



GUÍA CONCEPTUAL Y METODOLOGÍA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD ANDINO, ASIS ANDINO, CON ENFOQUE INTERCULTURAL



"Por la integración y la salud de
nuestros pueblos andinos"



Catalogación hecha por el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE SALUD ANDINO, ASIS ANDINO, CON ENFOQUE INTERCULTURAL/ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE ORAS-CONHU – Lima, Noviembre 2010.

-p., ilus.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES/ PUEBLOS INDÍGENAS EN LA SUBREGIÓN ANDINA/ DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN PUEBLOS INDÍGENAS DEL ÁREA ANDINA/ DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y GRUPOS ÉTNICOS EN PAISES ANDINOS/ MARCO TEÓRICO DE LA GUÍA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA DEL ASIS ANDINO CON ENFOQUE INTERCULTURAL.

Noviembre, 2010

Lima - Perú

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N°...

Consultoría realizada por:

Dr. Eduardo Aillón Teran

Comité Editorial:

Dra. Gloria Lagos Eyzaguirre, ORAS/CONHU

Lic. María del Carmen Figueroa, ORAS/CONHU

Diseño:

Tec. Milagros Araujo García, ORAS/CONHU

© ORGANISMO ANDINO DE SALUD – CONVENIO HIPÓLITO UNANUE, 2010

Av. Paseo de la República N° 3832 Oficina 301, Lima 27 – Perú

Telf.: (00 51-1) 4226862 / 6113700

<http://www.orasconhu.org>

contacto@conhu.org.pe

Esta publicación ha sido realizada por el Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	5
2. PUEBLOS INDÍGENAS EN LA SUBREGIÓN ANDINA	7
3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD EN PUEBLOS INDÍGENAS DEL ÁREA ANDINA	34
4. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y GRUPOS ÉTNICOS EN PAÍSES ANDINOS	49
5. MARCO TEÓRICO DE LA GUÍA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA DEL ASIS ANDINO CON ENFOQUE INTERCULTURAL	68
6. GUÍA METODOLÓGICA DEL ASIS ANDINO CON ENFOQUE INTERCULTURAL. INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL	81
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94

GUÍA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICA PARA LA CONSTRUCCIÓN DEL ANÁLISIS DE SITUACIÓN DE SALUD ANDINO, ASIS ANDINO, CON ENFOQUE INTERCULTURAL

1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Son parte del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, seis países con diferente grado de desarrollo económico social: Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela. Todas las naciones andinas y muchas latinoamericanas tienen rasgos comunes como lengua, religión y costumbres que se explican porque las primeras comparten la misma historia, colonizadas durante más de 300 años por la Corona Española. Al mismo tiempo, existen también grandes diferencias entre sí y al interior de cada una de ellas que se explican por el disímil grado de desarrollo económico y social alcanzado por estas y por los pueblos indígenas originarios que han habitado el continente americano desde antes de la colonización española y cuyas lenguas, costumbres y cosmovisión perviven hasta ahora, articuladas con patrones culturales dominantes en las formaciones sociales de los países sudamericanos.

Los ministros y ministras de Salud del área andina, en respuesta a las iniciativas orientadas a brindar sanidad 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, 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 tanto tradicional como académica, así como disminuir las brechas de acceso a los servicios en este ámbito.

Los derechos de las poblaciones originarias considerados en el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes de la Organización Internacional del Trabajo - OIT 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 estas naciones, obligan a los estados a definir políticas, estrategias, planes, programas, etc., que garanticen el ejercicio pleno de ellos.

Gracias al 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 permitan la construcción de modelos de sanidad que responda a las culturas de los pueblos originarios y de los afro-descendientes al empoderamiento de dichas poblaciones y mejorar la salud de los indígenas que viven en los países miembros del Organismo Andino de Salud (Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela).

La 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 de la subregión para favorecer el enfoque intercultural y hacer realidad el derecho a la salud de nuestros pueblos originarios, a disminuir las brechas de acceso de los indígenas a los servicios de este ámbito, y a promover el diálogo, articulación y complementariedad entre los saberes y prácticas de la medicina tradicional indígena y la académica, así como a la construcción de modelos de sanidad 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 empleadas 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 ciudades o aldeas originarias; a las 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 solo visibilizarlas cuando se trata de mostrar los peores datos, en una suerte de inculparlas 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 estas poblaciones, permitir a los sistemas sanitarios 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 realice esta propuesta para la construcción del Análisis de Situación 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 originarios y de los afro-latinos. 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
- Aceptación de la ley tradicional indígena
- Admisión 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 argumentan 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 captando organizaciones indígenas en estas zonas o incentivándolas para involucrarse en un diálogo formal con ellos. 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, estas naciones, entre ellas las andinas, asisten a formidables movilizaciones indígenas por el reconocimiento de sus derechos económicos, sociales y culturales, principalmente el referido a la tenencia de tierra y territorio. El resultado de esta lucha son los procesos de cambio que se están dando en Bolivia, Ecuador y Paraguay. En el caso boliviano, los levantamientos sociales, con indiscutible presencia indígena, son la base 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 indígena-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 su visibilidad. En los últimos años asistimos al surgimiento de los movimientos indígenas y de pueblos originarios. De hecho, en la actualidad las constituciones de por lo menos 11 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 ecuatoriano. En Bolivia, la Nueva Constitución Política aprobada mediante referéndum nacional, reconoce el carácter multiétnico y pluricultural de ese país. En su artículo 3º 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 afro-bolivianas que en conjunto constituyen el pueblo boliviano.», dando fin, de esta manera, a la discriminación que los sometió durante siglos.

La Constitución Política de Colombia de 1991 define a este país como multiétnico y pluricultural, reconociendo el derecho a una educación acorde con su propia cosmovisión y que afirme su identidad cultural, el respeto a la propiedad colectiva de la tierra (resguardos) y a la preservación de sus valores culturales. Esta nación 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, de carácter intercultural.

«Se estima que la población indígena en América Latina asciende de 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 afro-latinas (e indígenas)*. 2006).

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

Pueblos indígenas en la región andina

País	Nº de grupos étnicos	Población país	Población indígena		Ecorregión
			Nº	%	
Bolivia (2001)	36	8.274.325	4.133.138	50	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 censos y otros informes.

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 esta población asciende a 11.918.232 de habitantes, según los últimos censos nacionales. Esta cifra representa el 9,3% de la población total de la subregión, porcentaje que sin duda alguna es un sub-registro puesto que diferentes estudios afirman que se aproxima al 40%. Este resultado se explica sobre todo porque los procesos censales utilizan diferentes parámetros para conocer la realidad de la población originaria en nuestros países. En el Perú, por ejemplo, el censo de 2007 solo toma en cuenta la lengua materna como referente para la inclusión dentro de los indígenas, mientras que en los otros países andinos, Bolivia y Colombia entre ellos, la libre auto-identificación de las personas con uno u otro pueblo originario y el sentido de pertenencia a una cultura, grupo o etnia son criterios de importancia para considerarlos parte de este sector social.

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 presencia originaria son Chile (4,6%), Colombia (3,4%) y Venezuela (2,2%). La nación colombiana, pese a tener una población indígena relativamente baja con relación a la totalidad de habitantes, cuenta con el mayor número de pueblos originarios que habitan en los países del área andina, 81 (32,7%) de 248 (100%); mientras que en Bolivia, el país proporcionalmente

más indígena del área, el porcentaje de poblados indígenas y grupos étnicos representa solo el 14,5% del total existente en la subregión andina.

En cifras absolutas, el Perú posee la mayor población indígena del área andina con 4.358.532 habitantes, que significa el 36,6% del total en la región. En Bolivia viven 4.133.138 personas que constituyen el 34,7%. Colombia es el hogar de 1.392.623 indígenas (11,7%). Los países andinos con menor cantidad de pobladores originarios en cifras absolutas son Ecuador, con 830.418 personas (7,7%); Chile, con 692.192 habitantes (5,8%); y, finalmente, la República Bolivariana de Venezuela, con 511.329 pobladores (4,3%).

Los anteriores son datos oficiales extraídos de los censos nacionales de cada país, por tanto, es sobre la base de ellos 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 no puede tratarse de un registro de la verdadera realidad demográfica de la población originaria 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%	Bolivia	8.200.000	4.142.187	50,51
	Perú	22.900.000	8.793.295	38,39
	Ecuador	10.600.000	2.634.494	24,85
Entre el 3% y 20%	Chile	14.000.000	989.745	7,06
Menos del 3%	Colombia	35.600.000	620.052	1,74
	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 cantidad total de sus habitantes. En el censo de 1976, los individuos originarios representaban el 64,46% de sus pobladores, este porcentaje disminuyó a 61,42% de la población censada en 1992 y a 49,95% en el padrón de 2001, es decir, la

mitad de la población boliviana se identifica como indígena. En cifras absolutas, el número de personas aumentó de 2.639.504 en 1976 a 4.133.138 en 2001, lo cual representa un incremento del 56,6%.

Cuando se pregunta a las personas de 15 o más años sobre su auto-identificación con pueblos originarios, la población indígena de Bolivia asciende al 62,05% del total de la muestra. El censo de 2001 incluyó una pregunta a los habitantes de esta edad sobre pertenencia a pueblos originarios o indígenas, los resultados 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 identificaron 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 zona rural. En la ciudad, tomando como muestra de estudio a 3.268.660 personas dentro de este rango de edad, 1.746.429 (53,4%) se reconocieron indígenas; mientras que en el campo, de 1.796.332 habitantes de esa generación, 1.396.208 (77,7%) afirmaron ser originarios.

De acuerdo con el criterio de pertenencia, los departamentos de Bolivia con mayores porcentajes de población indígena son Potosí (83,9%), La Paz (77,5%), Cochabamba

(74,4%), Oruro (73,9%), y Chuquisaca (65,6%). Los que tienen menor porcentaje de habitantes originarios son Tarija y Pando, con 19,7% y 16,2%, respectivamente. En el departamento de Santa Cruz el 37,5% de los bolivianos se declara perteneciente a algún pueblo indígena y en Beni el 32,8% asume esta identidad.

Pueblos indígenas en Bolivia

GRUPO ÉTNICO	ECO-REGIÓN	UBICACIÓN (HÁBITAT)	POBLACIÓN	IDIOMA
Quechuas	Andina	Muchos municipios de los departamentos de Chuquisaca, Cochabamba, Potosí, Oruro y La Paz.	2.281.198	Quechua
Aimaras	Andina altiplánica	Muchos municipios de los departamentos de La Paz, Oruro y Potosí	1.525.321	Aimara
Guaraní	Chaqueña	16 municipios en la región chaqueña de los departamentos de Santa Cruz, Chuquisaca y Tarija	62.575	Tupi Guaraní
Araonas	Amazónica	Municipio de Ixiamas. La Paz	111	
Ayareos	Amazónica	Municipio Chiquitos. Santa Cruz	1.398	Zamuco
Baures	Amazónica	Municipios Baure, El Carmen y Huacaraje. Beni	67	Arawak
Canichana	Amazónica	Municipio San Javier. Beni	4	No clasificado
Cavineño	Amazónica	Municipios de Riberalta, G. Moreno, Reyes, Ixiazmas de los departamentos de Beni, Pando y La Paz.	601	Tacana
Cayubaba	Amazónica	Municipio Exaltación. Beni	23	No clasificado
Chacobo	Amazónica Norte	Municipios Riberalta y Exaltación del departamento de Beni	380	Pano
Chimanes	Amazónica	Municipios de San Borja y Rurrenabaque del departamento del Beni	6.351	Moseten
Chiquitano	Amazónica	Municipios de San Ignacio, San Miguel y San Rafael, del departamento de Santa Cruz	4.615	Chiquito

