
La Malaria en la Población y Pueblos Indígenas de las Américas

*Orientaciones para el desarrollo y fortalecimiento de los
Programas de Malaria en zonas con población
indígena*

Versión 22 de diciembre de 2002

**Tecnología y Prestación de Servicios de Salud
Organización de Servicios de Salud (THS/OS)**



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Contenido

1. Introducción.....	1
2. Objetivos y Metodología.....	2
2.1 Objetivos.....	2
2.2 Metodología.....	2
3. Contexto de la malaria en la población y pueblos indígenas de las Américas.....	3
4. Ampliación de la cobertura de la atención de salud para la protección, prevención y control a la población indígena afectada por la malaria.....	5
4.1 Desafíos.....	5
4.2 Oportunidades.....	6
5. Fortalecimiento y desarrollo de los Programas de Malaria en zonas con población indígena: aspectos a considerar.....	7
5.1 Aspectos fundamentales.....	7
5.1.1 Indicadores demográficos.....	7
5.1.2 Localización de la población y pueblos indígenas.....	8
5.1.3 Indicadores de mortalidad y morbilidad por grupo étnico.....	13
5.1.4 Sistemas y Servicios de Salud: Indicadores de acceso y cobertura.....	15
5.1.5 Organización social y estilos de vida.....	20
5.1.6 Recursos Comunitarios.....	21
5.1.7 Cosmovisión indígena y conocimientos, actitudes y prácticas.....	23
5.1.8 Variables estructurales: Indicadores socioeconómicos.....	24
5.1.9 Información para la acción en caso de desastres y emergencias por fenómenos naturales.....	25
5.1.10 Marco Jurídico.....	29
6. Conclusiones y Recomendaciones Finales.....	32
7. Agradecimientos.....	33

1. Introducción

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), enfatiza en la importancia de generar procesos que contribuyan al logro de la equidad en la Región. En esta misión, una de las áreas prioritarias es el desarrollo de estrategias que apoyen la ampliación de la cobertura de atención de salud para la protección, prevención y control a los grupos poblacionales expuestos a mayor riesgo de morir, o sufrir de las enfermedades prevalentes y transmisibles en los países de la Región.

El presente documento responde a esta perspectiva y se inserta en las acciones tendientes al desarrollo de la cooperación técnica en materia de salud indígena, específicamente, en las actividades interprogramáticas que desde 1999 se cumplen entre el Programa de Enfermedades Transmisible (HCT) y el Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud (HSO) de la OPS, en el marco de la Iniciativa Hacer Retroceder la Malaria en las Américas, de la Estrategia de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas.

Aunque la información disponible no es uniforme para todos los grupos poblacionales que conforman la población de las Américas, la evidencia indica que la incidencia y prevalencia de la malaria está en relación directa con los altos índices de pobreza, analfabetismo, migración, marginación, así mismo, forma parte de los perfiles epidemiológicos determinados por las enfermedades por causas prevenibles, y es particularmente grave en las mujeres embarazadas y niños de las poblaciones excluidas, como es el caso de la población indígena.

Si bien los 21 países¹ de las Américas que informan tener zonas de transmisión activa de malaria² se hallan empeñados en fortalecer sus acciones de combate a esta enfermedad, existen limitaciones en la información disponible que dificulta la toma de decisiones y la gestión local.

El documento que a continuación se presenta, reconoce los procesos en marcha en los países en el fortalecimiento de los programas de prevención y control de la malaria. Establece la necesidad de abordar la malaria no solamente como un problema de salud, sino como un problema de desarrollo social y económico. Recalca la importancia de combinar la información cualitativa, cuantitativa e instrumentos gráficos, en la identificación de estrategias que apoyen las acciones de salud en las zonas con población indígena y plantea algunas recomendaciones que contribuirán al mejoramiento de la información sobre la magnitud de la malaria y sus determinantes en la población indígena de la Región.

¹ Argentina, Belice, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, República Dominicana, Ecuador, El Salvador, Guayana Francesa, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Suriname y Venezuela, OPS/OMS, 1998

² OPS/OMS, HCT. Informe de la situación de los programas de malaria en las Américas, con base de datos de 1998.

2. Objetivos y Metodología

2.1 Objetivos

El presente documento tiene dos objetivos relacionados entre si:

1. Contribuir al mejoramiento de la información sobre la magnitud y determinantes de la malaria en la población indígena de la Región.
2. Contribuir al fortalecimiento y desarrollo de los programas de malaria en zonas con población indígena.

2.2 Metodología

La preparación de este documento se basó en los siguientes pasos:

1. Revisión del cuestionario sobre las actividades de vigilancia de malaria (anexo 1).
2. Revisión de los instrumentos para la recolección de la información sobre la malaria en las Américas (anexo 2).
3. Revisión de los informes de las reuniones sobre la Iniciativa Hacer Retroceder la Malaria realizadas en Lima, Perú (18-22 de octubre, 1999) y en San Pedro de Macorís, República Dominicana (20-24 de noviembre, 2000).
4. Revisión del informe de la situación de los programas de malaria en las Américas, con base de datos de 1998.³
5. Revisión de varios documentos y presentaciones en *power point* sobre malaria y condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas.
6. Consulta a varios profesionales de OPS/OMS-HCT y HSO y de los ministerios de salud de algunos de los países que cuentan con población indígena afectada por la malaria.

