apenas llegaba a ese índice en Brasil (Naciones Unidas, 2005, p. 203).”.

BOLIVIA: ACCESO A SERVICIOS BASICOS SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICO LINGÜÍSTICO

Servicio	Año	Nacional	Condición étnico lingüística	
			No indígena	Indígena
Población sin acceso a agua por cañería (en porcentaje):	2003	36.4	19.9	44.6
Población sin acceso a saneamiento básico (en porcentaje):	2003	42.4	38.7	46.3

Fuente: UDAPE. Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio

La brecha en el acceso a servicios básicos entre población indígena y no indígena es también importante, constituyéndose en un condicionante para la mayor prevalencia de enfermedades gastrointestinales en poblaciones indígenas.

4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y GRUPOS ÉTNICOS EN PAÍSES ANDINOS

Está demostrado que en países en desarrollo con una importante población indígena los niveles más bajos en el estado de salud se dan precisamente entre las comunidades campesinas e indígenas. Además de los determinantes sociales descritos ampliamente en el capítulo anterior, una serie de factores relacionados con la organización de los servicios de salud determina esta situación de desventaja en la que se encuentran las comunidades indígenas de los países andinos, entre éstos los más importantes son la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud por la población indígena, la inadecuación cultural de los servicios y su consecuencia, el bajo uso y utilización de estos servicios por la población indígena de nuestros países.

Las inequidades étnicas en salud están, evidentemente, asociadas al carácter subordinado de la economía indígena al modo capitalista de producción y al menor desarrollo económico social de los grupos étnicos y pueblo indígenas. En estas condiciones, la población indígena de los países andinos es la que percibe los porcentajes más ínfimos del ingreso nacional, completando el círculo vicioso de la pobreza con los bajos niveles de escolaridad, el analfabetismo y las malas condiciones de vivienda, referido sobre todo a la carencia de servicios básicos. En este marco, es evidente que los niveles de salud de las comunidades indígenas son más bajos con relación al nivel de salud de la población no indígena de las formaciones sociales de los países andinos

La situación de salud de los indígenas se agrava todavía más por la forma de organización de los servicios sanitarios, en general sistemas fragmentados y segmentados que no toman en cuenta las necesidades de salud de las poblaciones indígenas, ni en la asignación suficiente de recursos ni en la adecuación cultural de los servicios. La discriminación, el mal trato y hasta el racismo que sufren campesinos e indígenas en las ciudades y en los centros de salud urbanos completan el panorama de condiciones adversas a la salud de la población indígena. En este capítulo se analizan diferentes aspectos de la atención en salud a las poblaciones indígenas tales como la disponibilidad de servicios de salud para la población indígena, la accesibilidad a los servicios, la adecuación intercultural de la atención en salud, el uso y la utilización de los servicios de salud y, finalmente algunos indicadores de resultado, principalmente el perfil epidemiológico y la mortalidad en poblaciones indígenas.

En los procesos de evaluación de los servicios de salud se utilizan los conocidos indicadores de estructura, proceso y resultado que nos permiten valorar integralmente el uso de determinados recursos (estructura) para realizar las actividades de salud (proceso), las mismas que se deberían traducir en el mejoramiento del estado de salud de la población objeto (resultado). En los siguientes acápite se analizarán la disponibilidad y la accesibilidad a los servicios de salud por parte de las poblaciones indígenas, que constituyen, junto a los recursos económicos, los requisitos substanciales para la producción de servicios en la atención de las necesidades de salud de la población. Estos son los indicadores de estructura más frecuentemente utilizados en la evaluación de los servicios de salud. En acápite posteriores se analizarán la cobertura y el uso de servicios de salud por la población indígena, para terminar con algunos indicadores de impacto o resultado, referidos sobre todo al perfil epidemiológico, desnutrición y situación de la mortalidad en poblaciones indígenas.

4.1. Pueblos indígenas y disponibilidad de recursos para la atención de la salud

Una de las formas de discriminación y de exclusión social en salud es la baja disponibilidad de recursos destinados a la atención de la salud de la población indígena y de los grupos étnicos de los países andinos. En general, en nuestros países se reconocen tres niveles de atención en salud:

- **El tercer nivel de atención**, hospitales generales e institutos especializados, para resolver los problemas de salud de alta complejidad, están ubicados exclusivamente en las capitales de las grandes ciudades. Estos servicios son, en general, inaccesibles para la población indígena, tanto por factores económicos como por la inadecuación cultural de los mismos. Cuando un indígena tiene la suerte, o más bien la mala suerte, de llegar a un establecimiento de tercer nivel, es objeto de mal trato y discriminación. En estas circunstancias, los avances de la ciencia y la tecnología no están al alcance de la población indígena.
- **El segundo nivel de atención**, destinado en general a resolver los problemas básicos de la salud materno infantil. Ofrece servicios en cuatro especialidades básicas: gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general, con capacidad de internación en estas especialidades.
- **El primer nivel de atención**, Son centros de salud y postas sanitarias para la atención ambulatoria e internación de tránsito, cuya actividad principal es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En algunos países, ese es el caso de Bolivia, los establecimientos del primer nivel de atención están a cargo solamente de personal auxiliar, auxiliares de enfermería que deben resolver todos los problemas de salud. En el área rural, estos son los únicos servicios para atención de la salud de la población indígena.

La disponibilidad de recursos humanos es otro aspecto más que evidencia la gran inequidad en la asignación de recursos para la atención de la salud de las poblaciones indígenas de las áreas rurales. La Organización Mundial de la Salud ha propuesto usar la "densidad de recursos humanos para la salud" como una medida para calcular el número de médicos y enfermeras para una población determinada., Esta medida está constituida por la suma de médicos y enfermeras por 10.000 habitantes. Para analizar la disponibilidad de recursos, los países se agrupan, en función a la densidad de los recursos humanos, en tres categorías:

- Países con una tasa mayor de 50 por 10.000 habitantes
- Países con una tasa de 25 a 50 por 10.000 habitantes y
- Países con una tasa menor de 25 por 10.000 habitantes

DISPONIBILIDAD DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD EN PAÍSES DEL ÁREA ANDINA (Datos 2000 – 2006)

País	Médicos		Enfermeras y matronas		Densidad de recursos humanos para la salud
	No	Por 10.000 habitantes	No	Por 10.000 habitantes	
Bolivia	10.329	12	2.993	4	16
Chile	17.250	11	10.000	6	17
Colombia	58.761	14	23.940	6	20
Ecuador	18.335	15	20.586	17	32
Perú	29.799	12	17.108	7	19
Venezuela	48.000	19	28.000	11	30

Fuente: OMS. Estadísticas en Salud. 2008

De acuerdo con la información disponible, cuatro de los países andinos estarían clasificados dentro del grupo de baja densidad de recursos humanos para la salud, pues la disponibilidad de recursos humanos está significativamente por debajo de la densidad mínima sugerida como requisito para lograr una cobertura básica. Solamente Ecuador y Venezuela estarían dentro del grupo de densidad media. La información registrada en el cuadro anterior muestra importantes asimetría entre los países andinos en cuanto a la disponibilidad de recursos humanos para la salud, pero además al tratarse de promedios nacionales encubren, al interior de cada país, grandes inequidades en la distribución de estos recursos, sobre todo entre el campo y las ciudades.

En los últimos tiempos, asistimos a una concentración cada vez más importante de profesionales de la salud en las capitales y centros urbanos desarrollados, con abandono prácticamente total de poblaciones en las zonas rurales, cuya atención de salud está, generalmente, en manos de personal auxiliar o empírico. Paradójicamente, las universidades, tanto públicas como privadas, lanzan al mercado laboral considerables cantidades de profesionales médicos que no siempre encuentran trabajo en sus países y se ven, por tanto, obligados a la migración forzosa a otros países de mayor desarrollo o a la desocupación en sus propios países.

Aunque como consecuencia de la globalización asistimos a proceso de migración de la población indígena hacia las ciudades, se puede afirmar que en los países andinos el área rural es todavía el hábitat de importantes grupos y pueblos indígenas tradicionales. Y es precisamente a estas áreas que los Estados asignan una insuficiente cantidad de recursos humanos, recursos humanos con formación básica que no pueden resolver los complejos problemas de salud a los que enfrentan las poblaciones indígenas, especialmente los problemas de emergencias quirúrgicas, emergencias médicas y gineco – obstétricas.

El caso de Bolivia es demostrativo con relación a la distribución de recursos humanos entre las ciudades y el área rural, en este caso entre las capitales de departamento y el resto del departamento, donde se encuentran residiendo mayoritariamente los pueblos indígenas y grupos étnicos, y donde la atención de la salud de la población rural está generalmente a cargo de una auxiliar de enfermería, con equipamiento insuficiente y en una infraestructura con muchas deficiencias.