Esse Eja	Amazónica	Municipios de S. Buenaventura del departamento de La Paz y Gonzalo Moreno del Beni	518	Tacana
Guarayo	Amazónica	Municipios Ascensión de Guarayos y Uribichá del departamento de Santa Cruz	8.450	Tupi guaraní
Itonama	Amazónica	Municipios de Magdalena y San Joaquín del dpto. de Beni	389	Itonama
Joaquiniano	Amazónica	Municipios de San Joaquín, San Ramón y Puerto Siles del dpto. del Beni.	13	Conglomerado multiétnico
Leco	Amazónica	Municipios Guanay y Apolo del departamento de La Paz	132	Leco o Lapa Lapa
Machineri	Amazónica	Municipio de Bolpebra del departamento de Pando	13	Arawak
More o Itenez	Amazónica	Municipio Puerto Siles del departamento del Beni	44	Chapacura
Moseten	Amazónica	Municipio Palos Blancos de La Paz y San Borja del Beni	948	Moseten
Movima	Amazónica	Municipios Santa Ana, Exaltación, San Joaquín y San Ignacio del Beni	1.173	No clasificada
Moxeño	Amazónica	Municipios de Trinidad, San Javier, San Pedro, Moxos, Loreto y San Andrés del departamento de Beni	4.228	Arawak
Pacahuara			6	
Reyesanos (maropa)	Amazónica	Municipios Reyes y Santa Rosa del departamento del Beni.	53	Tacana
Sirionó			187	
Tacanas	Amazónica	Municipios de Ixiamas y San Buenaventura de La Paz y Municipio de Riberalta del Beni	1.153	
Tapiete	Chaqueña	Municipio Villa Montes de Tarija	29	Tupi guaraní
Uru (Chipaya, uro-ito, murato)	Andino altiplánica	Municipios Chipaya, El Choro, Poopó, Pazña, Challapata, Santuario de Quillacas, Santiago de Huari, Pampa Aullagas, Anadamarca y Toledo del departamento de Oruro.	1.795	Puquina

Weenhayek (mataco)	Chaqueña	Municipios de Yacuiba y Villa Montes del departamento de Tarija	1.929	Weenhayek
Yaminawa	Amazónica	Municipio Bolpebra del departamento de Pando	51	Pano
Yuqui	Amazónica	Municipio Puerto Villarroel del departamento de Cochabamba	140	Mwmya (Tupi guaraní)
Yuracaré	Amazónica	Municipios de Villa Tunari, Chimoré y Puerto Villarroel de Cochabamba; San Ignacio de Moxos del Beni	1.809	No clasificada
Afro bolivianos	Amazónica subtropical	Provincias Nor y Sur Yungas. La Paz.	20.711	Castellano
Guarasugwe	Amazónica	Municipio San Ignacio del Departamento de Santa Cruz	31	Tupi guaraní
Caripuna	Amazónica	Provincias Mamoré, Yacuma, V. Diez y F. Román	-	Pano
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 poblaciones originarias, incluyendo la indígena castellano parlante. El Censo 2001 no incluye a la afro-boliviana, que mayoritariamente habla castellano, ni a los pueblos nativos guarasugwe, caripuna y nahua. Algunas de las poblaciones indígenas, especialmente de la amazonia boliviana, corren el peligro de extinción. En el otro lado, las naciones aimara, quechua y guaraní son de una importancia cada vez mayor en el quehacer político, social y cultural del país.

Bolivia: Población indígena según lengua hablada

Lengua hablada	Población	Porcentaje
Castellano	2.848.719	68,9
Quechua	2.281.198	55,2
Aimara	1.525.321	36,9
Guaraní	62.575	1,5

Fuente: INE. Censo 2001.

De acuerdo al idioma, de los 4.133.138 indígenas del país, 2.848.719 hablan el idioma castellano (68,9%); le sigue en importancia el quechua, utilizado para expresarse por 2.281.198 (55,2%); luego está el aimara, empleado por 1.525.321 (36,9%); y finalmente el guaraní, hablado por 62.575 (1,5%). 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 nueve departamentos y los 328 municipios de ese país. En 105 de estos últimos 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 los 15.116.435 de habitantes, 692.192 (4,6% del total) de ellos pertenecen a algunos de los ocho grupos étnicos reconocidos oficialmente en este país. El censo de 1992 preguntó a los ciudadanos chilenos sobre su pertenencia a solamente las culturas Mapuche, Aimara y Rapanui, mientras que en el de 2002 se consultó sobre la pertenencia a uno de estos ocho grupos. Los resultados del Censo 2002 con relación a los poblados indígenas chilenos, se muestran en el siguiente cuadro.

Chile: Pueblos indígenas

GRUPO ÉTNICO	POBLACIÓN	%	ECORREGIÓN	IDIOMA
Alacalufe	2.622	0,4	Urbano rural	
Atacameño	21.015	3,0	Urbano rural	
Aimara	48.501	7,0	Urbano rural	Aimara
Colla	3.118	0,5	Urbano rural	
Mapuche	604.349	87,3	Urbano rural	
Quechua	6.175	0,9	Urbano rural	Quechua
Rapanui	4.647	0,7	Urbano rural	
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 originaria. En importancia le siguen los aimaras, que representan el 7,01%, y el pueblo atacameño, que llega al 3,0%. El resto de pobladores indígenas de Chile representan menos del 3,0%. Los Yámanas son

apenas 1.765 personas, constituyendo solo el 0,2% del total de originarios. Dentro de la población indígena de Chile las mujeres constituyen el 49,6%, mientras que el índice de masculinidad es de 101,6 y de 96,9 en la población no indígena.

De acuerdo con la localización espacial de la población indígena de Chile, los Mapuches están distribuidos de la siguiente forma: el 33,6% habita en la región IX de la Araucanía, el 30,3% en la zona metropolitana de Santiago y el 16,6% en la región X de Los Lagos. La población Aimara, en cambio, se concentra principalmente en la región I de Tarapacá, donde vive el 83,9%. El 65,9% de la población atacameña se ubica 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 los pobladores indígenas chilenos reside 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 la zona geográfica, el 35,2% de la población indígena de Chile vive en áreas rurales y el 64,8% en ciudades. Su concentración en el campo es más elevada que la que presenta la población no indígena: 35,2% frente a 12,4%. Es decir, que del total de pobladores chilenos que vive en el área rural el 73,9% son indígenas frente al 26,1% de población no originaria. 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 de habitantes. El sector indígena estaba constituido por 1.392.623 personas, cifra que representa el 3,43% de la población total nacional, mientras que los afro-descendientes llegaban a 4.311.757 personas, lo que representa el 10,62% de habitantes. El siguiente cuadro registra la distribución de la población colombiana 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
Antioquía	28.914	2,08
Atlántico	27.972	2,01
Bogotá D.C.	15.032	1,08
Bolívar	2.066	0,15
Boyacá	5.859	0,42
Caldas	38.271	2,75
Caquetá	5.026	0,36
Cauca	248.532	17,85
César	44.835	3,22
Córdoba	151.064	10,85
Cundinamarca	7.401	0,53

Chocó	44.127	3,17
Huila	10.335	0,74
La Guajira	278.212	19,98
Magdalena	9.045	0,65
Meta	8.988	0,65
Nariño	155.199	11,14
Norte de Santander	7.247	0,52
Quindio	2.145	0,15
Risaraida	24.810	1,78
Santander	2.389	0,17
Sucre	82.934	5,96
Tolima	55.987	4,02
Valle del Cauca	22.313	1,60
Arauca	3.279	0,24
Casanare	4.102	0,29
Putumayo	44.515	3,20
Archipiélago de San Andrés	62	0,00
Amazonas	19.000	1,36
Guainía	11.595	0,83
Guaviaré	2.117	0,15
Vaupés	11.587	0,83
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 (19,98%); Cauca alberga a 248.532 (17,85%); Nariño, con 155.199 (11,14%); Córdoba, que registra 151.064 (10,85%); Sucre, es hogar de 82.934 (5,96%); y Tolima, que presenta 55.987 personas (4,02%). En estas seis jurisdicciones habita casi el 70% de la población indígena de Colombia. La mayoría de ellos se ubica en el área rural, en los llamados resguardos indígenas, en las parcialidades indígenas o en territorios no delimitados

legalmente. En la actualidad existe en ese país 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 Otavaleños 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, Quimbayas, Calima, Yariguíes, Chitareros y Panches.» (*Colombia. Una nación multicultural. Su diversidad étnica*. 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, Sikuni, U'wa
Norte de Santander	Barí, U'wa
Santander	(U'wa), Guanes
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
Centro occidental:	
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 los idiomas 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 el 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 padrones 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 (afro-ecuatoriano), mestizo, mulato, blanco u otro?*, que ha permitido a los ciudadanos ecuatorianos definir su identidad étnica. En el siguiente cuadro registramos los datos obtenidos por este instrumento estadístico.

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 ecuatoriana ascendería a 830.418 habitantes que representan el 6,8% de la totalidad. Proporcionalmente, este sector en la región amazónica es el más importante puesto que significa el 29,7% de pobladores de la zona. En la sierra ecuatoriana, los originarios representan el 10,2% de la población del territorio. Según los datos recabados, el 71,7% de los indígenas del Ecuador reside en la región de la sierra de este país, mientras que el 19,6% habita en la amazonia ecuatoriana y apenas el 8,5% vive en la costa.

Con relación al área geográfica del Ecuador en la que se encuentran los pueblos indígenas, al contrario de lo que pasa en otros países andinos, la mayor parte de la población originaria de ese país vive en el área rural, 680.586 personas (82,0%) frente a 149.832 (18,0%) que habitan en la zona urbana ecuatoriana.

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), sostienen que los habitantes originarios de ese país representan entre el 35% y el 40% del total de pobladores. Sin duda que el planteamiento del CONAIE se trata de una sobreestimación de la población indígena ecuatoriana. Los resultados del censo 2001 parecen reflejar un subregistro como consecuencia de la asimilación de la lengua española por parte del sector originario 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 identificarlos, registra los siguientes.

Ecuador: Nacionalidades y pueblos indígenas

NACIONALIDADES INDÍGENAS	
1	Awá
2	Chachi
3	Epera
4	Tsachila
5	Cofán
6	Secoya
7	Siona
8	Waorani
9	Shiwiar
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 zonas fronterizas ecuatorianas, tanto con Colombia como con el Perú, por ello 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 el CODENPE describe como pueblos indígenas son, en realidad, poblaciones y comunidades pertenecientes a ella, la más numerosa e importante de ese país.

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. El cuadro de PRODEPINE nos proporciona, además, una aproximación a la población indígena de estas entidades ecuatorianas.

Ecuador: Población de nacionalidades y pueblos indígenas

NACIONALIDAD	PUEBLO	POBLACIÓN	PORCENTAJE	PROVINCIA
Achuar	Achuar	4.673	0,32	Pastaza, Morona Santiago
Afro	Afro	93.585	6,50	
Awa	Awa	3.500	0,24	Esmeraldas, Corchi y noroeste de Indabura
Chachi	Chachi	8.040	0,56	Esmeraldas
Cofán	Cofán	650	0,05	Sucumbios
Epera	Epera	283	0,02	Norte de Esmeraldas
Huancavilca	Huancavilca	94.030	6,53	
Huaorani	Huaorani	2.100	0,15	Orellana, Napo, Pastaza
Subtotal		204.761	14,37	
Kichua	Chibulco	45.702	3,18	Guayas, El Oro, Galápagos, Corchi, Indabura, Pichincha, Napo, Cotopaxi, Tungurahua, Bolívar, Chimborazo, Cañar, Azuay, Laja, Zamora, Sucumbios, Orellana, Pastaza
	Kañari	142.498	9,90	
	Karanki	19.161	1,33	
	Kayampi	56.966	3,96	
	Kitukara	58.915	4,09	

	Napo	21.379	1,49	
	Natawelas	3.832	0,27	
	Orellana	17.400	1,21	
	Otawalo	75.301	5,23	
	Panzaleo	266.008	18,48	
	Pastaza	12.033	0,84	
	Pilahuines	15.160	1,05	
	Puruwa	211.012	14,66	
	Quisapunchas	8.759	0,61	
	Salasakas	12.365	0,86	
	Sarakuros	37.290	2,59	
	Sucumbios	16.210	0,93	
	Tomabelas	24.822	1,72	
	Waranka	59.382	4,13	
Subtotal Kichua		1.104.195	76,73	
Manteños	Manteños	75.487	5,24	
Punahes	Punahes	2.242	0,16	
Secoya	Secoya	350	0,03	Sucumbios
Shiwar	Shiwar	686	0,05	Pastaza
Shuar	Shuar	46.974	3,26	Morena Santiago, Zamora, Chinchipe, Pastaza, Sucumbios
Siona	Siona	350	0,03	
Tsáchila	Tsáchila	1.338	0,09	Pichincha, Guayas
Zápara	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 un total de 1.439.078 habitantes. Se colige que la población originaria debe ser mayor en el entendido que el proyecto seguramente no trabaja con todos los poblados indígenas ecuatorianos y mucho menos con el total de miembros de pueblos y nacionalidades del país en cuestión.