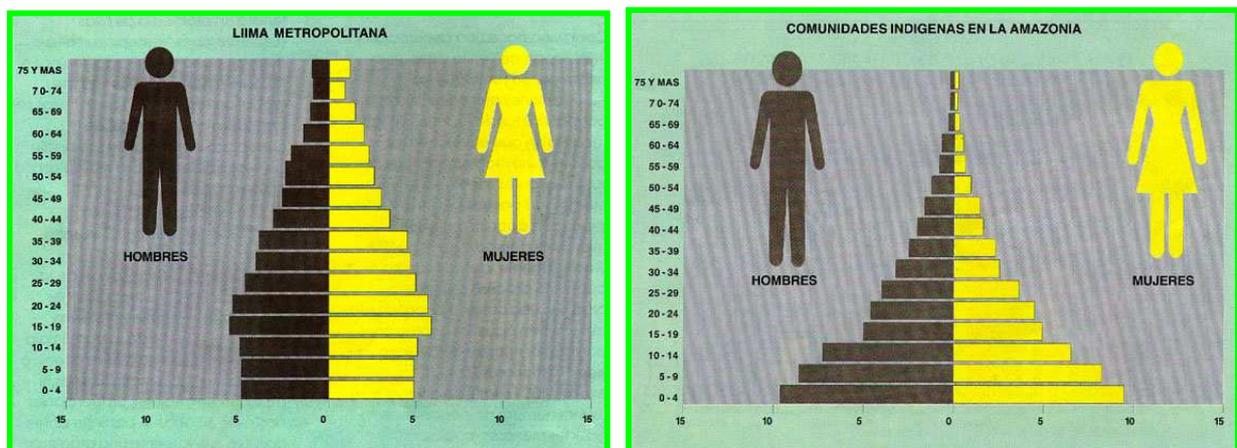
³ OPS-HCT. [HTTP://10.2.1.51/spanish/hcp/hctmalaria.htm](http://10.2.1.51/spanish/hcp/hctmalaria.htm)

3. Contexto de la malaria en la población y pueblos indígenas de las Américas

De acuerdo con las estimaciones e información existentes, 43 millones de personas indígenas distribuidas en más de 400 pueblos diferentes, representan 6% de la población total de las Américas, casi 10% de la población de América Latina y el Caribe y 27% de la población rural de América Latina.⁴

Aunque los datos disponibles sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas no siempre son completos ni pueden ser comparados entre sí, varios informes muestran la magnitud de la malaria en zonas con alta proporción de población indígena y la inequidad que los afecta. Por ejemplo, en Perú, en 1993, 49% de los casos notificados provenían de las zonas indígenas.⁵ En Guyana, en 1994, 50% de los casos reportados estaban afectando a personas indígenas entre 0 y 39 años de edad, particularmente a los niños y niñas entre 0-9 años.⁶ En Panamá, en 1999 se reportaron 988 casos de malaria, de los cuales 81% provenían de Darién, Bocas del Toro y Kuna Yala, zonas de localización de los pueblos indígenas panameños.⁷ En Honduras, 51% de los casos reportados en el 2000 estaban afectando a personas indígenas provenientes de los departamentos de Colón y Olancho, zona de asentamiento de los pueblos garífunas, pech y nahualt.⁸

La población indígena es una población eminentemente joven. De acuerdo con el Censo de 1993 de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana, 50% de la población de esta área tenía entre 0 y 14 años, en comparación con 30% en Lima metropolitana. En esta transparencia apreciamos las pirámides poblacionales respectivas. Desafortunadamente, es la población infantil la que se ve mayormente afectada por la mortalidad y morbilidad.



En promedio, la mortalidad infantil en las comunidades indígenas de la Amazonía de Perú, fluctúa entre 99 y 153 por mil niños nacidos vivos comparada con 43,0 por mil niños nacidos vivos a

⁴ Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas. Vol. I. Edición 1998. Washington, DC, 1998

⁵ OPS. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Informe sobre el análisis de la situación de los pueblos indígenas de Perú. Washington, DC: OPS; 1997. Inédito.

⁶ VCS, Grah L Validum MD. Cuadros sobre la situación de la malaria en Guyana, 1994.

⁷ OPS. Informe de Panamá, 2001.

⁸ OPS. Informe de Honduras, 2001.

nivel nacional.⁹ En 1997, la tasa nacional de mortalidad infantil en Venezuela era de 24,6 por mil nacidos vivos registrados comparada con 50,3 en el Estado Amazonas.¹⁰ En promedio, la mortalidad infantil en las comunidades indígenas de Panamá es de 84 por mil niños nacidos vivos, comparada con 17,2 por mil niños nacidos vivos a nivel nacional; 32 por diez mil niños indígenas menores de 5 años mueren por diarrea comparado con 6,4 por diez mil en el ámbito nacional.¹¹ Es decir, más de cinco veces más en comparación con el promedio nacional. En las áreas llamadas malaria inabordable, es decir donde la erradicación de los vectores o el tratamiento de la enfermedad es difícil por las condiciones físicas y sociales, la malaria es una de las principales causas de mortalidad infantil. Por las características de la población indígena podemos suponer que los datos reales de morbilidad y mortalidad son mayores a los presentados, debido al número de muertes y nacimientos que se quedan sin ser registrados.

La pobreza, el analfabetismo, el desempleo, la carencia de tierra y territorio, las altas tasas de morbilidad por causas evitables y las grandes limitantes de acceso y utilización de los servicios por barreras geográficas, económicas y culturales, son problemas que afectan a la mayoría de comunidades indígenas. Las condiciones de vida y salud en que se desenvuelven estos pueblos, se derivan, en gran parte, de la destrucción gradual del ecosistema por la sobre-explotación de recursos naturales y minerales y la implementación de monocultivos. A estos factores se han sumado desastres y fenómenos naturales y la alteración de la dinámica de vida por la presencia de olas sucesivas de colonos y colonización indiscriminada, migración, conflictos armados, obras de desarrollo, cambios en patrones de asentamiento por un avance de las llamadas fronteras vivas, y una falta de consolidación de la democracia que considere a estos pueblos como actores sociales y protagonistas dentro de las propuestas de desarrollo de los países. Estos condicionantes han generado las circunstancias para que la malaria y otras enfermedades se presenten en sus formas más graves.

⁹ INEI-UNICEF. Perú: La población de las comunidades indígenas de la Amazonía. Lima, 1997.

¹⁰ Informe de la Dirección de Salud del Estado Amazonas en OPS. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Informe sobre el análisis de la situación de los pueblos indígenas de Venezuela. Washington, DC: OPS; 1997. Inédito.