BOLIVIA: DISPONIBILIDAD DE MÉDICOS EN EL SUBSECTOR PÚBLICO, SEGUN DEPARTAMENTO Y ÁREA DE TRABAJO

Departamento	Total departamento			Capital de departamento			Resto del departamento		
	Pob.	Total médicos	Médicos X 10.000 hab.	Pob.	Total médicos	Médicos X 10.000 hab.	Pob.	Total médicos	Médicos X 10.000 hab.
Chuquisaca	531.522	470	8.8	215.778	359	16.6	315.744	111	3.5
La Paz	2.350.466	1.180	5.0	793.293	813	10.2	1.557.173	367	2.6
Cochabamba	1.455.711	358	2.5	517.024	186	3.6	938.687	172	1.8
Oruro	391.870	147	3.8	201.504	134	6.6	190.366	13	0.7
Potosí	709.013	235	3.3	145.057	86	5.9	563.956	149	2.6
Tarija	391.226	255	6.5	153.457	144	9.4	237.769	111	4.7
Santa Cruz	2.029.471	403	2.0	1.135.526	271	2.4	893.945	132	1.5
Beni	362.521	183	5.0	79.963	81	10.1	282.558	102	3.6
Pando	52.525	42	8.0	22.324	34	15.2	30.201	8	2.6
Bolivia	8.274.325	3.273	4.0	3.263.926	2.108	6.5	5.010.399	1.165	2.3

Fuente: INE, Censo Nacional de población y vivienda, 2001. Ministerio de Salud y Deportes, 2004

De acuerdo con la información del cuadro anterior, dentro del subsector público de salud de Bolivia se dispone de 4 médicos por 10.000 habitantes. Sin embargo, en las capitales de departamento de ese país la disponibilidad de médicos aumenta a 6.5 médicos por 10.000 habitantes contra 2.3 médicos para el resto de los departamentos. En el departamento de Chuquisaca, la disponibilidad de médicos en la capital de departamento (Sucre) es 4.7 veces mayor que la disponibilidad de este recurso en el resto del departamento; mientras que en la capital del departamento de Pando la disponibilidad de médicos es 5.8 veces superior a la disponibilidad de médicos en el área rural. La concentración de médicos en las capitales de departamento y en las grandes ciudades es un fenómeno común a todos nuestros países como consecuencia de la globalización y la urbanización creciente. En consecuencia, asistimos a una menor disponibilidad de recursos para la atención de la salud en las áreas rurales y en las regiones de asentamiento tradicional de pueblos indígenas y grupos étnicos.

4.2. Pueblos indígenas: accesibilidad a los servicios de salud

La accesibilidad es la condición variable de la población de poder utilizar o ser atendido por los servicios de salud. La disponibilidad de los servicios es una primera condición para hacer posible la accesibilidad, pero además, son necesarias eliminar una serie de barreras para hacer efectiva la utilización de los servicios de salud por la población. En la accesibilidad a los servicios de salud son conocidas las barreras económica, geográfica, cultural y de organización de los servicios de salud.

a) Barrera económica.

La capacidad adquisitiva de la población explica, en gran parte, no enteramente, el acceso a los servicios de salud. En las formaciones sociales de los países andinos, los pueblos indígenas y grupos étnicos son los más pobres y con menores niveles de educación, su capacidad económica para atender sus necesidades de salud es, por tanto, mínima o nula. En muchos países de la subregión la consulta médica es gratuita o de bajo costo, lo que hace potencialmente posible el acceso de la población al servicio, pero el efecto del

servicio se hace nulo cuando los medicamentos, los exámenes complementarios de apoyo diagnóstico (exámenes de laboratorio, rayos X, etc.) tienen un costo.

La barrera económica se hace dramática para pacientes pobres, y sobre todo para paciente indígenas, en los casos de hospitalización. Los establecimientos hospitalarios de las grandes ciudades, y también de las ciudades intermedias, se han convertido en centros inaccesibles para la población pobre y la población indígena por sus elevados costos de atención. En muchos casos, familias pobres con pacientes hospitalizados se ven obligadas a vender los pequeños bienes que han podido hacerse con mucho sacrificio en la vida, para posibilitar el retorno a la familia del paciente hospitalizado o el retiro del cadáver que se retienen como garantía para el pago de los servicios recibidos en el centro hospitalario. Muchos países del Área Andina realizan esfuerzos para eliminar la barrera económica a través de seguros desde el subsector público de salud.

b) Barrera geográfica

La localización física de los servicios de salud es de la más grande importancia de la accesibilidad. La barrera geográfica es sobre todo importante para la atención de la salud de la población de las comunidades rurales de los países andinos, donde la disponibilidad de servicios de salud es insuficiente y el tiempo necesario para llegar a los mismos es, en ocasiones, tan grande que no permite la atención oportuna del enfermo. La barrera geográfica se agrava todavía más por la deficiente infraestructura caminera que disponen las comunidades rurales y por el elevado costo del transporte.

c) Barrera cultural.

La barrera cultural tiene su base en la diferente cosmovisión del proceso salud enfermedad entre los proveedores de la atención de la salud y la población indígena. En países de la subregión con elevada presencia de población indígena, Bolivia, Perú y Ecuador, la barrera cultural se constituye en una causa importante para explicar la inaccesibilidad y la situación de salud en estos países. La formación profesional de los prestadores de salud no toma en cuenta, en general, la cosmovisión, las prácticas, creencias y costumbres culturales de la población indígena. En algunos casos, se observa un rechazo a estas prácticas y creencias con la consecuente desconfianza hacia los servicios y prestadores de salud. El resultado es la persistente preferencia de las poblaciones indígenas hacia las prácticas de la medicina tradicional y la resistencia al uso y utilización de los recursos de la medicina académica que se traduce finalmente en las grandes disparidades o inequidades de salud entre la población indígena y no indígena

El extremo que limita el acceso a los servicios de salud está la concepción racista de algunos prestadores de salud. El mal trato y la atención diferenciada a pacientes indígenas y afrodescendientes son expresiones del racismo en los prestadores de salud. El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) del Perú en su Documento de Trabajo "Etnicidad, Antecedentes Lingüísticos y la Salud Materno Infantil en el Perú" afirma que: "El racismo podría tener un impacto en los indicadores de salud. El racismo hace referencia al acceso diferenciado a bienes, servicios y oportunidades dentro de la sociedad por el factor raza. Esto se manifiesta en condiciones materiales y en el acceso al poder. Los ejemplos de racismo en las condiciones materiales incluyen el acceso diferenciado a la calidad de la educación, alojamiento, empleo bien remunerado, facilidades médicas apropiadas, un ambiente pacífico, etc.". En cuanto al rol de los proveedores de salud en la generación de

desigualdades sostiene: “La idea básica es que los doctores, encubiertos por prejuicios y creencias estereotipadas y ante la incertidumbre sobre la condición o estado de los pacientes, pueden usar la raza al realizar su diagnóstico. Por ejemplo, se ha documentado que los pacientes afro-americanos en comparación con los pacientes blancos, reciben en menor proporción medicamentos para el dolor cuando van a la sala de emergencias. De la misma manera, Schulman et al (2002) proporciona evidencia que sostiene que las mujeres afro-americanas tienen menos probabilidad de ser enviadas para una cirugía al corazón; en comparación con los pacientes hombres blancos”.

d) Barrera de la organización de los servicios de salud

La barrera en la organización de los servicios de salud tiene estrecha relación con la barrera cultural descrita anteriormente. La organización de los servicios de salud no toma en cuenta las necesidades y los usos y costumbres de la población indígena. La barrera cultural y de organización que impiden el acceso de la población indígena a los servicios de salud se refleja en muchos aspectos de la atención en salud cuyo resultado es, finalmente, el rechazo a estos servicios y el uso persistente de la medicina tradicional. Algunos de las expresiones de la barrera cultural y de organización de los servicios se encuentran en:

- Desconocimiento y rechazo a la cosmovisión indígena sobre el proceso salud enfermedad por parte de los prestadores de la atención en salud
- Falta de conocimiento de la lengua nativa del personal de salud y uso de términos médicos técnicos, incompresibles para la población en general y para la población indígena en particular.
- Falta de respeto a los derechos de los pacientes por parte del personal de salud, situación que se hace más evidente cuando se trata de pacientes indígenas
- Mal trato a los pacientes indígenas por parte del personal en salud.
- Inadecuación cultural de la infraestructura y del equipamiento para la atención. Esta situación se hace sobre todo evidente en la atención del parto, que tradicionalmente es atendido por parteras empíricas, en el propio hogar de la parturienta.
- Inadecuación horaria en los establecimientos de salud. Los indígenas son general pequeños agricultores que trabajan desde tempranas horas de la mañana hasta avanzadas horas de la tarde. Cuando después del trabajo, el paciente indígena quiere consultar por alguna dolencia, el establecimiento de salud está cerrado.

4.3. Cobertura y uso de los servicios de salud por la población indígena en países andinos

La cobertura es la capacidad de los sistemas de salud de satisfacer las necesidades de la población. Se define la cobertura como la proporción de personas con necesidad de servicios que ha recibido atención para dicha necesidad. Indica en otras palabras, si los servicios de salud están llegando a la población que realmente los necesita y por dista considerablemente de las nociones de afiliación o población asignada, con las cuales se confunde tan frecuente como incorrectamente. (Hipólito Pabón Lasso: Evaluación de servicios de salud. Conceptos, Indicadores, Ejemplos de Análisis Cualitativo y Cuantitativo).

En países con sistemas de salud fragmentados y segmentados, como son en general los sistemas sanitarios de los países andinos, la cobertura se vuelve un concepto impreciso y difícil de evaluar, pues mientras oficialmente se afirma determinada cobertura, en la práctica

ésta siempre resulta menor. Es pues necesario distinguir la cobertura teórica o legal de la cobertura real o efectiva. En nuestros países, se reconoce el derecho a la cobertura de salud, con carácter universal para toda la población, a través del sector público. Esta cobertura legal, sin embargo se ve limitada por la disponibilidad de servicios de salud y la accesibilidad a los mismos. Un ejemplo de esta situación es Bolivia. Por un lado, en forma oficial se afirma que el sistema sanitario de Bolivia tiene una cobertura de algo más del 70% de la población; sin embargo, la Organización Panamericana de la Salud en su estudio “La exclusión social en Salud en Bolivia” llega a la conclusión que el 77% de la población boliviana estaría excluida, en alguna forma, de los servicios de salud. Los indicadores de proceso evalúan la producción de servicios, es decir las actividades de salud desarrolladas con el uso de los recursos. Los indicadores de proceso más frecuentemente empleados son:

a) Uso. En el que distingue la extensión de uso y la intensidad de uso. Los indicadores de extensión de uso nos permiten conocer la proporción de la población que usa un determinado servicio en un período de tiempo, generalmente un año. Aunque existen algunas diferencias entre extensión de uso y cobertura, en el presente estudio se empleará la extensión de uso como sinónimo de cobertura. La intensidad de uso se define como el número promedio de servicios recibidos por cada usuario durante un período de tiempo, por ejemplo: número promedio de controles prenatales en embarazadas indígenas y no indígenas.

b) Calidad. Definida como el conjunto de características que deben tener los servicios de salud, en el proceso de atención a los usuarios, tanto desde el punto de vista técnico como del humano, con el objeto de resolver eficazmente el problema del paciente, en un ambiente de trato humano y de calidez.

c) Utilización. Se define como la relación entre el recurso ocupado y el recurso existente por unidad de tiempo. Un indicador conocido de utilización es el índice ocupacional de camas en los centros hospitalarios, que mide los días cama utilizados en un año de los días cama disponibles en dicho hospital, para el mismo período de tiempo.

d) Productividad y rendimiento. Es el número de actividades llevadas a cabo por unidad de recurso existente en un tiempo determinado. Por ejemplo, número de consultas/hora/médico; número promedio de placas radiológicas por día.