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 fue de 27.412.157 individuos, mientras que la total, es decir, la censada más la omitida llegaba a 28.220.764 de personas. De acuerdo al área de residencia, los habitantes de centros poblados urbanos del país son 20.810.288 y representan el 75,9% de la población nacional. Los empadronados en centros poblados rurales llegaron a 6.601.869 de personas, que significa el 24,1% de la población censada. En cuanto a su distribución según regiones naturales, el 54,6% (14.973.264 de habitantes) fue hallado en la costa, el 32,0% (8.763.601 de pobladores) corresponde a la sierra y el 13,4% (3.675.292 de personas) a la selva.

Este último censo solo toma en cuenta el parámetro de lengua aprendida en la niñez como referente para cuantificar la población quechua y aimara. Es conocido que contemplar únicamente el idioma es insuficiente para definir la pertenencia de una persona a un grupo étnico determinado, pues los indígenas migrantes a las ciudades suelen abandonarlo para evitar la discriminación. En consecuencia, los datos que se registran sobre indígenas del Perú pueden no reflejar realidad cuantitativa de estos pueblos.

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
Aimara	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 2007, el castellano es el idioma que la mayoría ha aprendido en su niñez. El 83,9% de pobladores de cinco y más años de edad manifestó haber hablado este idioma durante su infancia, el 13,2% aprendió quechua, el 1,8% aimara y el 0,9% practicó otra lengua nativa. Comparando estos resultados con lo registrado en el Censo de 1993, el porcentaje de habitantes que declaró haber aprendido castellano en sus primeros años de vida aumentó, mientras que disminuyó el correspondiente a los que señalaron haber aprendido alguna lengua nativa en esta misma época.

Por área de residencia, se observa que de los 3.261.750 de personas que manifestaron haber aprendido la lengua quechua en su niñez, 1.521.39 (46,6%) habitan en centros urbanos y 1.740.359 (53,4%) viven en el área rural. En cuanto a la población que declaró haber aprendido la lengua aimara en la infancia, 189.525 individuos (43,6%) residen en ciudades y 244.845 (56,4%) moran en el campo. De los 223.194 pobladores que dijeron saber otras lenguas nativas desde pequeños, 39.337 (17,6%) son de urbes y 183.857 (82,4%) pertenecen a comunidades rurales.

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

En cuanto al aimara, el 27,5% de la población de Puno, el 17,1% de Tacna y el 11,1% de Moquegua, lo aprendieron cuando niños. 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 infancia 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 la única norma 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 auto-identificación 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 peruana 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	Ecorregión
Achual	10,919	3,28	Amazónico
Aguaruna (Aguajum)	55,366	16,63	Amazónico
Amahuaca	301	0,09	Amazónico
Amarakaeri	1,043	0,31	Amazónico
Amuesha (Yanesha)	7,523	2,26	Amazónico
Arabela	403	0,12	Amazónico
Arazaire	317	0,10	Amazónico
Ashaninka	88,703	26,64	Amazónico
Asheninka	8,774	2,64	Amazónico
Bora	748	0,22	Amazónico
Candoshi-Murato (Shapra)	3,255	0,98	Amazónico
Capanahua	384	0,12	Amazónico
Caquinte	439	0,13	Amazónico
Cashibo Cacataibo	1,879	0,56	Amazónico
Cashinahua	2,419	0,73	Amazónico
Chamicuro-Cocama Cocamilla 1/	63	0,02	Amazónico
Chayahuita	21,424	6,43	Amazónico
Cocama Cocamilla	11,307	3,40	Amazónico
Culina	417	0,13	Amazónico
Ese'Ejja	588	0,18	Amazónico
Huachipaeri	392	0,12	Amazónico
Huambisa	10,163	3,05	Amazónico
Huitoto – Muiname	55	0,02	Amazónico
Huitoto – Meneca	297	0,09	Amazónico
Huitoto – Murui	1,512	0,45	Amazónico
Iquito	519	0,16	Amazónico

Jebero	126	0,04	Amazónico
Jebero-Chayahuita 1/	226	0,07	Amazónico
Jibaro Achual 1/	168	0,05	Amazónico
Kichwaruna	116	0,03	Amazónico
Kisamberi-Sapitieri-Amarakaeri 1/	47	0,01	Amazónico
Lamas (Llacuash)	16,929	5,08	Amazónico
Marinahua	20	0,01	Amazónico
Mastanahua-Sharanahua-Marinahua 1/	79	0,02	Amazónico
Matses	1,724	0,52	Amazónico
Matsigenca	11,279	3,39	Amazónico
Nomatsiguenga	8,016	2,41	Amazónico
Ocaina	97	0,03	Amazónico
Orejón	190	0,06	Amazónico
Piro	3,261	0,98	Amazónico
Pukirieri	168	0,05	Amazónico
Quichua	19,118	5,74	Amazónico
Resigaró-Ocaina 1/	37	0,01	Amazónico
Secoya	921	0,28	Amazónico
Sharanahua – Marinahua 1/	486	0,15	Amazónico
Shipibo – Conibo	22,517	6,76	Amazónico
Ticuna	6,982	2,10	Amazónico
Toyoeri-Amahuaca-Matsiguenga 1/	77	0,02	Amazónico
Toyoeri-Shipibo-Conibo-Ese'Ejja-Arazaeri-Matsiguenga	48	0,01	Amazónico
Urarina	4,854	1,46	Amazónico
Yagua	5,679	1,71	Amazónico
Yaminahua	600	0,18	Amazónico
Total	332,975	100,00	Amazónico

Fuente: INEI. Censo 2007.

Sin considerar a la población quechua y aimara y de acuerdo con los resultados del Censo 2007, en toda la República del Perú fueron censados 52 pueblos indígenas amazónicos, habitados por 332.975 personas. La mayor cantidad de originarios se concentra en ocho de estos poblados: Asháninka, 88.703 personas (26,64%); Aguaruna, 55.366 personas (16,63%); Shipibo-Conibo, 22.517 personas (6,76%); Chayahuita, 21.424 personas (6,46%); Quechua, 19.118 personas (5,74%); Lamas, 16.929 personas (5,08%); Cocama Cocamilla, 11.307 personas (3,40%); y finalmente el pueblo indígena Matsigenka, con 11.279 personas (3,39%). Estas comunidades representan algo más del 60% de toda la población indígena amazónica del Perú. Los departamentos en los que residen son: Amazonas, Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Huánuco, Junín, Loreto, Madre de Dios, Pasco, San Martín y Ucayali.

Según los datos registrados en el Censo de Población y Vivienda 2007 sobre personas mayores de cinco años y lengua aprendida en la niñez, se puede estimar la población indígena total del Perú, presentada 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
Aimaras	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, el sector de habitantes originarios en el Perú llegaría a 4.358.533 de personas, que representan el 15,9% de la población total de este país. Sin embargo, como se ha señalado líneas arriba, la población indígena peruana es seguramente superior a la registrada 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 estas, 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 poblados indígenas, ubicados en 48 municipios.

República Bolivariana de Venezuela: Principales pueblos indígenas

PUEBLO INDÍGENA	POBLACIÓN	PORCENTAJE
Wayuu	309.354	60,5
Warao	37.838	7,4
Pemón	28.634	5,6
Kariña	17.385	3,4
Jivi	15.340	3,0
Piaroa	15.340	3,0
Yanomani	12.783	2,5
Añu	11.761	2,3
Pume	8.693	1,7
Yukpa	7.670	1,5
Yekuana	6.647	1,3
Kurripako	5.113	1,0
Subtotal	476.558	93,2
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 (Guajibo)	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	Afrodescendiente
10	Cubeo	21	Mako	32	Wanai (Mapoyo)	43	Mestizo
11	Cumanagoto	22	Ñengatú (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 ella en el estado de Zulia (90%), especialmente en los municipios de Maracaibo y San Francisco, con una población perteneciente mayormente a la etnia Wayúu (aproximadamente 113.983 personas). Llama la atención su presencia en los municipios Maracaibo y San Francisco de la ciudad de Maracaibo, en ella los wayúu representan el 13% de la población total.

El 36% de la población indígena venezolana habita en comunidades tradicionales. Los pueblos con mayor representación 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 Piaroas (8%), los Jivis (6%) y los Yekuanas (3%), ubicados

en los estados Amazonas y Bolívar; los Kariñas (7%), asentados en los estados Anzoátegui y Bolívar; los Pumés (4%) en Apure; los Yanomamis (4%) en el Amazonas; y los Yukpas (4%) en el 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 solo 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 pueblos indígenas se consolidan como uno de los segmentos socioculturales y lingüísticamente más diversos de la población total venezolana. Biord (2003) caracterizando a todos los grupos de población 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 prácticas culturales que identifican y denotan claramente su identidad étnica. Los Yanomamis, los Yekuanas, los Kariñas, los Waraos, los Wayúus, los Jivis, los Piaroas, 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 Guaiquerías, los Cumanagotos, entre otros.
- c) Y 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 pueblo pertenecen. En el Censo General de Población y Vivienda 2001, 21.197 personas se reconocieron como indígenas sin saber con exactitud a qué pueblo pertenecen, lo que representa un 4,15% de la población indígena total del país. (Blas Regnault. *Escuela y significados compartidos*)

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

Los determinantes sociales de la salud se definen como las condiciones de las sociedades 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 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 que tiene una persona de ser saludable. Lo anterior implica aceptar que la atención médica no es la principal condicionante de la salud de las personas, sino que aquella está determinada en gran parte por las circunstancias sociales en las cuales se vive y trabaja. Estos factores permiten que los individuos permanezcan sanos, mientras que la atención médica los ayuda 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.



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.

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 los grupos humanos** que se traducen en constructos sociales que son característicos de cada sociedad, entre ellos la OMS destaca la condición de clase, de género y étnica, es decir, las formas que asume en cada sociedad la articulación entre los procesos biológicos y sociales hasta traducirse en modos y condiciones de vida particulares de cada población.

Por tanto, los niveles de determinación más próximos a las inequidades en salud están constituidos por las **condiciones de vida** de cada población o grupo social, entre estas la OMS destaca las residenciales y de trabajo, además de las respuestas sociales ante la sanidad, siendo los sistemas sanitarios y las redes de solidaridad y protección social los más importantes. 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, 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, estos «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 afro-latinos.» (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 originarias a la propiedad colectiva de la tierra a través de las llamadas Tierras Comunitarias de Origen (TCO). El saneamiento de ellas, en este país, está en pleno proceso y a muchas poblaciones indígenas el estado les viene delimitando sus TCO, en muchos casos en franco enfrentamiento a los latifundistas bolivianos.

La salud es un derecho humano y social fundamental. El ejercicio del mismo, 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 los pobladores originarios 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 sociedades andinas. En el ordenamiento económico de los países andinos, el modo de producción dominante es el capitalista, imperando el capitalismo atrasado que los convierte en dependientes de otros que pertenecen a este sistema pero desarrollado, principalmente de los Estados Unidos, Japón y algunas naciones europeas. Al interior de los estados andinos registramos, al mismo tiempo, un desigual desarrollo de la economía capitalista que se refleja en las asimetrías que existen entre ellos 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, otras formas productivas pre-capitalistas. Los grupos étnicos y pueblos indígenas viven sujetos a este tipo de sistema económico, muchos de estos grupos, sino todos, viven todavía bajo un régimen de economía natural, 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 más importantes 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 autorreproducción. 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 son la exclusión social, la pobreza, indigencia e insalubridad de las clases y grupos sociales subordinados de las formaciones sociales de los países andinos, especialmente de pueblos indígenas que habitan en ellos.