¹¹ OPS. Informe de Panamá, 2001.

4. Ampliación de la cobertura de la atención de salud para la protección, prevención y control a la población indígena afectada por la malaria

La cobertura de servicios sanitarios en la zona rural, ya de por sí baja, alcanza los niveles más críticos en las zonas indígenas. Los saberes colectivos, las prácticas, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios, cubren solamente en parte sus necesidades. A continuación se exponen los desafíos y las oportunidades que presenta la ampliación de la cobertura de la atención de salud a la población indígena.

4.1 Desafíos

La evaluación adecuada de la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de los servicios de salud de los indígenas está limitada por varios aspectos. Entre ellos se pueden nombrar los siguientes:

- Los datos nacionales utilizados en los análisis de salud son homogenizantes. Es decir, ocultan las diferencias entre los grupos de población entre los países y dentro de ellos.
- Los datos desagregados en las categorías urbano y rural, si bien son útiles y necesarios, invisibilizan a la población y pueblos indígenas, ya que la variable de etnicidad está ausente en los sistemas de información y en los análisis de salud.
- Los datos sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas provienen de fuentes heterogéneas y no pueden ser comparados entre sí. Muchos se originan en informes puntuales sobre brotes epidémicos, estudios de caso o encuestas de hogar. Varios están desactualizados o proceden de fuentes que no son consideradas oficiales, por lo que es difícil obtener información que permita evaluar adecuadamente la situación de salud, las condiciones de vida y la cobertura de la atención de salud de los indígenas.
- La variedad de definiciones¹² y términos usados al nombrar a la población y pueblos¹³ indígenas dificulta la identificación de este grupo poblacional. Por ejemplo, las denominaciones utilizadas varían de país a país, de acuerdo a los contextos sociales e históricos tomando en cuenta la lengua hablada, la ascendencia, la autoidentificación, la concentración geográfica, o la territorialidad. De igual manera, al momento de nombrar a la población indígena se han usado diferentes términos. Por ejemplo, población indígena, pueblos indígenas, pueblos originarios, pueblos autóctonos, comunidades nativas, tribus –naciones - nativos americanos (tribes – Nations - Native Americans) como en los Estados Unidos, etnias como en Honduras, grupos étnicos, primeras naciones como en Canadá, nacionalidades como en Ecuador, sociedades como en Brasil y amerindios como en Guyana. Muchos pueblos reclaman ser nombrados por sus nombres específicos, como en el caso de los maya de Guatemala, los quechuas de

¹² El Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989) de la OIT reconoce como “indígena” a aquel sector distintivo de la colectividad nacional, entendiendo como tales: “... a los pueblos en los países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenecía el país, en la época de la conquista, de la colonización, o del establecimiento de las actuales fronteras estatales, y que cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.”(Convenio No 169, Artículo 1°).

¹³ El concepto de pueblo se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un conglomerado humano en términos territoriales, históricos, culturales y étnicos que le dan un sentido de identidad (Stavenhagen R. Los derechos indígenas: algunos problemas conceptuales. Revista del Instituto Interamericano de Derechos Humanos. 1992; 15).

Ecuador, los tawahca de Honduras, los kuna de Panamá. Varios se encuentran en el proceso de recuperación de sus nombres ancestrales en oposición a los términos peyorativos que fueron implantados para nombrarlos. Por ejemplo, los tsáchilas de Ecuador antes denominados colorados; los ngöbe de Panamá, antes denominados guaymíes.

- La heterogeneidad étnica y cultural de los pueblos indígenas, que incluye diferencias geográficas (rurales, de aislamiento y urbanas) así como diferencias culturales, de tradiciones e idioma, dificulta la adopción de un sólo programa o modelo de atención sanitaria o de una sola estrategia nacional en el mejoramiento de la información sobre las condiciones de vida y salud de estos pueblos.
- Varios países han adoptado la postura de que no tienen pueblos indígenas, o que todos sus ciudadanos tienen los mismos derechos y deberes y por lo tanto las mismas oportunidades de acceso a la atención de salud; argumentan que no hay necesidad de dirigir su atención a un grupo étnico específico.¹⁴

4.2 Oportunidades

- La mayoría de los países de la Región se encuentran implementando procesos de Reforma del Sector Salud en el marco de la descentralización. Las áreas objeto de los cambios que las reformas buscan introducir se relacionan, principalmente, con el modo de ejercer las funciones de rectoría, organización, provisión y financiamiento de los sistemas de salud.¹⁵
- Un elemento sustancial presente en muchas reformas consiste en redefinir los roles del gobierno central y los gobiernos regionales y locales en la gestión de los sistemas y servicios de salud, para cumplir los mandatos derivados del proceso de modernización del Estado y garantizar la atención prioritaria a los grupos más postergados o vulnerables.¹⁶ En general, son los municipios (gobiernos locales) los que se encargan de llevar a cabo las actividades de salud pública a nivel local y algunos de ellos, aunque todavía muy pocos, ya tienen control sobre los recursos financieros.¹⁷ En este contexto, la representatividad de la comunidad en los diversos niveles de gestión cobra importancia.
- La presencia de resoluciones internacionales y nacionales que favorecen el desarrollo de los pueblos indígenas y han sido endosadas por los países de la Región, facilitan las acciones de salud que priorizan a estos pueblos.
- Los procesos de ejecución de la Iniciativa Hacer Retroceder la Malaria, de la Estrategia AIEPI y de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas en los países de las Américas, presentan oportunidades de coordinación que contribuyen a la implementación de intervenciones adaptadas a las necesidades locales y basadas en la evidencia.

¹⁴ OPS. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Informe de Progreso. Washington, DC. EUA. 1998.

¹⁵ OPS. La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los procesos de reforma del sector salud. Washington, DC, 1998.

¹⁶ OPS. La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud. Washington, DC, 1998.