De los indicadores de proceso descritos anteriormente, por falta de información, se tomarán solamente los de uso de los servicios de salud, utilizado en este trabajo como sinónimo de cobertura, referidos sobre todo a la atención materna e infantil.

USO LOS SERVICIOS DE SALUD EN PAÍSES ANDINOS SEGÚN NIVELES DE RIQUEZA

PAÍS	Año de la encuesta	Partos atendidos por personal sanitario especializado		Niños de 1 año totalmente inmunizados	
		20% más pobre	20% más rico	20% más pobre	20% más rico
Bolivia	2003	27	98	48	57
Chile					
Colombia	2005	72	99	47	72
Ecuador	-	-	-	-	-
Perú	2004 -2005	34	100	65	73
Venezuela	-	-	-	-	--

Fuente: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2007 – 2008

Es conocida la correlación directa que entre pobreza y la condición de ser indígena. Las poblaciones indígenas y los grupos étnicos son los grupos más pobres en las formaciones sociales de los países andinos tal como se ha visto en el capítulo de determinantes sociales de la salud. En cuadro anterior se observa las inequidades en la cobertura de la atención del parto por personal especializado y en la cobertura de vacunaciones de acuerdo a quintiles de pobreza y riqueza. En Bolivia existe una diferencia de 71 puntos porcentuales en la atención del parto por personal especializados entre el 20% más pobre y el 20% más rico. En este último grupo casi el 100% de las embarazadas son atendidas por personal sanitario especializado. La diferencia es menor en los niños de 1 año con inmunización completa. En Colombia, la inequidad en la atención del parto por personal especializado es menor, pero no deja de ser importante pues existe, en la atención del parto por personal especializado, una diferencia de 27 puntos porcentuales entre el 20% de embarazadas más ricas y el 20% más pobre. Las diferencias son también importantes entre los niños pertenecientes al 20% más rico y el 20% de niños pertenecientes al grupo más pobre, la diferencia es de 20 puntos porcentuales entre ambos grupos. En Perú se registra una diferencia de 36 puntos porcentuales en las condiciones de atención del parto y solamente 8 puntos porcentuales de diferencia entre niños pertenecientes al quintil más rico con relación a los niños pertenecientes al quintil más pobre.

El uso de los servicios de salud por la población indígena es, pues, siempre más baja con relación a la población no indígena de los países andinos, situación que se explica por la incidencia más alta de la pobreza entre la población indígena y por la inadecuación cultural de los servicios de salud. Los pueblos indígenas sufren exclusión social en salud tanto por ser pobres como por su condición indígena.

BOLIVIA: COBERTURA DEL PARTO INSTITUCIONAL E INMUNIZACIONES, SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA (en porcentaje)

Servicio	Año	Cobertura nacional	Cobertura según condición étnico lingüístico	
			No indígena	Indígena
Parto institucional	2003	60.8	82.7	51.8
Vacuna pentavalente	2003	71.5	79.8	68.4

Fuente: UDAPE. Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio

En Bolivia, la diferencia en la atención del parto institucional entre población no indígena e indígena es 30.9 puntos porcentuales. Para Bolivia las Metas del Milenio establecen una cobertura del parto institucional del 70% a nivel nacional, esta meta habría sido sobre pasada holgadamente por la cobertura del parto alcanzada en la población no indígena, mientras que para las mujeres indígenas se mantiene una diferencia de 18 puntos porcentuales para alcanzar dicha meta. En cuanto a la vacuna pentavalente, la diferencia en la cobertura entre niños no indígenas e indígenas es de 11.4 puntos porcentuales. Las Metas del Milenio señalan para el 2015, una cobertura de 95% de niños inmunizados, los niños indígenas están a 26.6 puntos porcentuales para lograr esta meta.

ECUADOR: COBERTURA DE LA ATENCIÓN MATERNO INFANTIL SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA (en porcentaje)

Servicio	Cobertura país	Cobertura según condición étnica	
		No indígena	Indígena
Control prenatal	84	87	61
Atención del parto por personal calificado	83	87	49
Vacunación completa en "menores de 5 años"	54	56	32

Fuente: CEPAR, ENDEMAIN, 2004. Elaboración: ODNA, 2007

Las diferencias de cobertura y uso de los servicios de salud entre población indígena y no indígena son también evidentes en la República del Ecuador. Existe una diferencia de 26 puntos porcentuales en el control prenatal a mujeres embarazadas indígenas frente a embarazadas no indígenas. La diferencia aumenta a 38 puntos porcentuales entre ambos grupos en atención del parto por personal calificado. En el Ecuador, por cada mujer indígena que es atendida por personal calificado, son atendidas 1.8 embarazadas no indígenas. En cuanto a vacunación completa en niños menores de 5 años, la diferencia entre niños indígenas y no indígenas es de 24 puntos porcentuales.

PERÚ: USO DE LOS SERVICIOS DE SALUD SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICO LINGÜÍSTICO DE LA MADRE (en porcentaje)

Tipo de atención	Global	Condición étnico lingüístico de la madre		
		Castellano Antiguo	Castellano reciente	Quechua-Aymará
Embarazo con al menos 4 controles prenatales	86.2	85.9	87.6	84.9
Atención del parto institucional	70.5	75.4	74.2	41.8
Terapia de rehidratación oral	75.4	75.3	76.6	73.1

Fuente: ENDES 2005

En el caso del Perú se encuentran datos interesantes en relación con la cobertura de los servicios de salud según condición étnica. En primer lugar llama la atención que el porcentaje de madres embarazadas con al menos 4 controles clasificada como "castellano antiguo" hablantes sea menor a la media nacional de 86.2%. Las madres "quechua-aymará" hablantes registran 1 punto porcentual menos en el control prenatal y 1.3 puntos porcentuales con relación a la media nacional. La embarazadas como "castellano reciente" hablantes son las que registran los mayores porcentajes de control de embarazo con relación a los otros grupos. En la atención del parto institucional las embarazadas "quechua-aymará" hablantes registran un déficit de 33.6 puntos porcentuales con relación a las madres "castellano antiguo" hablantes. En la terapia de rehidratación oral, aunque pequeñas, también se encuentran diferencias entre niños indígenas y no indígenas.

4.4. Perfil epidemiológico e indicadores de resultado e impacto en la población indígena del Área Andina

En general, los países andinos, al igual que otros países de América Latina, están experimentando un proceso de doble transición: Por un lado la transición demográfica con un aumento de la esperanza de vida al nacer y su consecuencia directa, el aumento cada vez

mayor de la población llamada de la tercera edad o población adulta mayor. Y por el otro lado, una transición en el perfil epidemiológico caracterizado por la coexistencia de enfermedades transmisibles, propias del rezago epidemiológico junto con enfermedades emergentes, crónicas degenerativas y una influencia cada vez mayor de la violencia y los accidentes como causas principales de muerte. El perfil epidemiológico de una formación social determinada tiene una correlación con el desarrollo económico social de la misma. En países andinos de mayor desarrollo económico social como Chile, Colombia y Venezuela, las enfermedades crónicas degenerativas, la violencia y los accidentes tienen un peso mayor en la conformación del perfil epidemiológico, mientras que en los países de menor desarrollo económico social tienen todavía especial importancia las enfermedades transmisibles e infecciosas en la configuración de los perfiles epidemiológicos.

El perfil epidemiológico de las poblaciones indígenas está determinado por las condiciones materiales de vida de las mismas, tal como se ha señalado en anteriores acápite, las poblaciones indígenas y los grupos étnicos viven en el círculo vicioso de pobreza: bajo rendimiento y poca productividad, ingresos bajos, bajos niveles de educación, falta de oportunidades y de actividades productivas, falta de acceso a servicios básicos, desnutrición y precario estado de salud, altas tasas de fecundidad y de mortalidad y acentuación de la pobreza.

En estas condiciones el perfil epidemiológico de las poblaciones indígenas está caracterizado por una elevada prevalencia e incidencia de enfermedades transmisibles, propias de las formaciones sociales de menor desarrollo económico social: Tuberculosis, malaria, enfermedad de Chagas, Micosis, enfermedad diarreica aguda e infecciones respiratoria agudas, junto a enfermedades carenciales como la desnutrición y las anemias.

Las acciones de salud buscan al final el mejoramiento del estado de salud de una población determinada. En este sentido, la evaluación de los sistemas sanitarios que aplican el ASIS Andino con Enfoque Intercultural ha de realizarse por los resultados e impacto que se obtiene en el mejoramiento del nivel de salud de las poblaciones indígenas de nuestros países. Los indicadores de resultado que suelen utilizarse en la evaluación de los servicios y sistemas sanitarios son la cobertura de los servicios que se ha analizado en acápite anteriores, la eficacia, eficiencia y la efectividad. La información para evaluar la eficacia y la eficiencia de los servicios y de los sistemas sanitarios no siempre es fácil de obtener y, para el caso del presente estudio esta información simplemente no existe en forma desagregada para poblaciones indígenas y no indígenas. En consecuencia vamos a emplear indicadores disponibles de efectividad o impacto, entendida como el resultado final de las acciones de salud sobre la población, en este caso sobre la salud de las poblaciones indígenas. La información disponible como resultado final de las acciones de salud y de otros sectores son el de prevalencia de la desnutrición crónica y el de mortalidad infantil en poblaciones indígenas y no indígenas.

PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA Y MORTALIDAD INFANTIL EN PAÍSES ANDINOS, SEGÚN NIVELES DE POBREZA/RIQUEZA

País	Niños con altura inferior a la media para su edad		Tasa de mortalidad infantil (por mil nacidos vivos)	
	20% más pobre	20% más rico	20% más pobre	20% más rico
Bolivia	42	5	72	27
Chile				
Colombia	20	3	32	14
Ecuador	-	-	-	-
Perú	46	4	46	6
Venezuela	-	-	-	-

Fuente: PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2007 – 2008

La desnutrición crónica en menores de 5 años registra una prevalencia que no sobrepasa el 5% en el 20% más rico de la población infantil de Bolivia, Perú y Colombia. En cambio en el 20% más pobre de estos países la prevalencia de la desnutrición crónica afecta al 46% de los niños menores de 5 años en el caso del Perú, 42 puntos porcentuales por encima del 20% más rico de ese país; en Bolivia la desnutrición crónica afecta al 42% de los niños menores de 5 años del quintil más pobre de ese país, 37 puntos porcentuales por encima de la prevalencia en el quintil más rico de ese país; en el caso de Colombia, la desnutrición crónica afecta al 20% de los niños menores de 5 años del quintil más pobre, 17 puntos porcentuales por encima de la prevalencia en el quintil más rico de ese país.

La tasa de mortalidad infantil, refleja con bastante sensibilidad el grado de desarrollo económico social y el nivel de salud alcanzado por los países y, al interior de éstos, pone en evidencia la desigual distribución de la salud y la enfermedad y las inequidades existentes entre clases y grupos sociales y entre población indígena y no indígena. Las brechas en la tasa de mortalidad infantil entre ricos y pobres son evidentes. En Bolivia la brecha en la mortalidad infantil entre el 20% más rico y el 20% más pobre alcanza 45 puntos porcentuales de diferencia; 40 puntos porcentuales en el Perú y 18 puntos de diferencia en Colombia.

La lucha contra la pobreza, que uno de los objetivos de las Metas del Milenio, debe ser pues una de las prioridades dentro de las políticas sociales de los países andinos con el objetivo de mejorar el estado de salud de la población andina y crear bases sólidas para la integración.

BOLIVIA: PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA

Indicador	Año	Nacional	Condición étnico lingüística	
			No indígena	Indígena
Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de 3 años (%)	2003	24.2	15.7	27.8

Fuente: UDAPE. Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio

Una de las Metas del Milenio para Bolivia es la reducción en la mitad la desnutrición crónica en menores de 3 Años, de 38.3% en 1989 a 19% en 2015. De acuerdo con los datos publicados por la Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales (UDAPE), para el

2003, la prevalencia nacional de la desnutrición crónica en menores de 3 años alcanzó a 24.2%, con variaciones según condición étnica de 15.7% para niños no indígenas y una prevalencia de 27.8% para niños indígenas. Los niños no indígenas ya habrían sobrepasado las Metas del Milenio con 3,3 puntos porcentuales, mientras los niños indígenas están todavía a 8.2 puntos porcentuales de lograr dichas metas. Por otra parte, se puede concluir que en Bolivia por cada niño no indígena menor de 3 años con desnutrición crónica existen 1.8 niños indígenas en esta misma condición.

ECUADOR: PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA, SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA

Indicador	País	Prevalencia según condición étnica	
		No indígena	Indígena
Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de 5 años	21	18	41

Fuente: CEPAR, ENDEMAIN, 2004. INEC, SIEH, 2004. Elaboración: ODNA, 2007

En el Ecuador, la prevalencia de la desnutrición crónica alcanza, según el cuadro anterior, al 21% de la población menor de 5 años de ese país, con brechas importantes entre población infantil indígena y no indígena. En este último grupo la prevalencia de la desnutrición crónica afecta al 18% de los niños menores de 5 años, 3 puntos porcentuales debajo de la prevalencia media nacional. La prevalencia de la desnutrición crónica en niños indígenas, en cambio, afecta al 41% de los niños menores de 5 años, 20 puntos porcentuales por encima de la prevalencia media nacional y 23 puntos porcentuales por encima de la prevalencia de la desnutrición crónica en niños no indígenas de ese país. En el Ecuador por cada niños desnutrido no indígena existen 2.3 niños indígenas desnutridos.

PERU: PREVALENCIA DE LA DESNUTRICIÓN CRÓNICA SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICO LINGÜÍSTICO DE LA MADRE

indicador	global	Condición étnico lingüístico de la madre		
		Castellano antiguo	Castellano reciente	Quechua-Aymará
Prevalencia de la desnutrición crónica en menores de 5 años	24.1	18.6	20.1	51.3

Fuente: ENDES 2005

Según los datos registrados en el cuadro anterior, la prevalencia media nacional de la desnutrición crónica en niños menores de 5 años fue de 24.1%. Las brechas existentes por condición étnico lingüístico de las madres son también muy marcadas en este país: La prevalencia de la desnutrición crónica en niños de madres castellano antiguo y castellano reciente hablantes es menor a la prevalencia media nacional, 5.5 y 4 puntos porcentuales respectivamente, por debajo de la media nacional; mientras que la prevalencia de la desnutrición crónica en niños de madres quechua-aymara hablantes está 27,2 puntos porcentuales por encima de la prevalencia nacional media y 32.7 puntos porcentuales por encima de la prevalencia de la desnutrición crónica en niños de madres castellano antiguo hablantes. En el Perú, por cada niño no indígena con desnutrición crónica existen 2.8 niños indígenas en esta condición.

BOLIVIA: MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA

Mortalidad	Año	Nacional	Condición étnico lingüística	
			No indígena	Indígena
Infantil	2003	54.0	33.0	62.0
En la niñez	2003	75.0	45.0	87.0

Fuente: UDAPE. Pueblos Indígenas Originarios y Objetivos de Desarrollo del Milenio

La tasa de mortalidad infantil en Bolivia fue, de acuerdo a La Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales (UDAPE), de 54 por mil nacidos vivos. La mayor parte de las muertes en menores de 1 año se registra en la población indígena, observándose que la tasa de mortalidad infantil en esta población es de 62 por mil nacidos vivos, 8 puntos porcentuales por encima de la media y 29 puntos porcentuales encima de la mortalidad infantil en la población no indígena. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio señalan una meta en la tasa de mortalidad infantil de 30 por mil nacidos vivos para el año 2015, esta meta está cerca de ser cumplida en la población no indígena, mientras que en la población indígena está lejos de cumplirse (32 puntos porcentuales). En Bolivia por cada muerte de un niño no indígena menor de un año, se produce el fallecimiento de casi 2 niños indígenas (1.88 veces).

En cuanto a la tasa de mortalidad en la niñez, número de defunciones en menores de 5 años por mil nacidos vivos, la media nacional según la misma fuente fue para el 2003 de 75 por mil nacidos, con una brecha de 42 puntos porcentuales entre la tasa de población no indígena e indígena. La meta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (50 por mil nacidos vivos) ya habría sido cumplida por la población no indígena mientras que en la población indígena está meta está lejos de cumplirse (37 puntos porcentuales).

CHILE: TASA DE MORTALIDAD INFANTIL, SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA (trienio 2001 –2003). Tabulaciones especiales Proyecto Epidemiología Enfoque Sociocultural,2004

Indicador	País	Condición étnico lingüística. Arica	
		Aymarás	No Indígena
Tasa de Mortalidad en menores de 1 año X mil nacidos vivos	8.2	7.9	3.8

Fuente: Estudio MINSAL: "Perfil epidemiológico básico. Área de cobertura del Servicio de Salud Arica". 2005

En el caso de Chile, se muestra la situación de la mortalidad infantil según condición étnica en el Servicio de Salud Arica, donde habita una importante población de origen aymará. Pese a que el Servicio de Salud de Arica registra tasas mortalidad general e infantil por debajo de la media nacional, la población aymará tiene mayores riesgos en todas las edades de la vida. La tasa de mortalidad infantil en la población aymará de Arica, por ejemplo, es dos veces mayor que la mortalidad infantil en la población no indígena. En Arica por cada niño no indígena que fallece, se producen dos fallecimientos de niños aymarás menores de 1 año.

ECUADOR: TASA DE MORTALIDAD EN LA NIÑEZ, SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA

Indicador	País	Cobertura según condición étnica	
		No indígena	Indígena
Tasa de Mortalidad en menores de 5 años X mil nacidos vivos	35	32	51

Fuente: CEPAR, ENDEMAIN, 2004. INEC, SIEH, 2004. Elaboración: ODNA, 2007

En el Ecuador, la tasa media de mortalidad en menores de 5 años fue de 35 por mil nacidos vivos. Esta misma tasa fue en la población no indígena de 32 por mil nacidos vivos, 3 puntos porcentuales por debajo de la media nacional; mientras que en la población indígena la tasa de mortalidad en la niñez fue 51 por mil nacidos vivos, 16 puntos porcentuales por encima de tasa media nacional y 19 puntos porcentuales por encima de la tasa de mortalidad en la niñez de la población no indígena. En el Ecuador por cada niño no indígena menor de 5 años que fallece, se produce el fallecimientos de 1.6 niños indígenas.

La Comisión Económica Para América Latina (CEPAL) de las Naciones Unidas registra los siguientes datos sobre la tasa de mortalidad infantil en 3 países del Área Andina.

MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN GRUPO INDÍGENA O NO INDÍGENA

PAÍS	MORTALIDAD INFANTIL POR MIL NACIDOS VIVOS	
	Indígena	No indígena
Bolivia	75.9	51.9
Ecuador	59.3	25.8
Chile	22.6	20.0

Fuente: CEPAL. Panorama Social de América Latina. 2005

4.5. Descripción de la salud de pueblos indígenas

En este apartado se transcribe literalmente la descripción que hace la Organización Panamericana de la Salud sobre la salud de pueblos indígenas de cada país bajo el subtítulo de “Salud de los grupos étnicos” en su libro “Salud en las Américas. 2007. Volumen II – Países”

4.5.1. Salud de los grupos étnicos en Bolivia

De acuerdo al censo 2001 en la población originaria había altas tasas de mortalidad materno infantil. El 37% de los partos fue atendido por medico, 21% por la misma madre, 18% por otra persona y 14.7% por partera. En 2005, se estudio la cobertura de atención del par en establecimiento de salud por municipios según el porcentaje de mujeres monolingües nativas; la cobertura fue menor al 7% en los municipios con 80% a 89% de mujeres indígenas; la cobertura fue de 10% en 12 municipios cuya población de mujeres monolingües nativas es del 70% al 79%; en contraste en 138 municipios de país, donde el monolingüismo nativo de las mujeres sólo era de 0 a 9%, la cobertura del parto es establecimientos de salud fue de 45% (15).

Los datos del Programa de Mejoramiento de las Encuestas y Medición de Condiciones de Vida (MECOVI) muestran que, entre 1999 y 2000, la cobertura de la atención del parto en establecimientos no aumentó en las mujeres embarazadas del quintil de población originaria más pobre del área (alrededor de 35%) (Calvo Alfredo, Bolivia. Desigualdad en la población monolingüe nativa, mediciones básicas. Salud Pública Boliviana. 2005; 45.

4.5.2. Salud de los grupos étnicos. Chile

En 1997 se realizó el primer estudio sociodemográfico y epidemiológico de los y epidemiológico de los pueblos indígenas en Chile (11), el cual evidenció desigualdades al

comparar la situación de estos grupos con el resto del país: altas tasas de mortalidad infantil superiores en 40 puntos a la media nacional, para el caso del pueblo atacameño; menor esperanza de vida al nacer, inferior en 10 años para la población aymará; bajo índice de Swaroop, equivalente al que poseía el país a inicios de los años 80; patrón de causas de muerte pretransición epidemiológica para el caso aymará, y condiciones de salud de los pueblos indígenas que viven en los centros urbanos más deterioradas que la de los que viven en el campo. Estudios posteriores han mostrado que la incidencia de la muerte por bronconeumonía en niños mapuche menores de 5 años es mayor que en niños no mapuche (12). Del mismo modo la TBC es más alta en las zonas de alta concentración indígena, siendo especialmente vulnerable la población aymará, lo que se refleja en el Servicio de Salud Arica, con una tasa de mortalidad por TBC del doble de la tasa nacional. Estudios han revelado que la población mapuche presenta talla menor tanto en adultos como en niños, y parte de esta diferencia se explica por su asociación a la pobreza y vulnerabilidad social. La IX Región de la Araucanía (concentración de población mapuche) presenta mayor mortalidad por cáncer de vesícula, coexistiendo una alta prevalencia de coledolitiasis con un pobre acceso a colecistectomía.

4.5.3. Salud de los grupos étnicos. Colombia

En la selva y el llano prevalecen las enfermedades carenciales, infectocontagiosas y parasitarias, y en la zona andina las enfermedades de los tejidos dentales. La Sierra Nevada de Santa Marta cobija las etnias indígenas de los arhuacos, koguis, wiwa, kankuamo y yupka, y allí predominan enfermedades diarreicas agudas (EDA), enfermedades respiratorias agudas (IRA), desnutrición y enfermedades de la piel. En la etnia de los gitanos la situación de salud es mejor, aunque presentan algunos casos de enfermedades cardiovasculares y respiratorias. En la región Pacífica, donde habita gran parte de la población afrocolombiana, prevalecen tuberculosis, EDA, IRA, desnutrición, paludismo, fiebre amarilla y otras enfermedades como cáncer y VIH/sida. Los factores que influyen en la problemática de salud de los grupos étnicos son: pérdida de territorio, destrucción de recursos naturales y deterioro de medio ambiente, cambios socioculturales asociados al incremento del contacto e interacción con el entorno social; abandono progresivo de la medicina tradicional; dificultades para acceder a los servicios de salud y precariedad de estos servicios en los territorios étnicos; pobreza y marginalidad social y geográfica y otras barreras culturales (27).

4.5.4. Salud de los grupos étnicos. Ecuador

El promedio de desnutrición crónica en niños indígenas de 0 a 59 meses fue de 47%, mientras que el promedio nacional en este grupo de edad fue 23%. La desnutrición global en menores de 5 años fue 9.4%; en niños indígenas fue 15.3%; en afrodescendientes, 11.6%; en mestizos, 8.7%; y en blancos 6.3%.

Para 2004 el promedio de mujeres afiliadas o beneficiarias de un seguro público fue 15.7%, y el de mujeres indígenas 13.7%. El porcentaje de mujeres indígenas que reportó haber sido maltratada físicamente antes de cumplir los 15 años fue de 40.8% (promedio nacional, 27.7%) y psicológicamente 34.7% (promedio nacional, 24.9%) (30).

4.5.5. Salud de los grupos étnicos. Perú

No registra en Salud en las Américas

4.5.6. Salud de los grupos étnicos. Venezuela

La población indígena representa 2.3% de la población del país (532.743 habitantes) (1) y está distribuida en 36 etnias, ubicadas en 10 estados. Las enfermedades prevalentes en esta población son tuberculosis, malaria, hepatitis, parasitosis intestinal, desnutrición, oncocercosis y trastornos respiratorios y digestivos. El Centro Amazónico de Investigación y Control de Enfermedades Tropicales (CAICET) informó que la incidencia de la tuberculosis en la población Yanomami fue 10 veces más altas que en el resto de la población no indígena. En los estados Amazonas y Bolívar, las cuatro primeras causas de muerte en esta etnia son malaria (40.1% de la mortalidad registrada), desnutrición, hepatitis B, infecciones intestinales (gastroenteritis, disenterías amebianas y helmintiasis). La población indígena, en particular las etnias Yanomani y Añú, son altamente vulnerables a las infecciones de transmisión sexual por su contacto con mineros y turistas (9).

5. MARCO TEÓRICO DE LA GUÍA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA DEL ASIS ANDINO CON ENFOQUE INTERCULTURAL.

La construcción de un marco teórico para una Guía conceptual y metodológica para el Análisis de la Situación de Salud Andino con Enfoque Intercultural (ASIS Andino Intercultural) es una tarea bastante complicada y compleja en el contexto de nuestras formaciones sociales, caracterizadas por importantes poblaciones indígenas ligadas a modos de producción precapitalistas subordinadas al modo capitalista de producción, dominante en todos los países andinos, situación de subordinación que explica la pobreza, marginación y discriminación, la mala calidad de vida y los bajos niveles de educación y salud al que están sometidos los pueblos indígenas.

En el plano teórico, el enfoque intercultural del ASIS Andino tiene, necesariamente, que ser abordado desde dos dimensiones. Por una parte, analizar las categorías y conceptos relacionados interculturalidad, empezando con los conceptos de cultura, nación, nacionalidad, pueblo, indígena, grupo étnico, etc., tratando de llegar a conceptos que nos permitan el uso de términos comunes a todos los países andinos, La otra dimensión del marco teórico está referido al análisis y la comprensión del término Análisis de la Situación de Salud (ASIS), como un proceso metodológico de la salud pública o salud colectiva que permite el análisis concreto de los problemas de salud para encontrar soluciones concretas de intervención.

5.1. Elementos teóricos relacionados con el concepto de interculturalidad

5.1.1. Conceptualización de cultura:

Para llegar a una aproximación del concepto de interculturalidad, antes debemos conceptualizar el término de cultura. El concepto más simple es el que registran los diferentes diccionarios de la lengua española, así el Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena registra tres acepciones para la palabra cultura:

- a) Cultivo, acción de cultivar
- b) Costumbres y artes de una nación o pueblo en una época determinada.
- c) Fig. Instrucción, ilustración, sabiduría resultante de haber ejercitado el hombre su entendimiento en cultivar los conocimientos humanos.

Por una parte, la acepción lata o general que hace referencia a todos los aportes que hubiera alcanzado una determinada comunidad sea nacional, regional, étnica, etc. A lo largo de sus propio procesos históricos. Esto significa que tanto la producción material y científica, espiritual, los usos, costumbres y hábitos, así como las adquisiciones de la vida social en general y de todo tipo, forman el cuerpo de la cultura. En este sentido incluso manifestaciones como por ejemplo la lucha social y política, forman parte de la cultura. El concepto restringido de cultura hace referencia únicamente a los aspectos propiamente intelectuales como son la literatura, la filosofía, el pensamiento político, las teorías económicas y la ideología. (Jorge Echazú: El aporte de los intelectuales a la cultura en Bolivia)

M.M Rosental y P.F. Iudin " definen cultura: (Del latín cultura: cultivo, elaboración) como el conjunto de valores materiales y espirituales, así como de los procedimientos para crearlos, aplicarlos y transmitirlos, obtenidos por el hombre en el proceso de la práctica

histórico-social. En un sentido más estricto de la palabra, continúa la definición, suele hablarse de cultura material (técnica, experiencia de producción y otros valores materiales) y de cultura espiritual (resultados en el campo de la ciencia, del arte y la literatura, de la filosofía, de la moral, de la instrucción, etc.). La cultura es un fenómeno histórico que se desarrolla en dependencia del cambio de las formaciones económico-sociales. (M.M Rosental y P.F. Iudin. Diccionario Filosófico. 2007)

5.1.2. Grupos étnicos, etnicidad e identidad étnica

Un grupo étnico puede ser definido como “una colectividad que se identifica a sí misma y que es identificada por los demás en función de ciertos elementos comunes, tales como el idioma, la religión, la tribu, la nacionalidad o la raza, o una combinación de estos elementos, y que comparte un sentimiento común de identidad con otros miembros del grupo” (Stavenhagen, 1991, pag, 2). Esta definición es lo suficientemente amplia como para decir que “los grupos étnicos así definidos pueden también ser considerados como pueblos, naciones, nacionalidades, minorías, tribus o comunidades, según los distintos contextos y circunstancias”. (Stavenhagen. 1991, citado por Susana Schkolnik y Faviana del Popolo en los “Censos y los pueblos indígenas en América Latina: Una metodología regional”).