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 ellos brechas mucho más grandes con relación a otras naciones del mundo. Algunos 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 registra un Coeficiente de Gini por encima de 50,0. Entre estos, 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. En Chile, con menor inequidad en la distribución de su ingreso, el 10% más pobre recibe el 1,4% del ingreso nacional, frente a 45,0% 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 ella. Al mismo tiempo, la desigual distribución del ingreso tiene efectos sobre inequidades múltiples que perjudican las condiciones de vida y el acceso a bienes y servicios. Las poblaciones indígenas son las que más sufren las consecuencias de estas numerosas diferencias.

3.2. Pobreza y pueblos indígenas en la subregión andina

Está demostrado que existe en alto grado, de acuerdo con estudios empíricos del Banco Mundial y del BID, 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 originarias 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 los no indígenas que viven en estas mismas condiciones (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 un total que llega al 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 algunos municipios bolivianos del norte del departamento de Potosí y el centro del departamento de Chuquisaca, se observa que la incidencia de la pobreza afecta al 100% de su población, la mayor parte originaria.

Bolivia: Incidencia de la pobreza extrema

Último año observado	2002
Incidencia Nacional de la pobreza extrema	39,3%
Incidencia de la pobreza extrema en población no indígena	24,1%
Incidencia de la pobreza extrema en población indígena	49,2%
Meta al 2015 (Objetivos de Desarrollo del Milenio)	24,0%

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

Para el año 2006, la Unidad de Análisis de Políticas Económicas y Sociales (UDAPE), del Ministerio de Planificación de Desarrollo del Estado Plurinacional de Bolivia, 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 repercusión es de 24,1% para la población no indígena de Bolivia; mientras que la población originaria llega al 49,2%. Es decir, que casi la mitad de la población indígena boliviana sufre las consecuencias de la pobreza extrema. En este país, cada persona indigente y no indígena se cuenta con dos pobres indígenas. De otra parte, los Objetivos de Desarrollo del Milenio han planeado para los bolivianos reducir la extrema pobreza a 24%, esta meta ya ha sido cumplida en la población no indígena (24,1). La indigencia en la población indígena esta a 25,2 puntos de las Metas del Milenio, y es probable que no sean alcanzadas.

Ecuador: Pobreza y extrema pobreza de población indígena y afro-ecuatoriana 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
Afro-ecuatoriana	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 indigencia y el 32,0% sufre pobreza extrema, medida por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI), con diferencias de 18,2% para el área urbana y 53,6% para el área rural. De las 830.418 personas que se auto-identificaron como indígenas, el 89,9% vive en condiciones de indigencia y el 67,6% en pobreza extrema. De la población originaria 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 afro-ecuatoriana aunque menor con relación a la población indígena del Ecuador, es mayor con relación a las medias nacionales. De los 604.009 personas afro-descendientes, el 70,3% son necesitados y el 37,7% viven en la extrema pobreza, en el área rural el 85,6% de los afro-ecuatorianos son indigentes y el 53,6% viven en la extrema pobreza.

Ecuador: Incidencia de la pobreza según niveles de ingreso y condición étnica (en porcentaje)

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, familias que viven con US\$2 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 US\$1 o menos al día representan el 49% de la población indígena, casi el 50% de las familias 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-aimara	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, clasificándolas en:

- Hablante antiguo de castellano, que se refiere a aquellas mujeres que no solo reportan este idioma 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 señalan al castellano como el idioma que usan más frecuentemente en sus hogares pero que identifican al quechua o aimara como la lengua materna de sus padres o abuelos, las mismas que han tenido que abandonar debido a la migración a las ciudades.
- Hablante de quechua – aimara, se refiere a aquellas mujeres que reconocen 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 o aimara 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 ellas. De las mujeres antiguo hablantes de castellano (3.718) algo más de 56,0% se ubican en los quintiles más ricos y en el cuarto quintil. De este mismo grupo de féminas, 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/aimara 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 repercusión de la pobreza alcanza al 27,64% de los hogares. En los municipios indígenas, el 40,55% de ellos 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, esta afecta al 7% de los hogares venezolanos; mientras que en los municipios indígenas los que son afectados por la pobreza extrema registran una repercusión de 12,19%, 5,19 puntos porcentuales por encima de la incidencia nacional.

Entre los países andinos, Chile y Colombia son los que registran la incidencia más baja de extrema pobreza (<2% y 7%, respectivamente); coincidentemente estos presentan un menor porcentaje de población indígena: Chile, con 4,68% y Colombia con 1,7%.

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 año 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*.

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 aumento afectó 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 replantear 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 ha 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 Integral de Salud (SIS); 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 los habitantes de 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 este segmento de la población registraba una escolaridad de 5,9 años, frente a 12,5 años de escolaridad en el quintil más rico de este mismo sector. 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 condición 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 el resto de las naciones del área andina, la tasa de analfabetismo en poblaciones indígenas es mayor que la tasa nacional referida a esta falta de instrucción y, por supuesto, mucho mayor que la tasa que señala la misma carencia en poblaciones no indígenas. La mujer originaria sufre, en materia de acceso a la educación, una doble exclusión: la de género, en el caso de este país se observa una diferencia de algo más de 19 puntos en la tasa de analfabetismo entre hombres y mujeres. En cambio, este contraste entre féminas indígenas y no indígenas es casi de 23 puntos. Los departamentos bolivianos con mayores tasas de analfabetismo son Chuquisaca y Potosí, 33% y 31,9%, respectivamente. En el último de los nombrados el analfabetismo en mujeres llega a 44,7%, mientras que en el primero el analfabetismo afecta al 42,5% de las féminas mayores de 15 años. En ambas regiones 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, este indicador es casi el doble en la población indígena y es 105% más que en la no indígena. La brecha de género en cuanto a analfabetismo tiene diferencias significativas, la mujer presenta mayores tasas de esta carencia con relación al hombre, especialmente si se trata de originarios que viven en áreas rurales.

Ecuador: Tasa de analfabetismo de la población indígena y afro-ecuatoriana 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
Afro-ecuatoriana	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. En cambio, este indicador alcanza al 25,7% de los pobladores indígenas, al 14,9% de los afro-ecuatorianos y al 8,7% a los pertenecientes a otros grupos étnicos. Si analizamos el analfabetismo de acuerdo a sexo y área, encontramos que las mujeres indígenas registran los porcentajes más altos: 22,7% y 33,4% a nivel urbano y rural, respectivamente. Esta falta de instrucción en las féminas afro-ecuatorianas afecta al 10,4% en zonas urbanas y al 22,0% en áreas rurales. Se evidencia así que la población indígena y afro-descendiente 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.

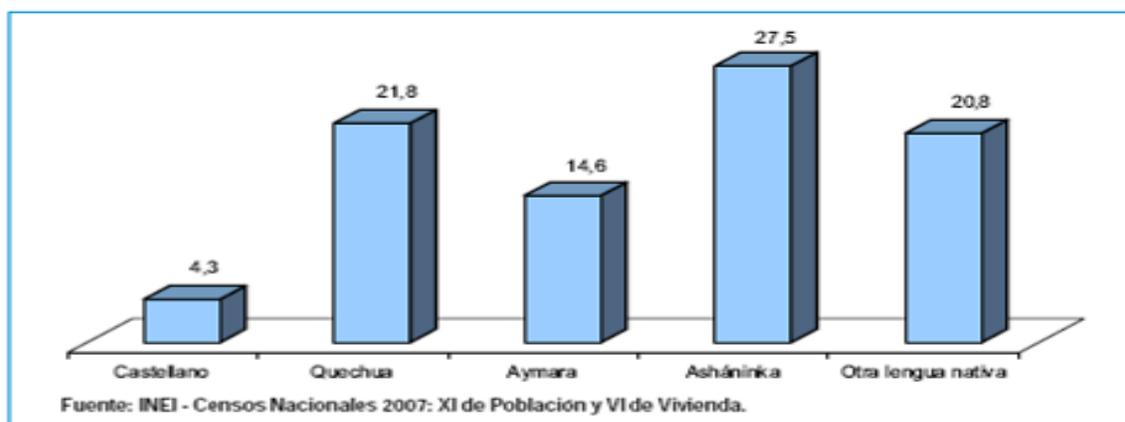
En el Perú, la tasa de analfabetismo en mayores de 15 años es de 7,1%, de acuerdo al Censo Nacional 2007, con una brecha de género de 3,6% en hombres y de 10,6% en mujeres y una diferencia de acuerdo a residencia de 3,7% y 19,7% puntos porcentuales para el área urbana y rural, respectivamente. Este indicador, según lugar de residencia y lengua aprendida en la niñez, nos muestra brechas importantes sobre todo en contra de los originarios que viven en el campo.

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	Aimara	Asháninca	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) especifica 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, esta falta de conocimiento 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). Este problema 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 originarios que habitan en zonas no tradicionales (31,4%). Como en los demás países andinos, en Venezuela también se registra una brecha de género en perjuicio de las mujeres, especialmente de las originarias que viven en comunidades tradicionales, en estas el analfabetismo afecta a casi la mitad de las mayores de 10 años (47,0%), 9,3 puntos porcentuales por encima de la tasa de analfabetismo de hombres indígenas de las mismas zonas. La brecha en la tasa de

analfabetismo entre hombres (30,4%) y mujeres (32,8%) indígenas en áreas 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 básicos según condición étnico lingüística

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 boliviana indígena y no indígena es también importante, constituyéndose en un condicionante para la mayor prevalencia de enfermedades gastrointestinales en poblaciones originarias.

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 y originarias. Además de los determinantes sociales descritos ampliamente en el capítulo anterior, una serie de factores relacionados con la organización de los servicios sanitarios establece esta situación de desventaja en la que se encuentran los sectores de las sociedades andinas, entre estos los más importantes son la disponibilidad y accesibilidad a los servicios de salud, su inadecuación cultural y consecuencias, además de su bajo uso por los habitantes originarios 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 las etnias y pueblos originarios. En estas condiciones, la población indígena de los países andinos es la que percibe porcentajes 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 originarias son inferiores con relación a los de la población no indígena.

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 que las poblaciones originarias tienen en ese aspecto, la asignación suficiente de recursos y su adecuación cultural. La discriminación, el maltrato y hasta el racismo que sufren campesinos e indígenas en las ciudades y en los centros de atención médica completan el panorama de condiciones adversas que enfrentan. En este capítulo se analizan diferentes aspectos del cuidado de la salud de estas poblaciones tales como la disponibilidad de servicios, su accesibilidad y utilización, la adecuación intercultural de la atención en salud, y finalmente algunos indicadores de resultado, principalmente el perfil epidemiológico y la mortalidad en este sector de la sociedad circunscrita a los países andinos.

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 salubridad (proceso), las mismas que se deberían traducir en el mejoramiento del estado de salud de la población objeto (resultado). En los siguientes acápite se analizará 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 su producción en la atención de las necesidades del rubro en la población. Estos son los indicadores de estructura más frecuentemente utilizados en la evaluación de los servicios de salud. En acápite posteriores

se analizará la cobertura y el uso de estos 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 originarias.

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 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;** se da en hospitales generales e institutos especializados donde resuelven problemas de salud de alta complejidad y 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 originario tiene la suerte, o más bien la mala suerte, de llegar a un establecimiento de este tipo, es objeto de maltrato y discriminación. En estas circunstancias, los avances de la ciencia y la tecnología no están al alcance de este sector social.
- **El segundo nivel de atención;** destinado en general a resolver los problemas básicos de la salud materno infantil. Ofrece servicios en cuatro especialidades esenciales: gineco-obstetricia, pediatría, medicina interna y cirugía general, con capacidad de internación del paciente.
- **El primer nivel de atención;** centros de salud y postas sanitarias para la atención ambulatoria e internamiento de tránsito, cuya actividad principal es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En algunos países, es el caso de Bolivia, estos establecimientos están a cargo solamente de personal subalterno, auxiliares de enfermería que deben resolver todos los problemas de salud. En el área rural, estos son los únicos servicios para cuidar el buen estado físico y mental de la población indígena.