¹⁷ OPS. Informe de la situación de los programas de malaria en las Américas (con base de datos de 1998)

[HTTP://10.2.1.51/spanish/hcp/hctmalaria.htm](http://10.2.1.51/spanish/hcp/hctmalaria.htm)

5. Fortalecimiento y desarrollo de los Programas de Malaria en zonas con población indígena: aspectos a considerar

Las observaciones y reflexiones que a continuación se exponen, aunque son particularmente importantes para la evaluación y abordaje de la malaria en la población indígena, pueden ser relevantes en la atención de la salud de la población en general. Éstas tienen como marco de referencia la siguiente definición de vigilancia epidemiológica:

La *vigilancia epidemiológica* es un proceso continuo y sistemático de recolección, análisis e interpretación de información sobre salud-enfermedad que permite conocer el comportamiento y, en ocasiones, las causas y determinantes de las enfermedades, con el objetivo primordial de realizar medidas de prevención y control pertinentes (CDC, 2001). Es decir, la vigilancia epidemiológica es un sistema de inteligencia en salud que nos proporciona información para la acción.

5.1 Aspectos fundamentales

A continuación se presentan los factores considerados esenciales en el abordaje de la malaria en zonas con población indígena. En cada uno de ellos se explica la relevancia, los avances y las recomendaciones para continuar el progreso en cada una de las áreas identificadas.

5.1.1 Indicadores demográficos

Relevancia

Conocer el número de personas indígenas que forman parte de la población nacional y de las diferentes unidades administrativas (distritos, municipios, cantones, departamentos, áreas de salud) es fundamental. Por ejemplo, el cálculo de las tasas de incidencia no es posible sin el tamaño de la población para los denominadores. Los datos deberían incluir la edad, sexo, ocupación, residencia y pertenencia étnica. En general, los informes de los países, indican que son las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años los más afectados por la malaria. La información desagregada por edad y género es primordial, igualmente la generación de indicadores que permitan el monitoreo del impacto demográfico de la malaria en las comunidades pequeñas.

Avances

Aunque son pocos los países en la Región, que de una manera rutinaria, en sus estadísticas y análisis incluyen indicadores demográficos sobre la población indígena, este tipo de datos ha sido incluido en varios censos y estudios. Por ejemplo en:

- Bolivia en el Primer Censo Indígena Rural de Tierras Bajas de 1994.
- Perú en el I Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana de 1993.
- Panamá en el documento: “Salud de los Pueblos Indígenas: Un análisis de las condiciones de salud de las poblaciones indígenas de Panamá”¹⁸.

¹⁸ Ministerio de Salud, Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Sección de Salud de los Pueblos Indígenas, Panamá, 2000.

- México, por otra parte, al hacer un análisis comparativo utilizando los datos de los municipios con menor y mayor proporción de población indígena, indica que con datos de 1994, en los municipios con menos de 10% de población indígena, 18% era pobre. Entre los que tenían de 10% a 40% de población indígena, 46% de la población era pobre, y en los municipios donde más de 70% era población indígena, más del 80% era pobre.¹⁹

Recomendaciones

- Incluir la desagregación de la información por población y pueblos indígenas en cada uno de los ámbitos geográficos (áreas) y casos considerados en los instrumentos para la recolección de la información sobre la malaria en las Américas:

Población indígena		Mujeres indígenas en edad reproductiva		Niños indígenas menores de cinco años	
Total	%	Total	%	Total	%

- Los análisis como el presentado por México, pueden ser útiles para caracterizar a la población afectada por la malaria. Se recomienda, por ejemplo, hacer uso de la información secundaria sobre las zonas en las que ancestralmente han sido de localización de los pueblos indígenas, y compararlas con las zonas afectadas por la malaria.

5.1.2 Localización de la población y pueblos indígenas

Relevancia

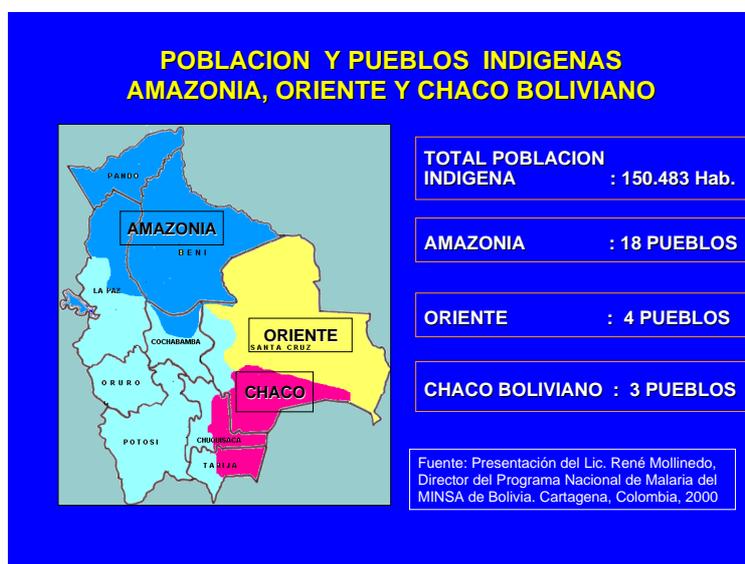
Una característica también importante que influye en la atención de la salud de la población indígena es la localización de estos pueblos. Se puede afirmar que, en general, las poblaciones indígenas son poblaciones dispersas, en algunos casos móviles y en su mayoría localizadas en zonas urbano-marginales, rurales, fronterizas y de difícil acceso. Sin embargo, no solamente es importante conocer la localización de la población indígena, sino la de los pueblos indígenas y la delimitación de sus zonas de asentamiento. Por lo general, estos límites no corresponden a las fronteras establecidas por los países y varios pueblos comparten zonas fronterizas dentro del país y entre los países. Un mapa supranacional de las Américas nos mostraría la presencia viva de pueblos indígenas multinacionales como, por ejemplo, los Maya de México, Guatemala y Belice, los Miskito de Nicaragua y Honduras, los Yanomami de Brasil y Venezuela, los Guaraníes de Bolivia, Brasil, Argentina y Paraguay, los Bri Bri de Costa Rica y de Panamá, los Maroons y Wayana de Suriname y Guayana Francesa y los Garífuna de Belice, Guatemala, Honduras y Nicaragua. Los ríos que en varios casos los separan, no son una frontera sino una fuente común de vida para los pueblos que viven en sus orillas, como sucede en el caso del río Coco del Misquito de Honduras y Nicaragua, y el río Maroní de los Wayana y Maroons de Suriname y Guayana Francesa.