El Ministerio de la Protección Social de la República de Colombia define a los grupos étnicos como “poblaciones cuyas condiciones y prácticas sociales, culturales y económicas las distinguen de aquellos que conforman la sociedad hegemónica y tienen por ello un reconocimiento jurídico por parte del Estado. Sus particularidades culturales están dadas en sus cosmovisiones, costumbres y tradiciones. Ellos son: los indígenas, los afrocolombianos o comunidades negras, los raizales y el pueblo ROM o gitano.” (Ministerio de la Protección Social, República de Colombia. Derechos y Deberes de los grupos étnicos en el marco de la protección social).

En general, la etnicidad se refiere a la existencia de grupos de individuos que comparten ciertas características sociales y culturales (no genéticas) tales como origen geográfico, historia, lenguaje, religión, valores y costumbres y la autoidentificación como indicador básico (Barth, 1976, citado por el INEI del Perú en el Documento de Trabajo: Etnicidad, Antecedentes Lingüísticos y la Salud Materno Infantil en el Perú).

El trabajo “Identidad étnica y la reproducción cultural – social. El caso de la comunidad indígena mapuche lafkenche Trauco Pitra. Chile” de Loreto Arias Lagos, Socióloga, Investigadora adjunta del Centro de Estudios Étnicos y Rurales de la Universidad de Concepción de Chile, nos parece de gran utilidad para la comprensión de los términos etnicidad e identidad étnica. Transcribimos el capítulo I del mencionado trabajo.

“Bonfil (1991) a la conciencia de ser indios, enmarcada en una relación asimétrica de subordinación/dominación con los no indios, la llamó etnicidad. La fuerza de la etnicidad se asegura por medio de la conciencia étnica, ésta permite dar continuidad a la identidad étnica, a través de la diferenciación cultural, por medio de la oposición a perderla. Esta continuidad se da de gran manera en la integración de etnias sometidas al poder de otra dominadora, como también se da en las dominadas, que se resisten a ser asimiladas durante el proceso de absorción política y cultural desarrollado por la etnia expansionista (Esteve, 1986).

Se reconoce el carácter situacional de la etnicidad, relativa a las relaciones sociales que establecen los individuos y grupos. Estos grupos debido a factores económicos,

políticos, religiosos y otros organizan socialmente su identidad étnica, por lo general con referencia al Estado u otros grupos con identidades sociales diferentes y hegemónicas (Bello, 2004).

La modernización Latinoamérica, como es sabido, se acompaña de una regresión de la distribución de los ingresos (grandes diferencias entre ricos y pobres), se produce exclusión social de amplios sectores de la población, el rostro más visible de la negación del otro. Tras siglos de exclusión y dominación, la mayor parte de pueblos indígenas y de las poblaciones afrolatinas viven en condiciones de extrema pobreza (Hopenhayn, 2002). Estudios empíricos del Banco Mundial y del BID revelan que existe un alto grado de correlación entre la pobreza y el origen étnico, un cálculo aproximado indica que la cuarta parte del los habitantes de América Latina que viven en la pobreza extrema son indígenas, siendo esta proporción más elevada en los países con poblaciones indígenas mayores, como Bolivia, Guatemala, Perú o Ecuador (Deruyttere, 2001). Chile, no es la excepción, en el año 2003 se constató que 28,7% de la población indígena vivía en situación de pobreza e indigencia frente a un 18,1 % de población no indígena que viven esta misma situación (Casen,2003).

La modernización rompe con los mecanismos integradores del Estado, que a través de sus discursos, y políticas parciales trata de proteger los intereses de determinados grupos. Durante el período nacional populista éstos aparecían como campesinos y ciudadanos del país, al romperse los lazos integradores, comienzan a ser considerados como indígenas propiamente tales, viéndose a sí mismos cada vez más excluidos, comienzan a emerger las demandas indígenas, los reclamos por los derechos de la doble ciudadanía nacional y étnica. La *exclusión indígena* es entonces la base de la conciencia indígena (Bengoa, 2000). De esta forma los grupos que no han desaparecido, “pasaron a formar parte de un sector de sociedad nacional cuya condición de subordinación responde a un proceso combinado de formas de exclusión y explotación y en donde la cultura propia ocupa un lugar central en el imaginario de esa subordinación” (Bello, 2004: 45).

Con esto se puede decir que la etnicidad tiene al menos dos frentes de construcción, en íntima relación, uno desde dentro, organizado, significado e instrumentado por el propio grupo, y otro desde fuera, donde el Estado es el principal agente, lo étnico es entonces una condición de subordinación, un producto histórico y no una esencia.

Para Bonfil (1991) La continuidad histórica de una sociedad, pueblo o comunidad, es posible porque posee un núcleo de cultura propia. Los individuos al identificarse como pertenecientes a un mismo y exclusivo grupo, en tanto unidad diferenciada, reivindican la existencia de una cultura propia, ésta (del grupo étnico) por reducida que sea en tiempos de dominación intensa, permite que el grupo mantenga su identidad distintiva y enfrente la imposición cultural mediante estrategias de resistencia, innovación y apropiación. Este autor plantea una matriz cultural de los tipos de culturas basados en el cultural control:

ELEMENTOS CULTURALES	DECISIONES	
	Propias	Ajenas
Propios	Cultura autónoma	Cultura enajenada
Ajenos	Cultura apropiada	Cultura impuesta

(Fuente: Bonfil Batalla. 1991: 50)

Los elementos culturales son considerados por este autor como materiales, sean estos naturales y transformados; organizacionales, referidos a participación; intelectuales, lo que engloba conocimientos y experiencias; simbólicos y emotivos, que apuntan a la subjetividad como recurso.

Bonfil (1991) denomina *cultura autónoma* a un grupo social que posee el poder de decisión sobre sus propios elementos culturales y es capaz de producirlos, usarlos y reproducirlos. La *cultura apropiada* corresponde a la totalidad cultural compuesta por aquellos recursos ajenos, de los que el grupo ha logrado apropiarse y que han quedado bajo su control y capacidad de decisión. La *cultura impuesta*, se da cuando, las decisiones y los elementos culturales no son del grupo social. Cuando los elementos culturales siguen siendo propios y la decisión sobre y control sobre ellos es ajeno, se está frente a una *cultura enajenada*. La *cultura autónoma* y *apropiada* conforma el ámbito de la *cultura propia*. La *cultura impuesta* y *enajenada* pertenecen al ámbito de la *cultura ajena*.

Es importante señalar que la identidad étnica, como las demás identidades, por sí misma no remite necesariamente a la cultura implicada, ya que ésta puede ser parte de una sociedad culturalmente diversificada (que distribuye los contenidos sociales en función de su status social, empresario, campesino, etc.), o puede ser integrado incompletamente en un individuo al ser este socializado en dos culturas, o de un individuo consciente o inconscientemente influido por otra cultura, en este caso la identidad étnica no es un supuesto de comportamiento uniforme, ni de homogeneidad cultural (Esteva, 1986).

A través de la identidad étnica se remite entonces más que a los contenidos específicos culturales, a un modo simbólico de identificación con una cultura. Si bien el conocimiento de los símbolos de una cultura no es requisito para la identidad étnica, representa una condición para valorar relativamente el grado de adecuación entre la identidad étnica expresada y la forma o sistema cultural a que remitan dichos elementos culturales (Esteva, 1986). Estos símbolos se pueden presentar en los miembros de maneras variables, algunos de ellos exhibirán muchas características otros sólo algunas, pueden ser pasadas por alto o ser consideradas por los actores como señales o emblemas de diferencia (Barth, 1976). Para los pueblos indígenas, son considerados emblemas de identidad elementos como la tierra, la cosmovisión, la lengua, el apego a la naturaleza (Giménez, 2002, cit. en Bello, 2004).". (Loreto Arias Lagos. "Identidad étnica y la reproducción cultural – social. El caso de la comunidad indígena mapuche lafkenche Trauco Pitra. Chile. 2006).

5.1.3. Nación, Nacionalidad y pueblos indígenas

Otra complejidad teórica representa el análisis y comprensión de los conceptos nación, nacionalidad y pueblo, Conceptualización que está en permanente controversia. En general, el uso común identifica el concepto de nación con el estado y país. En ese sentido, se habla de la nación ecuatoriana, la nación chilena, etc., para referirnos al Estado Ecuatoriano o al estado Chileno. Sin embargo la ciencia política y la sociología hacen algunas distinciones en el significado de estos conceptos. El Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena registra las siguientes acepciones para el término nación: 1) Conjunto o totalidad de los habitantes de un país regido por el mismo gobierno. 2) Territorio de este mismo país. 3) fam. Nacimiento (acción de nacer). 4) Conjunto de personas que tienen el mismo origen étnico, hablan generalmente la misma lengua y están ligadas por una historia común. 5) m.ant. Cualquier extranjero, U. hoy en Bolivia. 6) De nación loc. con que se indica de dónde es natural una persona.

La mayor parte de los teóricos han circunscrito el problema nacional a la etapa capitalista, estableciendo que sólo la aparición y desarrollo del capitalismo habría dado origen al surgimiento de las naciones. Samir Amin, en oposición a lo anterior afirma que la nación no es producto exclusivo del capitalismo y que existieron naciones completamente establecidas en las formaciones sociales precapitalistas, como es el caso de las formaciones sociales antiguas del Cercano y Lejano Oriente. Samir Amin define los conceptos de etnia y nación afirmando que “La etnia supone una comunidad lingüística y cultural y una homogeneidad del territorio geo-cultural y, sobre todo, una conciencia de esta homogeneidad cultural, incluso cuando ésta es imperfecta, pues las variantes dialécticas difieren de una provincia a otra, o los cultos religiosos. La nación supone la etnia, pero la supera. Según Saad Zahrane, aparece realmente, si, además, una clase social, que controla el aparato central del Estado, asegura una unidad económica a la vida de la comunidad, es decir, si la organización por esta clase dominante de la generación del excedente y de su circulación y distribución, solidarizan la suerte de las provincias. Esta definición es más amplia que la fundada sobre el mercado capitalista. La clase en cuestión no es necesaria y exclusivamente la burguesía. La clase dominante controla siempre –por definición- el Estado. Pero éste será un imperio (étnicamente homogéneo o no) o una nación, cuando constituye por lo menos una unidad económica, es decir, que la organización de la formación, de la circulación y distribución del excedente determine como mínimo una solidaridad entre las provincias.