La disponibilidad de recursos humanos es otro aspecto más que evidencia la gran inequidad en la asignación de ellos para la atención de la salud de las poblaciones originarias 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 especialistas para una población determinada, es decir, está constituida por la suma de médicos y enfermeras por cada 10.000 habitantes. Para analizar la disponibilidad de recursos los países se agrupan en función a esta medida, lo cual se traduce en tres categorías:

- Países con una tasa mayor de 50 por cada 10.000 habitantes
- Países con una tasa de 25 a 50 por cada 10.000 habitantes
- Países con una tasa menor de 25 por cada 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 los mismos está significativamente por debajo de la cantidad 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 asimetrías entre estas naciones 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, 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 está, generalmente, en manos de personal auxiliar o empírico. Paradójicamente, las universidades, tanto públicas como privadas, lanzan al mercado laboral considerables cantidades de médicos que no siempre encuentran trabajo en sus países y se ven, por tanto, obligados a emigrar a otros de mayor desarrollo o a la desocupación si se quedan en su patria.

Aunque como consecuencia de la globalización asistimos al 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 originarios tradicionales. Y es precisamente a estas zonas que los estados asignan una insuficiente cantidad de recursos humanos con formación básica que no pueden resolver los complejos problemas de salud que enfrentan las poblaciones indígenas, especialmente los casos de emergencias quirúrgicas, urgencias 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 y el resto del departamento donde se encuentran residiendo mayoritariamente los pueblos indígenas y grupos étnicos y su atención de salud está generalmente a cargo de un auxiliar de enfermería, con equipamiento insuficiente e infraestructura deficiente.

Bolivia: Disponibilidad de médicos en el subsector público, según 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 cuatro médicos por cada 10.000 habitantes. Sin embargo, en las capitales de departamentos de ese país la disponibilidad de galenos aumenta a 6,5 por cada 10.000 habitantes contra 2,3 doctores para el resto de estas regiones. En Chuquisaca, contar con los servicios de un profesional de salud en la capital (Sucre) es 4,7 veces mayor

que acceder a este recurso en el resto del departamento, mientras que en la capital de Pando la disponibilidad de clínicos es 5,8 veces superior que en el área rural. La concentración de facultativos en las capitales y en las grandes ciudades es un fenómeno común a todos nuestros países como consecuencia de la globalización y urbanización creciente. Por ello 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 estos es una primera condición para hacer posible la accesibilidad, pero además es necesario eliminar una serie de barreras para hacer efectiva su utilización, siendo estas económicas, geográficas, culturales y de organización.

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 muchas naciones 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 mismo se hace nulo cuando los medicamentos y procesos complementarios de apoyo al diagnóstico (exámenes de laboratorio, rayos X, etc.) tienen precios inalcanzables para este sector de la sociedad.

La barrera económica se hace dramática para pacientes pobres, y sobre todo para los indígenas, en los casos de hospitalización. Los establecimientos hospitalarios de las grandes ciudades, y también de las intermedias, se han convertido en centros inaccesibles para la población de escasos recursos y la indígena por sus elevados costos de atención. En muchos casos, familias necesitadas con pacientes hospitalizados se ven obligadas a vender los pequeños bienes que han podido obtener con mucho sacrificio en la vida para posibilitar el retorno a casa del restablecido o, en el peor de los casos, el retiro del cadáver que se retiene como garantía para el pago. 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 el aspecto más importante para el logro de la accesibilidad. La barrera geográfica es, sobre todo, trascendental para la atención

de la salud de la población de las comunidades rurales de los países andinos, donde la disponibilidad de esta asistencia es insuficiente y el tiempo necesario para llegar al centro médico es, en ocasiones, tan largo que no permite el tratamiento oportuno del enfermo. Esta situación se agrava todavía más por la deficiente infraestructura caminera de 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 este tipo de atención y la población indígena. Esta se da en países de la subregión con elevada presencia de originarios, Bolivia, Perú y Ecuador, constituyéndose en una causa importante para explicar la inaccesibilidad y la situación de sanidad en estos países. La formación profesional de los prestadores de salud no toma en cuenta, en general, la forma de ver e interpretar el mundo, las prácticas, creencias y costumbres culturales de la población indígena. En algunos casos, se observa un rechazo a estas con la consecuente desconfianza hacia los médicos y la atención en este ámbito. El resultado es la persistente preferencia de estos grupos hacia las prácticas de la medicina tradicional y la resistencia al uso 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

En el extremo que limita el acceso a la sanidad está la concepción racista de algunos prestadores de salud. El maltrato y la atención diferenciada a pacientes indígenas y afro-descendientes son expresiones del racismo en los profesionales, técnicos y empleados que trabajan en los centros especializados de este rubro. 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 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. Las barreras cultural y de organización que impiden el acceso de los habitantes originarios a los servicios de salud se refleja en muchos aspectos de la atención cuyo resultado es, finalmente, su rechazo y el uso persistente de la medicina tradicional. Algunos de las expresiones de las barreras 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 indígena en particular.
- Desatención a los derechos de los pacientes por parte del personal de salud, situación que se hace más evidente cuando se trata de indígenas.
- Maltrato a los pacientes originarios 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.
- Inapropiado horario en los establecimientos de salud. Los indígenas son generalmente pequeños agricultores que trabajan desde tempranas horas de la mañana hasta bien avanzada la tarde. Cuando después del trabajo quieren consultar por alguna dolencia, no encuentran un establecimiento que los pueda atender, debido a que a esa hora ya cerraron.

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 como la proporción de personas con necesidad de servicios que han recibido atención debida. Indica, en otras palabras, si la prestación de salud está llegando a la población que realmente la precisa y 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 procedimientos sanitarios de los países andinos, la cobertura se vuelve un concepto impreciso y difícil de evaluar, pues mientras oficialmente se afirma determinada protección, en la práctica esta siempre resulta menor. Es pues necesario distinguir la teórica o legal de la

real o efectiva. En nuestras naciones se reconoce el derecho a la cobertura de salud, con carácter universal para toda la población, a través del sector público. Este aspecto legal, sin embargo, se ve limitado 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 este país 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 estos últimos, es decir, las actividades de salud desarrolladas con el uso de los recursos. Los indicadores de proceso más frecuentemente empleados son:

a) Uso. Es el que distingue la extensión e 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 el primer concepto nombrado como sinónimo del segundo. 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 de las personas involucradas, con el objeto de resolver eficazmente el problema del paciente en un ambiente de trato humano y calidez.

c) Utilización. Se define como la relación entre el recurso ocupado y el 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 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, empleados en este trabajo como sinónimo de cobertura, referidos sobre todo a la atención materna e infantil.

Uso de 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 existe entre pobreza y la condición de ser indígena. Las poblaciones originarias y étnicas son los grupos más necesitados en las formaciones sociales de los países andinos, tal como se ha visto en el capítulo de determinantes sociales de la salud. En el cuadro anterior se observa las inequidades en la cobertura de la atención del parto por personal especializado y en la 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 especializado 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% correspondiente al grupo más pobre, el contraste es de 20 puntos porcentuales entre ambos grupos. En el 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 pertenecientes al más pobre.

El uso de los servicios de salud por la población indígena es, pues, siempre más bajo 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 originaria y por la inadecuación cultural de los servicios de salud. Estos pueblos 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 este país, las Metas del Milenio establecen una cobertura del parto institucional del 70% a nivel nacional, este fin habría sido sobrepasado 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 dicho objetivo. En cuanto a la vacuna pentavalente, el contraste 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 chicos indígenas están a 26,6 puntos porcentuales de 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 un contraste de 26 puntos porcentuales en el control prenatal a embarazadas indígenas frente a las no indígenas. La disparidad aumenta a 38 puntos porcentuales entre ambos grupos en atención del parto por personal calificado. Por cada mujer ecuatoriana indígena que es atendida por

personal calificado son examinadas 1,8 embarazadas no indígenas. En cuanto a vacunación completa en niños menores de cinco años, la diferencia entre indígenas y no indígenas es de 24 puntos porcentuales.

Perú: Uso de los servicios de salud según condición étnico lingüística de la madre (en porcentaje)

Tipo de atención	Global	Condición étnico lingüístico de la madre		
		Castellano Antiguo	Castellano reciente	Quechua-Aimara
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 embarazadas con al menos cuatro controles clasificadas como *castellano antiguo* hablantes sea menor a la media nacional de 86,2%. Las féminas *quechua-aimara* hablantes registran 1 punto porcentual menos en el control prenatal y 1,3 puntos porcentuales con relación a la media nacional. Las mujeres *castellano reciente* hablantes registran los mayores porcentajes de control de embarazo comparadas con los otros grupos. En la atención del parto institucional, las *quechua-aimara* hablantes registran un déficit de 33,6 puntos porcentuales frente 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 otras naciones de América Latina, están experimentando un proceso de doble transición: por un lado el cambio demográfico 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 adulta mayor. Y por el otro lado, un cambio en el perfil epidemiológico caracterizado por la coexistencia de padecimientos transmisibles, propios del rezago epidémico, junto con enfermedades emergentes, crónico 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 socioeconómico de la misma. En países andinos con

mayores avances en este aspecto, como Chile, Colombia y Venezuela, las enfermedades crónico-degenerativas, la violencia y los accidentes tienen un peso mayor en la conformación del perfil epidemiológico, mientras que las naciones de menor desarrollo económico social tienen todavía especial importancia los males transmisibles e infecciosos en la configuración de estos perfiles.

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 originarias y los grupos étnicos viven en el círculo vicioso de pobreza: bajo rendimiento y poca productividad, ingresos mínimos, escasos niveles de educación, carencia 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, Síndrome Diarreico Agudo e infecciones Respiratorias Agudas, junto a enfermedades carenciales, como la desnutrición y las anemias.

Las acciones de sanidad 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 estimación de estos sistemas son la cobertura de los servicios que se ha analizado en acápite anteriores, la eficacia, eficiencia y efectividad. La información para evaluar su eficacia y eficiencia no siempre es fácil de obtener y, para el caso del presente estudio, 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 aplicadas a la originaria. La información disponible como resultado final de las acciones de salud y de otros sectores es la prevalencia de la desnutrición crónica y la 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 cinco 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 este grupo 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 la población estudiada 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 infantes de esta edad 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 socio-económico y el nivel de salud alcanzado por los países y, al interior de estos, pone en evidencia la desigual distribución de la salud y la enfermedad e 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 diferencia respecto a este problema entre el 20% más rico y el 20% más pobre alcanza 45 puntos porcentuales; en el Perú llega a 40 puntos porcentuales; y Colombia presenta 18 puntos de diferencia.

La lucha contra la pobreza, uno de los objetivos de las Metas del Milenio, debe ser considerada una de las prioridades dentro de las políticas sociales de los países andinos con el objetivo de mejorar el estado de salud de su población 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 reducir a la mitad la Desnutrición Crónica en menores de tres 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 esta población alcanzó el 24,2%, con variaciones según condición étnica de 15,7% para niños no indígenas y una prevalencia de 27,8% para niños indígenas. Los infantes no indígenas ya habrían sobrepasado las Metas del Milenio con 3,3 puntos porcentuales, mientras que sus similares 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 tres años con Desnutrición Crónica existe 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 ubicados dentro de este rango de edad, tres puntos porcentuales debajo de la prevalencia media nacional. La prevalencia de la Desnutrición Crónica en infantes indígenas, en cambio, afecta al 41% de que cumplen con tener los primeros años de vida, 20 puntos porcentuales por encima de la prevalencia media nacional y 23 puntos porcentuales por encima de la prevalencia de la Desnutrición Crónica en infantes ecuatorianos no indígenas. En este país, por cada niño desnutrido no indígena existe 2,3 niños indígenas en ese estado.

Perú: Prevalencia de la desnutrición crónica según condición étnico-lingüística de la madre

indicador	global	Condición étnico-lingüística de la madre		
		Castellano antiguo	Castellano reciente	Quechua-Aimara
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 cinco años fue de 24,1%. Las brechas existentes por condición étnico-lingüística 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-aimara 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 un año se registra en la población indígena, observándose que la tasa de mortalidad infantil en esta población es de 62 por mil nacidos vivos, ocho puntos porcentuales por encima de la media y 29 puntos porcentuales por 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, este objetivo está cerca de ser cumplido en la población no indígena, mientras que en la

población indígena está lejos de hacerse realidad (32 puntos porcentuales). En Bolivia, por cada muerte de un infante no indígena menor de un año se produce el fallecimiento de casi dos niños indígenas (1,88 veces).