Avances

¹⁹ OPS. La Salud en las Américas. Vol. I, Edición 1998. Washington DC, 1998.

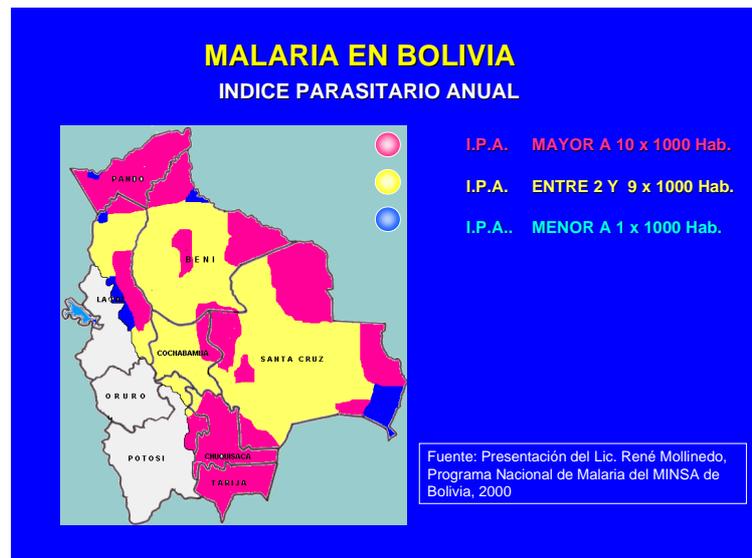
En el marco del proceso de descentralización y ampliación de la cobertura de la atención de la salud a los sectores poblacionales excluidos, varios países se encuentran desarrollando acciones tendientes a la caracterización de estas poblaciones, entre ellas las indígenas, por ejemplo:

- En Colombia, en el contexto del proyecto “La Salud de las Comunidades Indígenas: Mejoramiento de las Condiciones Ambientales en las Comunidades Indígenas”, se ha realizado el Inventario Sanitario Nacional de las Comunidades Indígenas”.²⁰ El documento contiene información detallada de los 81 pueblos indígenas que forman parte de la población indígena del país. Por ejemplo, muestra la distribución de esta población y pueblos según los departamentos, los resguardos indígenas constituidos por departamento, además de un directorio detallado de instituciones que cuentan con información sobre agua potable y saneamiento básico en las comunidades indígenas.
- En Bolivia, de acuerdo con el Lic. René Mollinedo, Director del Programa de Malaria de la Secretaría de Salud de Bolivia, en el marco de la estrategia del Escudo Epidemiológico y como parte de las actividades de implementación de la Iniciativa Hacer Retroceder la Malaria, se ha realizado un mapeo de las áreas de riesgo de acuerdo al IPA (índice parasitario anual), y se han identificado a los pueblos indígenas afectados: en la Amazonía 18 pueblos indígenas, en el Oriente 4 y en el Chaco 3. Las acciones de control y prevención de la malaria se verán beneficiadas por este tipo de información, ya que permitirá que el personal de salud tome en cuenta las particularidades de estos pueblos en su atención.



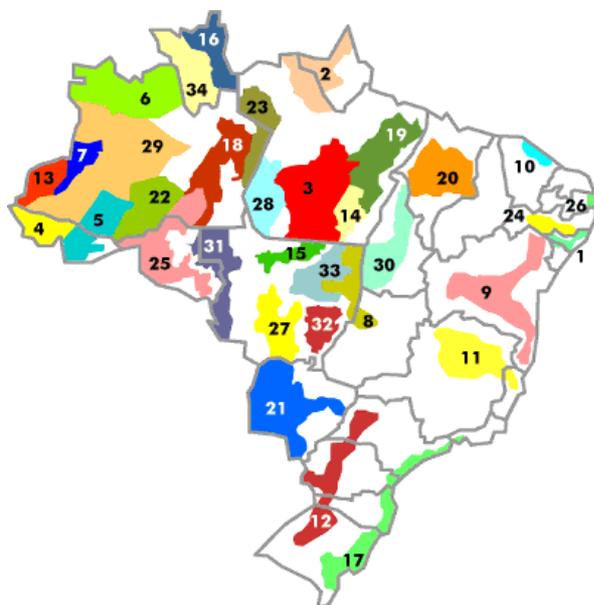
²⁰ Hurtado Gálvez, L. Inventario Sanitario Nacional de las Comunidades Indígenas. Informe de Avance 1. Colombia, 2001

- En Brasil, desde agosto de 1999, el Ministerio de Salud, por intermedio de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), asumió la responsabilidad de estructurar el Subsistema de Atención a la Salud Indígena, articulado con el Sistema Único de Salud (SUS). Este Subsistema está organizado en 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas (DISEI). Los DISEI fueron definidos en un proceso consultivo con las comunidades indígenas y los profesionales e instituciones de salud. La definición de estas áreas se basó no solo en los criterios técnicos, operativos y de distribución geográfica, sino que se respetó la cultura, las relaciones políticas y la distribución demográfica tradicional de los pueblos indígenas. Por lo cual, no necesariamente coincide con los límites de los estados o municipios.²¹ Para tener información aproximada de lo que ocurre con la población indígena, en lo que se refiere a la malaria, se podría sobreponer al mapa de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas, el mapa de las áreas málaricas en Brasil.