“En algunas formaciones tributarias, continúa Samir Amin, la clase/Estado dominante ejercita esta función. Especialmente en las regiones en las que el control de la irrigación exige la centralización administrativa y la planificación de la producción a escala del conjunto del país, esta clase/Estado convierte al imperio en nación, si ya es una etnia homogénea. El caso de la China (a pesar de sus notables diferencias regionales), y, más aún, el Egipto, son sin duda convincentes. Si no se verifica la condición de la homogeneidad étnica o no existe la unidad económica, se tiene un imperio, pero no una nación, como es el caso de la India.”

“Si bien, como hemos visto, la fase nacional es anterior al capitalismo, subsiste el hecho de que el modo de producción capitalista lleva el hecho nacional a un nivel muy superior al de las formaciones precapitalistas. De hecho, el capitalismo lleva la centralización económica a un nivel superior, mediante la generalización de la forma comercial de todo el producto (y ya no solamente del excedente), la forma comercial que adquiere (asegurando con la movilidad de la población, una mayor integración humana) y finalmente la forma comercial asumida por el propio capital, que asegura la integración del mercado (y la circulación de la riqueza). Esta es indudablemente la razón por la que los marxistas han creído que debían reducir el hecho nacional a un fenómeno concomitante con el capitalismo, tanto más cuando que en Europa la sociedad precapitalista –feudal- nunca ha sido nacional.” (Samir Amin. Sobre el desarrollo desigual de las formaciones sociales).

La categoría de nación hace pues referencia a una formación histórica milenaria cuya existencia es, por tanto, muy anterior al modo de producción capitalista y que tiende indefectiblemente a la autodeterminación, que convierte a la “nación en sí” en “nación para sí”. Toda nación está constituida por tres matrices:

- Una matriz subjetiva y cultural que comprende el idioma o la lengua, los usos, las costumbres, la tradición, la mitología, la religión y la psicología común;

- Una segunda matriz objetiva que comprende la población (el pueblo) y el territorio (el habitat).
- Una tercera matriz política económica que corresponde a las naciones más evolucionadas, característica de las naciones modernas, el estado nacional del capitalismo.

Debe pues establecerse en forma precisa el uso correcto de la categoría nación como formación milenaria, distinguiéndola del Estado-nación que es propia de las formaciones sociales donde el modo de producción es dominante y determinante en última instancia.

El concepto de nacionalidad, usado en algunos países como el Ecuador, parece un recurso para diferenciar precisamente, la existencia de naciones al interior del Estado-nación. En otros casos, nacionalidad puede referirse a grupos étnicos más pequeños comprendidos dentro de una nación, así dentro de la nación quechua o aymará se pueden encontrar subgrupos que pueden ser considerados como nacionalidades.

En Bolivia, la Nueva Constitución Política del estado ha introducido el término de naciones y pueblos indígena originario campesinos para referirse abarcativamente a toda la población indígena de los 36 grupos étnicos existentes en ese país. En el Ecuador se definen las nacionalidades como “entidades históricas y políticas que constituyen el Estado Ecuatoriano, que tienen en común una identidad, historia, idioma, cultura propia, que viven en un territorio determinado, mediante sus propias instituciones y formas tradicionales de organización social, económica, jurídica, política y ejercicio de autoridad propia. Los pueblos indígenas, por su parte, están caracterizados como “colectividades, conformados por comunidades o centros con identidades culturales que les distinguen de otros sectores de la sociedad ecuatoriana, regidos por sistemas propios de organización social, económica, política y legal. Por pueblo indígena se entiende también el conjunto de familias de ascendencia amerindia que comparten sentimientos de identificación con su pasado aborígen manteniendo rasgos y valores propios de su cultura tradicional, así como formas de organización y control social que los distinguen de otras comunidades.

Finalmente las comunidades indígenas, son consideradas como “entidades colectivas agrupadas en familias de relación sanguínea o afinidad, asentadas en un territorio determinado, que autoidentifican o pertenecen a un pueblo o nacionalidad, que basan su modo de vida en la práctica colectiva de la reciprocidad, solidaridad e igualdad, que tienen un sistema de organización político, administrativo, económico, espiritual y cultural.”. (Tomado del “Proyecto de la Universidad Intercultural Amawtay Wasi del Ecuador”).

La definición de quién es indígena o quién no debe ser considerado indígena es un problema en constante debate. El término además tiene una connotación diferente de un país a otro, en Bolivia, por ejemplo, son considerados indígenas las personas pertenecientes solamente a los grupos étnicos que habitan la Amazonía de ese país y están agrupados en Confederación Indígena del Oriente Boliviano (CIDOB) para diferenciarlos de los campesinos y pueblos originarios de occidente organizados en las organizaciones sindicales campesinas o en CONAMAG, todos afiliados a la Confederación Sindical Única de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB). En la nueva Constitución Política de Bolivia, aprobado mediante referéndum nacional en el mes de enero, se ha introducido después de intensos debates, la categoría de “naciones y pueblos indígena originario campesinos” definiéndola en

los siguientes términos: “Es nación y pueblo indígena originario campesino toda la colectividad humana que comparta identidad cultural, idioma, tradición histórica, instituciones, territorialidad y cosmovisión, cuya existencia es anterior a la invasión colonial española.” (Artículo 30, inciso I de la Nueva Constitución Política del Estado).

Los convenios y organizaciones internacionales de la Naciones Unidas, como el “Convenio 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes” de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) definen como indígenas a los descendientes de los habitantes originales de una región geográfica antes de la colonización y que han mantenido total o parcialmente sus características lingüísticas, culturales de organización social. Esta definición del Convenio 169 de la OIT se complementa con la autoidentificación de las personas con un determinado grupo indígena, como un criterio de relevancia para determinar quién es indígena.

En los países andinos hasta ahora, lamentablemente, no han existido criterios uniformes para determinar la pertenencia de las personas a los pueblos indígenas. En los procesos censales algunos países toman en cuenta solamente lengua materna de la persona censada, la lengua de la madre o la lengua materna de los ancestros (padres, abuelos) como criterio de la identidad indígena, otros países agregan la ubicación geográfica o la autoidentificación.

Con fines prácticos, en el presente estudio emplearemos el término de pueblos indígenas para referirnos a la población indígena en general, sean éstos considerados en cada país como grupos étnicos, pueblos indígenas, pueblos originarios, naciones o nacionalidades.

5.1.4. Interculturalidad

En la forma más simple, puede entenderse la interculturalidad como la interacción entre dos o más culturas en formaciones sociales pluriculturales, llamadas también multiculturales. La dinámica de esta interacción es, sin embargo, de lo más compleja cuando las relaciones interculturales son conflictivas y de confrontamiento como consecuencia de la dominación ejercida por una cultura hegemónica. Las relaciones interculturales se complejizan todavía más en el contexto de sociedades con una estratificación social marcada, con intereses de clases sociales antagónicamente enfrentadas. En esta situación, las contradicciones de clase se profundizan por las relaciones interculturales asimétricas y de hegemonía por parte de grupos sociales económica y políticamente dominantes.

Zúñiga y Ansión (1996) introducen el concepto de interculturalidad normativa como un punto de partida para establecer relaciones sociales más justas, en medio del conflicto y la injusticia de las relaciones sociales actualmente existentes. Por su parte, Fonet-Betancourt utilizan también el concepto de interculturalidad como normativa, pero a partir del reconocimiento del derecho a la autodeterminación, afirmando que “La necesidad del diálogo intercultural en América Latina se presenta, como hemos visto, como una doble dimensión de obligación normativa: la de reparar la culpa con las víctimas del colonialismo y la promover un nuevo orden justo, reconociendo al otro en su dignidad y colaborando con su empresa de liberación. (...). No hay reparación sin liberación de los pueblos sometidos ni sin reconocimiento efectivo de su derecho a la autodeterminación. De donde se desprende que la necesidad del diálogo intercultural es la necesidad de realizar la justicia, de entrar en un contacto justo con el otro libre; lo que quiere decir a la vez, que es necesario reconocerle

como persona humana portadora, justamente en su diferencia, de una dignidad inviolable que nos hace iguales.”. (Tomado de “El enfoque intercultural en la atención de la salud materna: Un avance para las políticas públicas de salud”. Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia. Mayo, 2006).

Freddy Delgado R. y Cesar Escobar V. Introducen, complementando la interculturalidad, el concepto de intraculturalidad como una necesidad del fortalecimiento de los saberes locales originales. “La interculturalidad entendida como el intercambio y diálogo de sentimientos y conocimientos, se refiere sobre todo a las actitudes y relaciones sociales de una cultura con referencia a otro grupo cultural, a sus miembros o a sus rasgos y productos culturales, donde el conocimiento científico occidental moderno es una cultura más. Al mencionar la interculturalidad, necesariamente se debe analizar el concepto de intraculturalidad, que concebimos como la revalorización de los saberes locales, especialmente de nuestros pueblos originarios que han mantenido una forma de vida más humana y sostenible. Es la primera etapa y condición fundamental e indispensable para fortalecer la identidad cultural propia, aspirando a evitar que el hecho de entablar un diálogo intercultural se convierta en otro momento colonizador, sino que despeje un camino para un Diálogo horizontal y fraterno.”. (Freddy Delgado B./César Escobar V. “Diálogo intercultural e anticientífico. Para el fortalecimiento de las ciencias de los pueblos indígenas originarios).