En cuanto a la tasa de mortalidad en la niñez, número de defunciones en menores de cinco 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 esta meta está lejana (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	
		Aimaras	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 Aimara. Pese a que el Servicio de Salud Arica registra tasas de mortalidad general e infantil por debajo de la media nacional, la población Aimara tiene mayores riesgos en todas las edades de la vida. La tasa de mortalidad infantil en la población Aimara de Arica, por ejemplo, es dos veces mayor que la mortalidad infantil en la población no indígena. En este lugar, por cada niño no indígena que fallece se producen dos muertes de niños Aimaras menores de un 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 cinco años fue de 35 por mil nacidos vivos. De acuerdo a esta magnitud, en la población no indígena fue de 32 por mil nacidos vivos, tres puntos porcentuales por debajo de la media nacional; mientras que en la población indígena alcanzó los 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 este país, por cada niño no indígena menor de cinco años que fallece, mueren 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 tres 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 *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 médico, 21% por la misma madre, 18% por otra persona y 14,7% por partera. En 2005 se estudió la cobertura de atención del parto en establecimiento de salud por municipios, según el porcentaje de mujeres bolivianas monolingües nativas, con los siguientes resultados: fue menor al 7%, con 80% a 89% de mujeres indígenas; alcanzó el 10% en 12 jurisdicciones cuya población de féminas monolingües originarias es del 70% al 79%; en contraste, en 138 municipios del país donde el monolingüismo nativo de las mujeres solo era de 0% a 9%, la cobertura del parto en centros de salud fue del 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 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 (15).*

4.5.2. Salud de los grupos étnicos. Chile

En 1997 se realizó el primer estudio socio-demográfico 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 aimara; bajo índice de Swaroop, equivalente al que poseía el país a inicios de la década del 80; patrón de causas de muerte pre-transición epidemiológica para el caso Aimara; 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 cinco años es mayor que en niños no Mapuche (12). Del mismo modo, la TBC es más alta en las zonas de mayor concentración indígena, siendo especialmente vulnerable la población Aimara, lo que se refleja en el Servicio de Salud Arica, con una tasa de mortalidad por Tuberculosis 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 la alta prevalencia de Colelitiasis con el pobre acceso a una Colecistectomía.

4.5.3. Salud de los grupos étnicos de Colombia

En la selva y el llano prevalecen las enfermedades carenciales, infectocontagiosas y parasitarias, y en la zona andina las que afectan 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 afecciones de la piel. En la etnia de los gitanos la situación de salud es mejor, aunque presentan algunos casos de problemas cardiovasculares y respiratorios. En la región Pacífica, donde habita gran parte de la población afro-colombiana, prevalecen los siguientes males: Tuberculosis, EDA, IRA, Desnutrición, Paludismo, Fiebre Amarilla y otros 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 barrera culturales (27).

4.5.4. Salud de los grupos étnicos de Ecuador

El promedio de Desnutrición Crónica en niños indígenas ecuatorianos de 0 a 59 meses fue de 47%, mientras que el promedio nacional en este grupo de edad fue de 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 féminas indígenas 13,7%. El porcentaje de indígenas de género femenino que reportó haber sido maltratado 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 diez estados. Las enfermedades prevalentes en estos pobladores 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 los Yanomami fue diez veces más alta 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). Los originarios, 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 que trabaje 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 tipos de producción pre-capitalistas subordinados al capitalismo dominante en todos los países andinos, situación 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 originarios.

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 con la interculturalidad, empezando por cultura, nación, nacionalidad, pueblo indígena, grupo étnico, etc., que nos permitan el uso de términos comunes a todos los países andinos. La otra dimensión está referida al estudio y la comprensión del término Análisis de la Situación de Salud (ASIS) como un proceso metodológico de la salud pública o colectiva que permite la investigación de sus problemas para encontrar soluciones concretas de intervención.

5.1. Elementos teóricos relacionados con el concepto de interculturalidad

5.1.1. Conceptualización de cultura

No es posible lograr una aproximación al concepto de interculturalidad sin conceptualizar primero el término cultura. La noción más simple es la que registran los diferentes diccionarios de la lengua española, así, el Diccionario Enciclopédico Ilustrado Sopena presenta tres acepciones:

- 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, el significado general que hace referencia a todos los aportes que hubiera alcanzado una determinada comunidad, sea nacional, regional, étnica, etc., a lo largo de sus propios procesos históricos 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 la lucha social y política forman parte de ella. El concepto restringido señala 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 Rosenthal y P.F. Ludin definen cultura: «(Del latín “cultura”: cultivo, elaboración). 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 Rosenthal y P.F. Ludin. *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, pág. 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 Fabiana 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 afro-colombianos 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 auto-identificación 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 e

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 latino-americana, 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 afro-latinas 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 de 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 tanta 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* pertenece 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 la idea 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 entre estos. 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 solo la aparición y desarrollo de este sistema económico 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 algunas completamente establecidas en las formaciones sociales pre-capitalistas, como es el caso de las antiguas que se desarrollaron en el Cercano y Lejano Oriente. Este destacado economista define los conceptos de etnia y nación afirmando: «La etnia supone una comunidad lingüística y cultural y una homogeneidad del territorio geocultural 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 ejerce 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 pre-capitalistas. 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 pre-capitalista —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 hábitat).

- Una tercera matriz política económica, que corresponde a las naciones más evolucionadas, característica de las 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 aimara se puede encontrar subgrupos considerados como nacionalidades.

En Bolivia, la Nueva Constitución Política del estado ha introducido el término de naciones y pueblos indígenas originarios campesinos para referirse a toda la población originaria 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 la autoridad propia». Los pueblos indígenas, por su parte, están caracterizados como «colectividades, conformadas 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 gobierno y control social que los distinguen de otras comunidades rurales».

Finalmente, las comunidades indígenas son consideradas como «entidades colectivas agrupadas en familias de relación sanguínea o afinidad, asentadas en un territorio determinado, que auto-identifican 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 debe ser considerado indígena o no 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 amazonia de ese país y están agrupados en la Confederación Indígena del Oriente Boliviano (CIDOB) para diferenciarlos de los campesinos y pueblos originarios de occidente instaurados 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 del Estado, aprobada 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 auto-identificación de las personas con un determinado grupo originario, 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 estados toman en cuenta solamente lengua materna del individuo censado, el idioma de la madre de los ancestros (padres, abuelos) como criterio de la identidad indígena, otros estados agregan la ubicación geográfica o la auto-identificación.

Con fines prácticos, en el presente estudio emplearemos el término de pueblos indígenas para referirnos a la población originaria en general, sean estos 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 hegemónica. Estas se complican más aún en el contexto de sociedades con estratos marcados, donde existen intereses de clases sociales antagónicamente enfrentadas. En esta situación, las contradicciones clasistas 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 actualmente existentes. Por su parte, Fonet-Betancourt utiliza también el concepto de interculturalidad como normativa, pero a partir del reconocimiento del derecho a la autodeterminación, afirmando: «La necesidad del diálogo intercultural en América Latina se presenta, como hemos visto, con 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 B. y César Escobar V. introducen, complementando la interculturalidad, su concepto 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 muy fraterno.». (Freddy Delgado B./César Escobar V. *Diálogo intercultural e intercientífico. 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: «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 esta, 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 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 posgrado.
- **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 pregrado y postgrado.

5.1.5. Otras definiciones de utilidad

- a) 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 uninacional (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, culturas o folclor*, sino formando parte de todas sus instancias.

- b) 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.
- c) Resguardo. En Colombia es la institución legal y socio-política de carácter especial, conformada por una o más comunidades indígenas, que con un título de propiedad colectiva que goza de las garantías de la privada, poseen su territorio y se rigen para el manejo de este y su vida interna por una organización autónoma amparada por su fuero interno y sistema normativo. De acuerdo con la Constitución Política de 1991, los resguardos son inalienables, imprescriptibles e inembargables; además, de ser propiedad colectiva y no enajenables.
- d) Tierras Comunitarias Originarias (TCO). 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, que al mismo tiempo es parte de otros más amplios que se dan en las formaciones sociales, como son los procesos económico sociales y la situación de las clases y grupos de la sociedad en su estructura.

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 separación más temprana del ciclo de vida de los grupos sociales económicamente deprimidos y culturalmente excluidos. La salud, la enfermedad y la muerte son, pues, resultantes de múltiples factores causales, como los ambientales, biológicos, psicológicos, culturales y sociales que dependen de la estructura socioeconómica y de las fuerzas productivas y la tecnología y el nivel de desarrollo económico alcanzado por la sociedad.

En este marco, el análisis de situación de salud significa estudiar el estado físico y mental de la población como consecuencia de la interacción de los determinantes inmediatos o fenoménicos (ambientales, biológicos, psicosociales, organización de los servicios sanitarios, estilos y 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 encuentran en interacción permanente y dialéctica con sus niveles jurídico, político y cultural. Los determinantes estructurales y las condiciones de vida en su conjunto constituyen las definiciones sociales de la salud y que en los países andinos o capitalistas en vías de desarrollo, se caracterizan por inequidad entre clases sociales, grupos étnicos y condición de género. La desigualdad en las determinantes estructurales y en las condiciones de vida puede ser influenciada 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, desafiando a reducir o eliminar estas desigualdades en el lapso de una generación basándose 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 este organismo internacional se orienta a superar las diferencias sociales como base de los desiguales tratos en salud, y al desarrollo de capacidades de las personas, familias y poblaciones como la forma de superar las distinciones sociales.

No se puede transformar una realidad si es que no se conoce y no se explica en su compleja red de interconexiones. Se trata de un proceso de análisis concreto de una situación de salud puntual para encontrar soluciones de intervención de carácter similar. 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. Este análisis se 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 se trata de la condición sanitaria de la población indígena de los países andinos, establecer las causas determinantes y condicionantes de dicho estado, las necesidades y prioridades de salud de los originarios e identificar estrategias e

intervenciones para mejorar su condición física y mental en términos de equidad y respeto a los derechos humanos. En consecuencia, el ASIS Andino con enfoque intercultural es un proceso de investigación de la información sobre el estado de salud de la población que permite establecer en los países andinos perfiles epidemiológicos diferenciados por etnia. El estudio al que nos referimos incluye la información sobre los determinantes económicos y sociales de la salud indígena, las condiciones de vida en las que se encuentra este sector social, los recursos para la atención que vele por su sanidad, los procesos que se desarrollan y finalmente el perfil patológico y de mortalidad en la población originaria.

Son muchos los objetivos que se buscan 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
- Reconocer daños, análisis y priorización de problemas
- Organizar los factores determinantes del perfil de salud enfermedad en poblaciones indígenas
- Fijar 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

6. GUÍA METODOLÓGICA DEL ASIS ANDINO CON ENFOQUE INTERCULTURAL INDICADORES PARA LA EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD CON ENFOQUE INTERCULTURAL

La elaboración de un ASIS Andino con enfoque intercultural, parte de la necesidad de que los servicios de salud que se ofrecen a la población de nuestros países se enmarquen en el reconocimiento de la realidad pluriculturalmente diversa de nuestros países y que en la atención de salud, el personal guarde el respeto a los valores y cosmovisiones de los grupos étnicos que hacen esta riqueza pluriculturalidad de los países andinos, lo que se traducirá en un trato humano y de mayor calidad a los pacientes provenientes de la diversidad de naciones, nacionalidades y grupos étnicos.

Un trato humano y digno, sin ninguna discriminación, es la clave y premisa indispensable para garantizar servicios sanitarios de calidad y para posibilitar sistemas de salud de acceso universal, puesto que una de las barreras de acceso, además de la económica y geográfica, es la barrera cultural. Pero al mismo tiempo, un sistema sanitario con enfoque intercultural, toma en cuenta la riqueza de los saberes y conocimientos incorporándolos y articulándolos en los sistemas de salud sobre las bases de complementariedad y respeto mutuo. En esa dirección, los requisitos básicos que deben cumplir los sistemas de salud que asumen el enfoque intercultural en la atención de pacientes son:

- Sistemas de salud con enfoque de interculturalidad: Personal, idioma o lengua de comunicación, adecuación intercultural de los servicios.
- Reconocimiento y respeto a la cosmovisión del proceso salud- enfermedad en la concepción de la diversidad cultural existente en nuestras formaciones sociales.
- Revalorización de la medicina tradicional y su articulación a los sistemas de salud.