²¹ <http://www.funasa.gov.br/ind/ind01.htm>

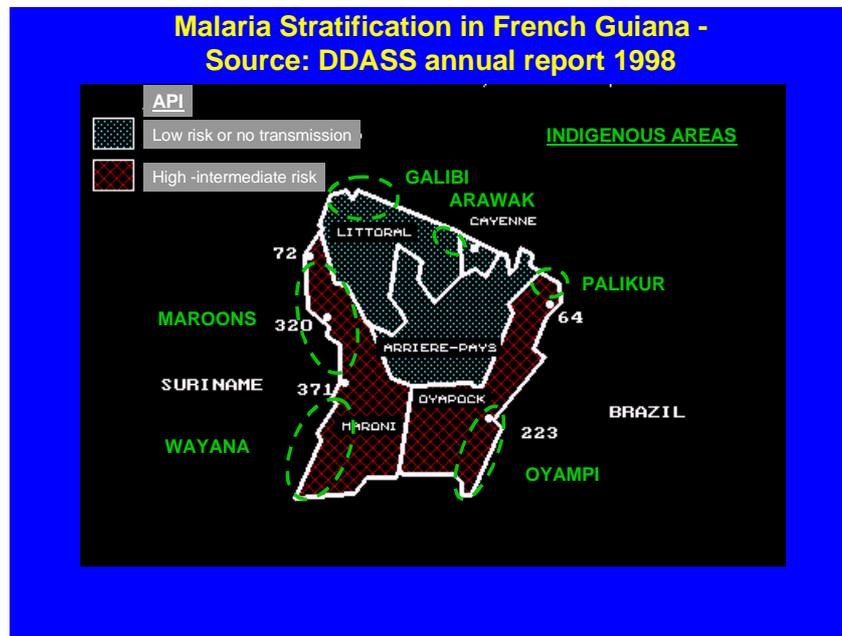
Distritos Sanitarios Especiales Indígenas



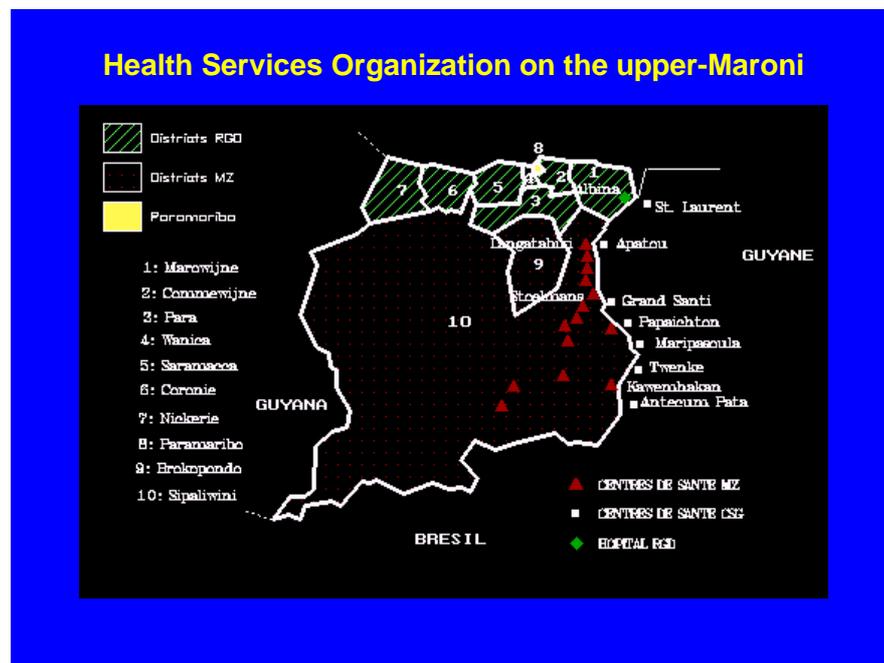
- | | |
|---|--|
| 1 - Alagoas e Sergipe - AL/SE | 18- Manaus - AM |
| 2 - Amapá e Norte do Pará - AP/PA | 19- Guamá-Tocantins - PA |
| 3 - Altamira - PA | 20- Maranhão - MA |
| 4 - Alto Rio Juruá - AC | 21- Mato Grosso do Sul - MS |
| 5 - Alto Rio Purus - AC/AM | 22- Médio Rio Purus - AM |
| 6 - Alto Rio Negro - AM | 23- Parintins - AM/PA |
| 7 - Alto Rio Solimões - AM | 24- Pernambuco - PE |
| 8 - Araguaia - GO/MT | 25- Porto Velho - RO/AM |
| 9 - Bahia - BA | 26- Potiguara - PB |
| 10- Ceará - CE | 27- Cuiabá - MT |
| 11- Minas Gerais e Espírito Santo - MG/ES | 28- Rio Tapajós - PA |
| 12- Interior Sul - SP/PR/SC/RS | 29- Médio Rio Solimões e Afluentes -AM |
| 13- Vale do Javari - AM | 30- Tocantins - TO |
| 14- Kayapó - PA | 31- Vilhena - RO/MT |
| 15- Kayapó - MT | 32- Xavante - MT |
| 16- Leste de Roraima - RR | 33- Parque Indígena do Xingú - MT |
| 17- Litoral Sul - RJ/SP/PR/SC/RS | 34- Yanomami- RR/AM |

Fuente: <http://www.funasa.gov.br/ind/ind01.htm>

- Las actividades Interfronterizas, en el contexto de la Iniciativa Hacer Retroceder la Malaria, han permitido el mejor conocimiento de las zonas y de la población afectada por la malaria. Además se han identificado desafíos y oportunidades del trabajo colaborativo. Por ejemplo, de acuerdo al Dr. Sylvain Aldighieri, CAREC, en el denominado Escudo Guyanés, zona compartida por Brasil, Guayana Francesa, Suriname, Guyana, Venezuela, los desafíos incluyen el trabajo coordinado entre cinco países que tienen cinco diferentes idiomas -sin incluir los idiomas indígenas-; los sistemas de salud con diferentes estructuras organizativas; los diferentes sistemas de información y los diferentes protocolos de tratamiento. En Guayana Francesa y Suriname, la zona con el IPA (índice parasitario anual) más alto es el área fronteriza del río Maroní donde viven aproximadamente 25.000 Maroons y Amerindios. Guayana Francesa ha estratificado las áreas de alto y bajo riesgo respecto a la malaria, además ha localizado a los pueblos indígenas en estas zonas y ha identificado los servicios de salud disponibles en ambos lados de la frontera. Este tipo de información facilitará la planificación de las acciones de atención de la población indígena afectada por la malaria.