De acuerdo con la política de salud para pueblos indígenas, el Gobierno de Chile, a través del Ministerio de Salud, sostiene que “El enfoque de equidad en salud y pueblos indígenas se sustenta en el reconocimiento de la existencia de mundos socioculturales diversos, donde se encuentran distintas formas de entender y enfrentar el proceso salud-enfermedad; el sistema médico occidental y la visión holística de los pueblos originarios. El desafío actual es traducir la equidad en acciones específicas: considerar el enfoque intercultural en la organización y provisión de atención en la Red Asistencial de Servicios de Salud. En materia de acceso y calidad de los servicios de salud, estos deben respetar la integralidad de la cosmovisión y prácticas indígenas, responder a criterios de eficacia y calidez en el alcance de los objetivos en salud, con resultados de satisfacción de la persona, familia y comunidad.

La interculturalidad será entendida como un proceso social interactivo, de reconocimiento, respeto, horizontalidad y colaboración entre dos o más culturas, en un espacio determinado. Interculturalidad significa entonces, la promoción de relaciones de confianza, reconocimiento mutuo, comunicación efectiva, cooperación y convivencia; y derecho a la diferencia.”. (Ministerio de Salud de Chile: “Política de Salud y Pueblos Indígenas”. Noviembre. 2006).

La política de salud para pueblos indígenas del Ministerio de Salud de Chile incluye los siguientes aspectos como elementos integrantes de una política de salud con enfoque intercultural:

- Integralidad en el concepto de salud-enfermedad.
- Sistema de salud incluyente, abierto, que reconoce, respeta y aplica concepciones y prácticas de salud de otras culturas.
- Visión holística.
- Oferta de servicio regular, equitativo y con pertinencia cultural.
- Personal de salud calificado y sensible a las necesidades de salud de la población

- La capacitación aborda sistemáticamente la diversidad y problemática local en materia de salud.
- Colaboración entre sistemas médicos oficial e indígena.

En este contexto, para hacer efectiva la práctica de la interculturalidad en términos de igualdad en el campo de la salud es necesario trabajar en las siguientes tres dimensiones:

- **Intraculturalidad:** Significa el reconocimiento, respeto y, sobre todo, la revalorización de los saberes de los pueblos originarios en materia de salud, de lo que en nuestros países se conoce como medicina tradicional.
- **Articulación de la medicina occidental y de la medicina tradicional:** En términos de igualdad y respeto mutuo, estableciendo en los sistemas sanitarios mecanismos y puentes de articulación y complementariedad entre ambas medicinas, adecuación intercultural de la atención en salud.
- **Formación de recursos humanos con enfoque intercultural,** sobre todo en la formación de pregrado y, por supuesto, en el post-grado.
- **Cultura de respeto a los derechos de los pacientes:** Respeto a las creencias y cosmovisión de los pacientes, a sus costumbres y preferencias. Este es un trabajo fundamental que debe realizarse dentro del personal de salud de los sistemas sanitarios y en la formación de recursos humanos de pre-grado y postgrado.

5.1.5. Otras definiciones de utilidad

- Estado Multinacional o plurinacional: Reconocimiento de la existencia de más o menos naciones y nacionalidades al interior del Estado-Nación, en contraposición al Estado Nacional, Estado uni-nacional (de mestizos y criollos) propio del capitalismo. El Estado MULTINACIONAL incorpora a naciones y nacionalidades en la estructura misma del nuevo Estado y no solamente como “etnias” o “culturas” o “folklore”, sino formando parte de todas las instancias del Estado incluyente.
- Autoridad tradicional: Miembros de una comunidad indígena que ejercen, dentro de la estructura propia de la respectiva cultura, un poder de organización, gobierno, gestión o control social.
- Resguardo: En Colombia es la Institución legal y sociopolítica de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, que con un título de propiedad colectiva que goza de las garantías de la propiedad privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de éste y su vida interna por una organización autónoma amparada por el fuero interno y su sistema normativo propio. De acuerdo con la Constitución Política de 1991, los resguardos son inalienables, imprescriptibles e inembargables; además, son de propiedad colectiva y no enajenables.
- Tierras Comunitarias Originarias (TCOs). En Bolivia, son los espacios territoriales que constituyen el hábitat de los pueblos y comunidades indígenas y originarias reconocidas por el Estado, a los cuales han tenido tradicionalmente acceso y donde mantienen y desarrollan sus propias formas de organización, económica, social y cultural, de modo que aseguran su sobrevivencia y desarrollo. Son inalienables, indivisibles, irreversibles, colectivas, compuestas por comunidades o mancomunidades, inembargables e imprescriptibles.

- e) Medicina Tradicional Indígena: Conocimientos, prácticas, rituales, conceptos y procesos de salud integral que ancestralmente han realizado los pueblos indígenas como modelo de vida colectiva. Enmarcado dentro de la cosmovisión de cada pueblo
- f) Salud Indígena: Estado de armonía y equilibrio entre las personas, la comunidad y la naturaleza teniendo en cuenta los saberes y prácticas culturales indígenas, basados en criterios de pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad.

5.2. Marco conceptual del Análisis de la Situación de Salud Andino con enfoque intercultural (ASIS Andino Intercultural)

La salud no constituye un hecho aislado, sino que se encuentra en contradicción permanente con la enfermedad formando parte del proceso salud enfermedad, proceso que al mismo tiempo es parte de procesos más amplios que se dan en las formaciones sociales, como son los procesos económico sociales y la situación de las clases y grupos sociales en la estructura de dichas formaciones sociales.

La desigual distribución del poder, de la riqueza nacional y del acceso a los bienes y servicios afecta las condiciones y la calidad de vida de la población y determinan diferentes formas de enfermar y morir, con una exclusión más temprana del ciclo de vida de los grupos sociales económicamente deprimidos y culturalmente excluidos de las formaciones sociales. La salud, la enfermedad y la muerte son, pues, resultantes de múltiples factores causales ambientales, biológicos, psicológicos, culturales, sociales y culturales que dependen de la estructura económico social, del nivel de desarrollo económico alcanzado por la sociedad, del desarrollo de sus fuerzas productivas y de la tecnología alcanzada.

En este marco, el análisis de situación de salud significa el análisis del estado de salud de la población como consecuencia de la interacción de los determinantes inmediatos o fenoménicos (ambientales, biológicos, psicosociales, organización de los servicios sanitarios, estilos de vida, condiciones de vida etc.) que se desarrollan e interactúan en el contexto de procesos económico-sociales más generales que constituyen la estructura económica de la sociedad y que se encuentra en interacción permanente y dialéctica con los niveles superestructurales de la sociedad (niveles jurídico, político y cultural). Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen los determinantes sociales de la salud y que en los países andinos, países capitalistas en vías de desarrollo, se caracterizan por inequidad entre clases sociales, grupos étnicos y condición de género. Las inequidades en las determinantes estructurales y en las condiciones de vida pueden ser influenciadas por cambios en la distribución del poder político y la correlación de las fuerzas sociales.

Recientemente la OMS ha planteado la necesidad de asumir un nuevo paradigma para la Salud Pública que se orienta a intervenir sobre los determinantes de las inequidades sociales y no solo en la atención de los daños a la salud, ha planteado el desafío de reducir o eliminar estas inequidades en el lapso de una generación, con base en un programa que incluye tres tipos de acciones: a) las que mejoran las **condiciones de vida** de las poblaciones, b) las que reducen las desigualdades en la **distribución del poder**, de los ingresos y los recursos sanitarios y c) las que fortalecen las capacidades de **medir y analizar** la magnitud de las **inequidades** y **evaluar** los **impactos** de las intervenciones. En

esencia, la propuesta de la OMS se orienta a superar las inequidades sociales como base de las inequidades en salud, y al desarrollo de capacidades de las personas, familias y poblaciones como la forma de superar las inequidades sociales.

No se puede transformar una realidad si es que no se la conoce y no se la explica en su compleja red de interconexiones. Se trata de un proceso de análisis concreto de una situación de salud concreta para encontrar soluciones de intervención también concretas. En este sentido, el ASIS Andino con Enfoque Intercultural viene a representar una síntesis del proceso de conocimiento de las condiciones relacionadas con la salud de los pueblos indígenas y sus determinantes sociales. El ASIS de ha convertido, desde el punto de vista metodológico, en un valioso instrumento para conocer el estado de salud de la población, en el presente caso el estado de salud de la población indígena de los países andinos, establecer las causas determinantes y condicionantes de dicho estado, establecer las necesidades y prioridades de salud de la población indígena e identificar estrategias e intervenciones para mejorar su salud en términos de equidad y respeto a los derechos humanos. En consecuencia, el ASIS Andino con enfoque intercultural es un proceso de análisis de la información sobre el estado de salud de la población que permite establecer en los países andinos perfiles epidemiológicos diferenciados por etnia. Este análisis incluye la información sobre los determinantes económicos y sociales de la salud indígena, las condiciones de vida en las que se encuentra esta población, los recursos para la atención de la salud de las poblaciones indígenas, los procesos que se desarrollan y finalmente el perfil patológico y de mortalidad en la población indígena.

Son muchos los objetivos que se busca con el desarrollo de procesos de Análisis de la Situación de Salud Andina con enfoque Intercultural, entre los cuales podemos apuntar:

- Establecer el perfil de salud enfermedad de las poblaciones indígenas.
- Identificar la ocurrencia de los principales problemas, necesidades y prioridades de salud en poblaciones indígenas de los países andinos
- Identificar daños, análisis y priorización de problemas.
- Establecer los factores determinantes del perfil de salud enfermedad en poblaciones indígenas.
- Establecer las inequidades étnicas de salud entre poblaciones indígenas y no indígenas.
- Identificar riesgos epidemiológicos y grupos o poblaciones indígenas vulnerables.
- Recomendar estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de la intervención sobre los determinantes de la salud en poblaciones indígenas.
- Planificar intervenciones de control de daños a la salud.
- Desarrollar negociaciones políticas para la movilización de recursos.
- Monitoreo, seguimiento y evaluación de los resultados de intervención.