6.1. Guía metodológica del ASIS Andino con enfoque intercultural

La Guía Metodológica del ASIS Andino con Enfoque Intercultural es un valioso instrumento para conocer el estado de salud de las poblaciones indígenas en los países, identificar las causas determinantes de dicho estado, establecer las inequidades, necesidades y prioridades en salud, cuyo resultado se traduce en propuestas de intervención oportunas que permitan mejorar la situación de salud de grupos étnicos y poblaciones indígenas.

El objetivo general de la Guía Metodológica con enfoque intercultural es contribuir a la construcción de sistemas sanitarios sobre las bases de equidad y respeto a los derechos de los pueblos indígenas. Mientras que los objetivos específicos del ASIS Andino Intercultural buscan:

- Conocer el estado de salud y el perfil epidemiológico de las poblaciones indígenas de los países andinos y proponer intervenciones dirigidas a mejorar dicho estado.

- Identificar los factores socio-culturales que inciden en la situación de salud
- Disminuir las brechas de acceso a los servicios de salud de los pueblos indígenas.
- Lograr el diálogo, la articulación y complementariedad de los saberes y prácticas de la medicina tradicional indígena y la medicina académica.
- Fortalecer la práctica de la medicina tradicional.
- Identificar las necesidades de formación de recursos humanos en salud con pertinencia intercultural

Metodológicamente el proceso de elaboración del ASIS Andino con Enfoque Intercultural consiste en la aplicación de una serie de pasos que nos permitirán conocer y explicar el estado de salud de la población indígena. La guía metodológica del ASIS Andino con Enfoque Intercultural exige fundamentalmente instrumentos para la recolección de la información sobre la situación de salud de los pueblos indígenas, identificación de las causas determinantes de salud y su análisis y procesamiento para proponer alternativas de intervención. Para la construcción del ASIS Andino con enfoque intercultural se propone los siguientes pasos:

6.1.1. Recolección de la información.

La disponibilidad de información es la condición necesaria e indispensable para el proceso del análisis de la situación de salud en poblaciones indígenas. Las fuentes de información son los sistemas de información en salud de los ministerios de salud, los censos nacionales de población y vivienda de los países, información de los institutos nacionales de estadística, investigaciones epidemiológicas y otras fuentes tanto sectoriales como extrasectoriales.

La información debe referirse no solamente al estado de salud, a los daños y los riesgos a la salud de las poblaciones indígenas y grupos étnicos, sino también a los determinantes causales de los mismos. Una propuesta de sistematización de la información requerida para el proceso de Análisis de la Situación de Salud Andino con Enfoque intercultural es la siguiente:

- Información demográfica: Estructura y composición de la población indígena, natalidad y fecundidad.
- Información sobre el reconocimiento y aplicación de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de la población indígena en el ordenamiento jurídico de los países
- Información sobre los Determinantes Sociales de la Salud en poblaciones indígenas: Condiciones de vida, participación en el ingreso nacional, empleo y desempleo, nivel de pobreza, nivel de educación, acceso a servicios básicos de agua y servicios sanitarios.

- Información sobre perfil epidemiológico en poblaciones indígenas. Enfermedades de mayor relevancia. Enfermedades transmisibles: Malaria, Enfermedad de Chagas, Tuberculosis, Dengue, Sífilis, VIH/Sida, etc. Enfermedades no transmisibles: intoxicaciones
- Información sobre disponibilidad de recursos para la atención de las necesidades de salud de la población indígena. Adecuación intercultural y uso de los servicios de salud.
- Información sobre aspectos biológicos: Predisposición genética de la población indígena a determinadas enfermedades.
- Estilos de vida relevantes en poblaciones indígenas: alcoholismo, tabaquismo, violencia.
- Desnutrición infantil.
- Mortalidad: Principales causas de mortalidad en poblaciones indígenas

Los Sistemas Nacionales de Información en Salud de los países están frente a un gran desafío y ante la necesidad de incorporar la mayor parte de la información descrita.

6.1.2. Identificación de problemas

El análisis situacional plantea la difícil y compleja tarea de identificar y seleccionar los problemas de salud que afectan a las poblaciones indígenas, para luego explicar sus causas. Se han dado muchas definiciones sobre lo que es un problema, las más conocidas en el campo de la salud pública afirman que:

- Un problema es una discrepancia entre el ser o la posibilidad de ser y el debe ser que un actor asume como evitable e inaceptable.
- Problemas son aquellas áreas de la realidad que merecen una reflexión especial por la magnitud y valor de la insatisfacción que representan para un actor social.
- Problema es la brecha existente entre la realidad observada y el deseo valorativo del observador.

Múltiples y variados son los problemas que afectan a las poblaciones indígenas de los países andinos, algunos de mayor gravedad con relación a otros, otros que tienen una mayor incidencia y magnitud, etc., en todo caso debemos realizar esfuerzos por sistematizar estos problemas, de tal manera que nos sirvan para valorar y comparar la situación en la que se encuentran las poblaciones indígenas en los países de la subregión andina. La sistematización de los problemas puede comprender:

- a) Problemas relacionados con el respeto a los derechos de los pueblos indígenas en las constituciones políticas y en ordenamiento jurídico de los países, teniendo como referente convenios internacionales.

- b) Problemas relacionados con los determinantes sociales de la salud en pueblos indígenas: Condiciones de vida de las poblaciones indígenas en países de la subregión andina, medio ambiente, estilos de vida.
- c) Problemas relacionados con los sistemas sanitarios de área andina y la atención a la salud de los pueblos indígenas: Disponibilidad, uso, adecuación intercultural, articulación con la medicina tradicional.
- d) Problemas relacionados con el estado de salud de las poblaciones indígenas: Perfil epidemiológico, morbilidad, mortalidad.

6.1.3. Priorización de problemas

Después de identificados los problemas de salud, el siguiente paso es la priorización de los mismos, de tal manera de disponer de bases técnicas en cuanto a su gravedad y su magnitud y cuáles son los problemas que exigen una intervención urgente. Se trata de un ejercicio mediante el cual se seleccionan los principales problemas que afectan a las poblaciones indígenas de nuestros países o de cada país en particular, para concentrar en ellos la mayor cantidad de los recursos y los esfuerzos. El Método de Hanlon establece los siguientes criterios para la priorización de problemas:

- a) **Magnitud del problema:** Que se refiere a la cantidad de las personas afectadas por el problema, con relación a la población total, es este caso con relación al total de la población indígena. Para determinar la magnitud del problema se pueden elaborar escalas de población que facilitan la selección de los problemas de acuerdo a la cantidad de personas afectadas.
- b) **Gravedad o trascendencia de problema:** Es el grado de daño (incapacidad, invalidez o muerte) que produce el problema dentro de la población afectada. La valoración social de la trascendencia tiene relación, además, con los costos que genera el problema, tanto a nivel de la población como a nivel del sistema sanitario. Los criterios utilizados para evaluar la gravedad severidad del problema pueden apoyarse sobre datos objetivos (por ejemplo, datos de mortalidad), o bien estimarse la gravedad de manera subjetiva (por ejemplo, carga social que genera un problema).
- c) **Eficacia de las intervenciones disponibles:** Este criterio refleja la sensibilidad del problema frente a intervenciones sectoriales o extrasectoriales de probada efectividad. En área de la salud se trata de intervenciones de probada efectividad en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, en la recuperación y rehabilitación de las personas afectadas.
- d) **Factibilidad de la intervención:** Este criterio tienen relación no solamente con la factibilidad económica sino también con la pertinencia, la aceptabilidad, la disponibilidad de recursos y la legalidad de la intervención propuesta para la solución del problema.

Se suelen dar valores del 1 al 5 a cada uno de los criterios anteriormente descritos, obteniendo el valor final de la sumatoria de los valores asignados.

6.1.4. Red explicativa causal.

Este paso permite establecer relaciones entre factores y condiciones y daños determinando los factores que condicionan o causan los problemas. Se considera que una de las principales deficiencias en el análisis situacional es la limitada capacidad para la explicación de una realidad y las conexiones con los factores determinantes de la misma. Se debe realizar un análisis exhaustivo de los factores causales que condicionan o determinan la existencia del problema, hasta llegar a la esencia del problema. Es imprescindible la determinación exacta de las causas, porque las intervenciones del plan de acción se dirigirán a la eliminación de las mismas.

Un problema priorizado tiene, generalmente, muchas causas pero de diferente importancia. Sólo algunas de las causas son causas básicas que explican o determinan gran parte del problema, estos son los llamados Nudos Críticos que al solucionarlos nos permiten solucionar también otros problemas secundarios.

Establecer las relaciones y conexiones causales de los problemas es de primera importancia en el proceso del desarrollo del Análisis de la Situación de Salud porque nos permite llegar a establecer las causas esenciales de los problemas de inequidad y bajos niveles de salud de las poblaciones indígenas en los países andinos.

6.1.5. Elaboración del Plan de Acción

Una vez priorizados los problemas y establecida la red explicativa causal, el próximo paso es la elaboración del Plan de Acción que consiste en el planteamiento de estrategias y en la descripción detallada de un número de actividades suficientes que nos permitirán resolver los problemas prioritarios identificados en el diagnóstico de la situación de salud, interviniendo sobre las causas y los nudos críticos del mismo. Al establecer las actividades y tareas del Plan de Acción, debemos determinar los recursos, tanto humanos como materiales y económicos, los responsables de las acciones y el tiempo en el que se cumplirán.

En la elaboración del Plan de Acción es importante la participación de representantes de las comunidades indígenas, así como diferentes actores que tienen que ver con el enfoque intersectorial de las intervenciones. La elaboración del Plan de Acción, es un espacio para lograr compromisos de los diferentes actores para cumplir determinadas acciones de acuerdo a sus capacidades y potencialidades, estableciendo alianzas estratégicas de tipo político, administrativo y financiero. El monitoreo y evaluación sobre el

cumplimiento de las actividades planificadas es importante para garantizar los resultados esperados en el Plan de Acción

6.1.6. Vigilancia y Evaluación

Finalmente, en el último paso del proceso del Análisis de la Situación de Salud está el monitoreo y la evaluación del cumplimiento de las actividades programadas, así como el resultado y el impacto de las mismas sobre la situación negativa que se quiere cambiar. La evaluación deberá ser realizada siempre en forma participativa y en base a una guía de indicadores que se describen en el siguiente punto.

6.2. Identificación y formulación de indicadores de la guía metodológica del ASIS Andino con enfoque intercultural

Se trata de la construcción de indicadores para identificar y evaluar la organización de los servicios de salud de los países andinos, el acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud, el estado de salud y el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas, con el objetivo de visibilizar la situación del derecho a la salud de las naciones, nacionalidades y grupos étnicos que conforman la realidad de las complejas formaciones sociales del Área Andina.

Parte importante para conocer la situación de vida de los pueblos indígenas es el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas en las constituciones política, el reconocimiento constitucional del carácter multiétnico y pluricultural del país y reconocimiento jurídico del derecho a la tierra y al territorio.

a) Indicadores de los determinantes sociales de la salud indígena

Los indicadores relacionados con los determinantes sociales de la salud son de la más grande importancia, pues la inequidad en los determinantes explica esencialmente las inequidades en salud que sufren los pueblos indígenas. La información respecto a los determinantes en la salud de los pueblos indígenas, se encuentra en los resultados de los censos nacionales y en la información de los Institutos Nacionales de Estadística. Los indicadores básicos con relación a determinantes sociales de la salud de pueblos indígenas pueden ser:

- Distribución del ingreso nacional según condición étnica o por quintiles de pobreza/riqueza.
- Incidencia de la pobreza en población indígena y no indígena
- Incidencia de pobreza en población indígena.
- Tasa de analfabetismo según condición de indígena y no indígena.
- Disponibilidad de servicios básicos en población indígena.

b) Indicadores de sistemas sanitarios con enfoque intercultural

Nombre del indicador: Disponibilidad de centros de medicina tradicional

Definición:

Es el número de centros de salud de medicina tradicional reconocidos y acreditados por el Ministerio de Salud para la atención de salud de la población indígena y no indígena. Pueden ser independientes o estar incorporados a establecimientos de salud del sistema para libre elección de los pacientes.