Fuente: Dr. Syvain Aldigheri, Epidemiólogo, CAREC



Recomendaciones

- Elaborar y/o utilizar mapas de localización de la población y pueblos indígenas en la planificación de las acciones de salud hacia estos pueblos.
- Considerar la localización interfronteriza en el establecimiento de responsabilidades en la atención de salud de esta población tanto dentro de las unidades políticas dentro del país, como entre los países.

5.1.3 Indicadores de mortalidad y morbilidad por grupo étnico

Relevancia

Como se indicó anteriormente, de acuerdo a la información disponible, son las mujeres embarazadas y los niños menores de 5 años, las personas más afectadas por la malaria y por sus consecuencias. En este sentido, sería necesario contar con información desagregada por edad y sexo en la población indígena. Estos datos apoyarían también a los procesos de implementación de la Estrategia AIEPI. Respecto a los datos de mortalidad, una de las dificultades mencionadas en los reportes de los países es la utilización de tasas o números aislados. Para evitar confusiones sería preferible contar con cifras que indiquen el número de muertes por malaria.

Las condiciones medioambientales, así como el estado de salud subyacente determinan la gravedad de la enfermedad y las posibilidades de recuperación en las personas que las padecen. Al respecto, los datos sobre las causas de morbilidad y mortalidad de la población afectada por la malaria son de especial importancia. Por ejemplo, la desnutrición y sus consecuencias son un denominador común en la población de muchas comunidades indígenas, así como la falta de acceso a los servicios de saneamiento básico. Éstos están entre los factores que agravan los efectos de la malaria en la población indígena, especialmente en las madres y niños indígenas.

Avances

Aunque hay limitaciones en la información disponible, varios países han presentado documentos sobre el análisis de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas. Por ejemplo, El Salvador, en 1999 publicó el documento “Pueblos Indígenas, Salud y Condiciones de Vida en El Salvador y Panamá”, en el 2000, publicó el documento “Salud de los Pueblos Indígenas: un análisis de las condiciones de salud de las poblaciones indígenas de Panamá”. Además, existen estudios que dan fe de la inequidad que afecta a la población indígena:

- En cuanto a la mortalidad infantil, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Vivienda de 1997, Panamá indica que tiene una tasa de 17,6 por 1.000 nacidos vivos en el ámbito nacional. En las áreas indígenas, esta tasa cuadruplica el valor promedio nacional, estimándose en 60 por 1.000 nacidos vivos, aunque en algunos lugares las cifras son superiores a 84 por 1.000 nacidos vivos.²² Por otra parte, según el informe enviado por Panamá para la preparación de la edición de 2002 de la publicación científica No 569 “La Salud en las Américas”, en 1999 se reportaron 988 casos de malaria, de los cuales 81% provenían de Darién, Bocas del Toro y Kuna Yala, zonas de

²² Encuesta Nacional de Vivienda 1997, en Salud de los Pueblos Indígenas: un análisis de las condiciones de salud de las poblaciones indígenas de Panamá, Panamá, 2000.

localización de los pueblos indígenas panameños.²³ Al analizar los datos de la mortalidad infantil respecto a la malaria, se podría concluir que muchas muertes estarían relacionadas con esta enfermedad.

- En Brasil la mortalidad por malaria (25,4%) es la principal causa de muerte entre los yanomami del estado de Roraima, seguida de neumonías (11,6), causas externas (10,0%) y tuberculosis (6,6%).²⁴
- Respecto al estado nutricional de la población indígena, Venezuela reporta que en 1995 los porcentajes de desnutrición en los niños indígenas menores de 2 años fueron más altos que el promedio nacional (13,8%) en los estados de Delta Amacuro (21, 3%), Apure (17,5%), Amazonas (16,9%) y Trujillo (16,4%). En los tres primeros la población indígena es mayoritaria y en todos hay necesidades básicas insatisfechas.²⁵ En 1993, en los pueblos garífuna y misquito de Honduras, 78% y 96% respectivamente de los niños menores de 12 años padecían desnutrición.²⁶ En 1995, en Belice, los niños mayas en edad escolar mostraron un retardo mayor del crecimiento en comparación con los niños de los otros grupos étnicos.²⁷
- En México, con respecto a los servicios de saneamiento básico, en los municipios con alta proporción de población indígena, solo el 38,1% dispone de agua entubada y 15,7% de drenaje, mientras a nivel nacional, 79,4% dispone de agua potable y el 63,6% de drenaje.²⁸

Recomendaciones

- Caracterización del perfil de morbimortalidad en la población indígena afectada por la malaria.
- Caracterización del perfil de morbimortalidad de las mujeres embarazadas y de los niños menores de cinco años afectados por la malaria.

²³ OPS. Informe de Panamá 2001. Documento en revisión

²⁴ Lobo C. Ocaso Yanomami do Brasil: Uma proposta estratégica de vigilância epidemiológica [tesis de Maestría en Salud Pública/Fiocruz]. Rio de Janeiro, Brasil, Escuela Nacional de Salud Pública, 1996.

²⁵ OPS. Informe de Evaluación de la Estrategia Salud Para Todos. III Evaluación: Venezuela. Venezuela, 1997.

²⁶ OPS. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Informes sobre el análisis de la situación de los pueblos indígenas de Honduras. Washington, DC: OPS; 1997. Inédito.

²⁷ The Government of Belize, Ministry of Education, Pan American Health Organization, Institute of Nutrition of Central America and Panama, United Nations Children's Fund, Development Programme. Closing the Gap: National Height Census of School Children in Belize, 1996. Belize: Ministry of Education:1996

²⁸ Secretaría de Salud, Instituto Nacional Indigenista. La salud de los pueblos indígenas en México. México: Instituto Nacional Indigenista; 1993.