- $$\frac{\text{Nº de centros de medicina tradicional acreditados}}{\text{Población total, indígena y no indígena}} \times 10.000$$

Nombre del indicador: Disponibilidad de terapeutas tradicionales y otros recursos humanos en medicina tradicional reconocidos y acreditados por los ministerios de salud

Definición:

Es el número de terapeutas tradicionales y otros recursos humanos disponibles, para una población determinada. Los terapeutas tradicionales, reconocidos y acreditados por los ministerios de salud para el ejercicio de la medicina tradicional, tienen diversos nombres de acuerdo a los países, y comprenden además algunas especialidades de la medicina tradicional (Por ejemplo: parteras tradicionales, hueseros, etc.)

- $$\frac{\text{Nº de terapeutas tradicionales acreditados por el Ministerio de Salud}}{\text{Población total: indígena y no indígena}} \times 10.000$$

Nombre del indicador: Disponibilidad de terapeutas tradicionales reconocidos por la comunidad

Definición:

En países donde no existe registro de los terapeutas tradicionales por parte del Ministerio de Salud, como en el caso de Colombia, y siendo que este registro se ha vuelto en una verdadera necesidad porque a título de médicos tradicionales aparecieron algunos charlatanes, se plantea como un indicador de disponibilidad, el número de terapeutas tradicionales reconocidos por la comunidad.

- $$\frac{\text{Nº de terapeutas tradicionales reconocidos por la comunidad}}{\text{Población total: indígena y no indígena}} \times 10.000$$

Nombre del indicador: Personal capacitado en atención de la salud con enfoque intercultural

Definición

Es el personal que presta servicios de salud, que está capacitado en atención de la salud con enfoque intercultural: Médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería están debidamente capacitados y certificados en temas de interculturalidad a través de cursos, diplomados, especialidades o maestrías y que se encuentran prestando servicio a la comunidad.

$$- \frac{\text{Personal de salud capacitado en salud intercultural} \times 100}{\text{Total de personal (médicos, enfermeras o auxiliares)}}$$

Nombre del indicador: Establecimientos de Salud que cuentan con personal capacitado en atención de la salud con enfoque intercultural

Definición

Es el número de establecimientos de salud que cuentan con personal capacitado en atención de la salud con enfoque intercultural

$$- \frac{\text{Nº de establecimientos de salud con personal capacitado en salud intercultural} \times 100}{\text{Total de establecimientos de salud}}$$

Nombre del Indicador: Disponibilidad de infraestructura para la atención en salud con enfoque intercultural

Definición:

Es la existencia de infraestructura construida, remodelada o refaccionada de los establecimientos de salud con adecuación intercultural para una población determinada. Esta adecuación debe ser para todas las especialidades médicas y especialmente para la atención del parto humanizado con enfoque intercultural. Los centros de salud con enfoque intercultural deben contar con albergues para los familiares que acompañan a usuarios indígenas internados que procedan de un lugar lejano y necesiten cobijo para pasar la noche por el tiempo de internación.

$$- \frac{\text{Nº de establecimientos de salud con adecuación intercultural} \times 10.000}{\text{Población indígena.}}$$

Nombre del Indicador: Sistemas de Información en Salud con enfoque intercultural

Definición:

Es el porcentaje de indicadores de salud intercultural introducidos en el Sistema de Información en Salud, que permite conocer la situación de los determinantes, el estado de salud y el perfil epidemiológico de las poblaciones indígenas.

- $$\frac{\text{Nº de indicadores de salud intercultural introducidos en el SNIS}}{\text{Total de indicadores del Sistema de Información en Salud}} \times 100$$

Nombre del Indicador: Referencia (Interconsulta) de los servicios de salud a terapeutas tradicionales

Definición:

El personal evalúa y refiere pacientes a terapeutas tradicionales. Es la proporción de referencias o interconsultas que realiza el personal de los servicios de salud a terapeutas tradicionales.

- $$\frac{\text{Nº de referencias del personal de salud a médicos tradicionales}}{\text{Total de referencias realizadas}} \times 100$$

Nombre del indicador: Referencia de pacientes de terapeutas tradicionales a los servicios de salud

Definición:

Es el porcentaje de pacientes referidos por los terapeutas tradicionales a los servicios de salud del sistema. Nos permite conocer, al igual que el anterior indicador, el grado de articulación entre los sistemas tradicional y occidental de salud.

- $$\frac{\text{Nº de referencias de terapeutas tradicionales a servicios de salud}}{\text{Total de pacientes atendidos en consulta externa}} \times 100$$

Nombre del indicador: Cobertura de vacunación en < de 5 años, según condición étnica

Definición:

Mide el porcentaje de niños indígenas < de 5 años con inmunización completa con relación a la población a la población total de niños < de 5 años. También mide el porcentaje de niños indígenas < de 5 años con esquema de vacunación completa del total de niños indígenas < de 5 años.

- $$\frac{\text{Nº de niños indígenas < de 5 años con esquema completo de vacunación}}{\text{Total de niños < de 5 años con esquema completo de vacunación}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de niños indígenas < de 5 años con esquema completo de vacunación}}{\text{Total de niños indígenas < de 5 años}} \times 100$$

Nombre del indicador: Cobertura del control prenatal según condición étnica

Definición:

Es un indicador que compara la proporción de embarazadas indígenas con al menos cuatro controles prenatales con relación a embarazadas no indígenas con al menos cuatro controles prenatales. También puede obtener la cobertura del control prenatal en el universo esperado de embarazos en población indígena.

- $$\frac{\text{Nº de embarazadas indígenas con 4 controles prenatales}}{\text{Total de embarazadas con 4 controles prenatales}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de embarazadas indígenas con 4 controles prenatales}}{\text{Total de embarazos esperados en mujeres indígenas}} \times 100$$

Nombre del indicador: Cobertura del parto según condición étnica

Definición:

Este indicador mide la proporción de partos atendidos institucionalmente entre embarazadas indígenas y no indígenas. Mide también la cobertura de partos atendidos en los servicios de salud con relación a los partos esperados de mujeres indígenas. Adicionalmente, si se dispone de información, se puede medir la cobertura de partos domiciliarios y los atendidos por parteras tradicionales en el universo de partos esperados en población indígena

- $$\frac{\text{Nº de partos de madres indígenas atendidos en servicios de salud}}{\text{Total de partos atendidos en servicios de salud}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de partos de madres indígenas atendidos en servicios de salud}}{\text{Total de partos esperados en madres indígenas}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de partos de madres indígenas atendidos en domicilio}}{\text{Total de partos esperados en madres indígenas}} \times 100$$

- $$\frac{\text{Nº de partos atendidos por parteras tradicionales}}{\text{Total de partos esperados}} \times 100$$

Nombre del indicador: Egresos hospitalarios según condición étnica

Definición:

Este indicador nos proporciona información sobre el uso y utilización de los servicios hospitalarios por la población indígena con relación a la población no indígena. El resultado de este indicador puede poner en evidencia la resistencia de la población indígena al internamiento en hospitales, siendo una de las posibles causas el maltrato y/o discriminación que sufren en los mismos.

- $$\frac{\text{Nº de egresos hospitalarios (menos partos) de pacientes indígenas}}{\text{Total de egresos hospitalarios}} \times 100$$

c) Indicadores de impacto y resultado

Nombre del Indicador: Prevalencia de la desnutrición infantil en población no indígena e indígena

Definición:

Mide la prevalencia de la desnutrición crónica (talla para la edad) en niños indígenas menores de 5 años comparando con la prevalencia en niños menores no indígenas. Proporciona, al mismo tiempo, información sobre la prevalencia de la desnutrición crónica entre niños indígenas menores de 5 años.

- $$\frac{\text{Nº de niños indígenas < de 5 años con desnutrición crónica}}{\text{Total de niños < de 5 años con desnutrición crónica}} \times 100$$
- $$\frac{\text{Nº de niños indígenas < de 5 años con desnutrición crónica}}{\text{Total de niños indígenas < de 5 años}} \times 100$$

Nombre del indicador: Mortalidad infantil según condición étnica

Definición:

Mide el número de muertes de niños indígenas < de 1 año sobre el total de mortalidad infantil en un país, generalmente en el período de un año. Este indicador nos proporciona información sobre la mortalidad infantil según condición indígena y no indígena. Proporciona,

asimismo, información sobre la magnitud de la mortalidad infantil dentro de la propia población indígena < de 1 año

- $$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños indígenas fallecidos antes de cumplir 1 año de edad}}{\text{Total de niños indígenas y no indígenas < de 1 año fallecidos}} \times 1000$$
- $$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños indígenas fallecidos antes de cumplir 1 año de edad}}{\text{Total de niños indígenas nacidos vivos}} \times 1000$$

Nombre del indicador: Mortalidad en la niñez, según condición étnica

Definición:

Mide el número de muertes de niños indígenas fallecidos antes de cumplir 5 años de edad como parte del total de muertes de niños de la misma edad, generalmente en un año. Este indicador nos proporciona información sobre la mortalidad en la niñez según condición indígena y no indígena. Proporciona, asimismo, información sobre la magnitud de la mortalidad infantil dentro de la propia población indígena < de 5 años.

- $$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños indígenas fallecidos antes de cumplir 5 años de edad}}{\text{Total de niños indígenas y no indígenas < de 5 años fallecidos}} \times 1000$$
- $$\frac{\text{N}^\circ \text{ de niños indígenas fallecidos antes de cumplir 5 años de edad}}{\text{Total de niños indígenas nacidos vivos}} \times 1000$$

Nombre del Indicador: Mortalidad materna, según condición étnica

Definición:

Mide el número de muertes de madres indígenas como consecuencia del embarazo, parto y puerperio, como parte del total de muertes maternas ocurridas en el mismo período de tiempo. Proporciona, asimismo, información sobre la magnitud de la mortalidad materna dentro de la propia población indígena.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de madres indígenas fallecidas}}{\text{Total de muertes maternas (indígenas y no indígenas)}} \times 100 \text{ mil}$$

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de madres indígenas fallecidas como consecuencia del embarazo, parto y puerperio}}{\text{Total de niños indígenas nacidos vivos}} \times 100 \text{ mil}$$

Para terminar señalar que la información sobre los determinantes de la salud y los indicadores de impacto y resultado forman parte, en general, de las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio suscrito por nuestros países y, por tanto, la información es posible de obtenerla de los Institutos Nacionales de Información de los países. Mientras que la información acerca de los indicadores de los Sistemas Sanitarios con Enfoque Intercultural exige la transformación profunda de los Sistemas de Información en Salud (SNIS) para la introducción gradual y progresiva de estos indicadores, adecuándolos a la realidad de cada uno de los países de la subregión andina.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias Bibliográficas – Ítem 4.5, del libro: “Salud en las Américas”, 2007 volumen II, que corresponde al análisis de los países

- (1) Venezuela, Instituto Nacional de Estadísticas, <http://ie.gob.ve> acceso 29 de agosto 2006
- (9) Venezuela, Centro Amazónico de Investigación y control de Enfermedades Tropicales “simón Bolívar”, <http://innova.org.ve:8000> acceso en el 2006
- (12) Oyarce A, Bustos P Características Socioculturales de la mortalidad por neumonía en niños Mapuches, 1996-2003 (documento inédito)
- (15) Calvo A. Equidad en Salud, Bolivia. Desigualdad en la población monolingüe nativa, mediciones básicas. Salud Pública Boliviana, 2005.
- (27) Colombia, Ministerio de la Protección Social; Organización panamericana de la Salud. Insumos para la conceptualización y discusión de una política de protección social en salud para los grupos étnicos, 2004.
- (30) Ecuador, Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social. Situación de salud de los pueblos indígenas en el Ecuador. En ENDEMAIN 2004, Abril 2006

Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue
Av. Paseo de la República N°3832, Of. 301, San Isidro - Lima, Perú
Teléfonos: (51-1) 611 3700
Telefax: (51-1) 222 2663
Página web: www.orasconhu.org
E-mail: contacto@conhu.org.pe