5.1.4 Sistemas y Servicios de Salud: Indicadores de acceso y cobertura

Relevancia

La Iniciativa Hacer Retroceder la Malaria complementa las actividades de la Estrategia Global para el Control de la Malaria (EGCM) adoptada en Amsterdam en 1992. La EGCM se basa en cuatro principios técnicos: 1) diagnóstico temprano y tratamiento inmediato; 2) aplicación de medidas de protección y prevención para el individuo, la familia y la comunidad, incluida la lucha antivectorial; 3) desarrollo de la capacidad para predecir y contener epidemias; 4) fortalecimiento de la capacidad local en investigación básica y aplicada para permitir y promover la evaluación sistemática de la situación de la malaria de un país, en particular los factores ecológicos, sociales y económicos determinantes de la enfermedad.²⁹ La efectivización de estos principios técnicos en las zonas con población indígena, requiere la presencia de recursos humanos capacitados y una red de servicios con capacidad resolutoria oportuna y eficiente adaptada a las condiciones de vida, perfil epidemiológico y recursos de la población. En este sentido, es importante la obtención de información sobre el número de establecimientos de salud que conforman los distintos niveles de atención de la red de servicios, el número de trabajadores de salud (profesionales, técnicos, técnicos medios, promotores de salud, etc.), el tipo de servicio (gratuito, pagado), número de laboratorios donde se hace el diagnóstico de malaria, accesibilidad a los antimaláricos (gratuitos, pagados) y accesibilidad, en general, a la atención de salud en referencia a las barreras económicas, sociales, culturales y geográficas. De igual manera, es importante conocer los recursos no gubernamentales. En muchos casos, las ONG y las iglesias son las instituciones que proporcionan atención regular en las zonas indígenas.

Avances

En el marco de los procesos de reforma sectorial, los países de la Región de las Américas han hecho varios esfuerzos por determinar el perfil y la dinámica de los diferentes niveles de la atención de salud. Sin embargo, aunque la información específica sobre los indicadores de acceso y cobertura de la atención de salud es escasa, existen experiencias que merecen ser presentadas. Por ejemplo,

²⁹ OPS/OMS, HCT. Informe de la situación de los Programas de Malaria en las Américas, con base de datos de 1998.

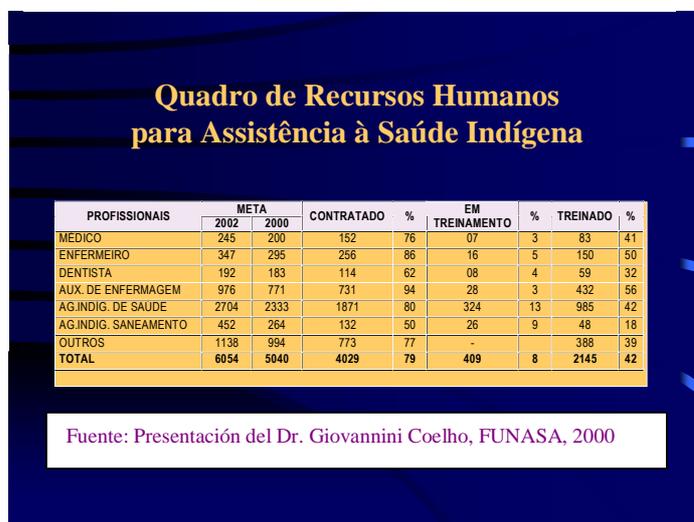
- En cuanto a la localización de los servicios de salud respecto a las zonas con población indígena, Guayana Francesa y Suriname han identificado las áreas fronterizas donde se localizan estos servicios.



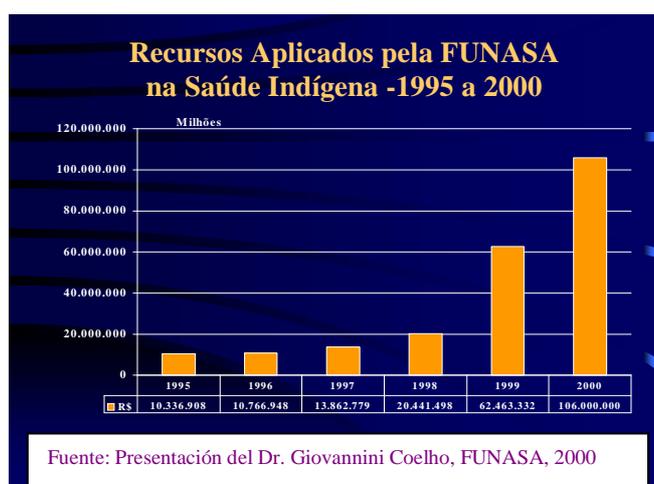
- En referencia a la estructura de la red de servicios, Brasil ha especificado los niveles de atención del Subsistema de Atención a la Salud Indígena.



- Con respecto a los recursos humanos disponibles en las zonas con población indígena, Brasil ha presentado datos que muestran los recursos humanos contratados, aquellos que están en entrenamiento y las metas propuestas en cuanto a disponibilidad de personal de salud hasta el 2002.



- Además, existen datos aislados que muestran la inequidad en cuanto a la distribución de recursos humanos en zonas de población indígena. Por ejemplo, en Perú, según estadísticas del Ministerio de Salud, en 1992 existía una proporción de 2,77 médicos por 10.000 habitantes en el ámbito nacional, comparada con 4,75 en Lima y 0,9 en el departamento de Amazonas, zona predominantemente indígena.³⁰
- Sobre los recursos financieros invertidos en la salud de la población indígena, Brasil ha presentado información sobre los recursos aplicados por la FUNASA en salud indígena entre 1995 y el año 2000.



³⁰ OPS. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Informes sobre el análisis de la situación de los pueblos indígenas de Perú. Washington, DC: OPS; 1997. Inédito.

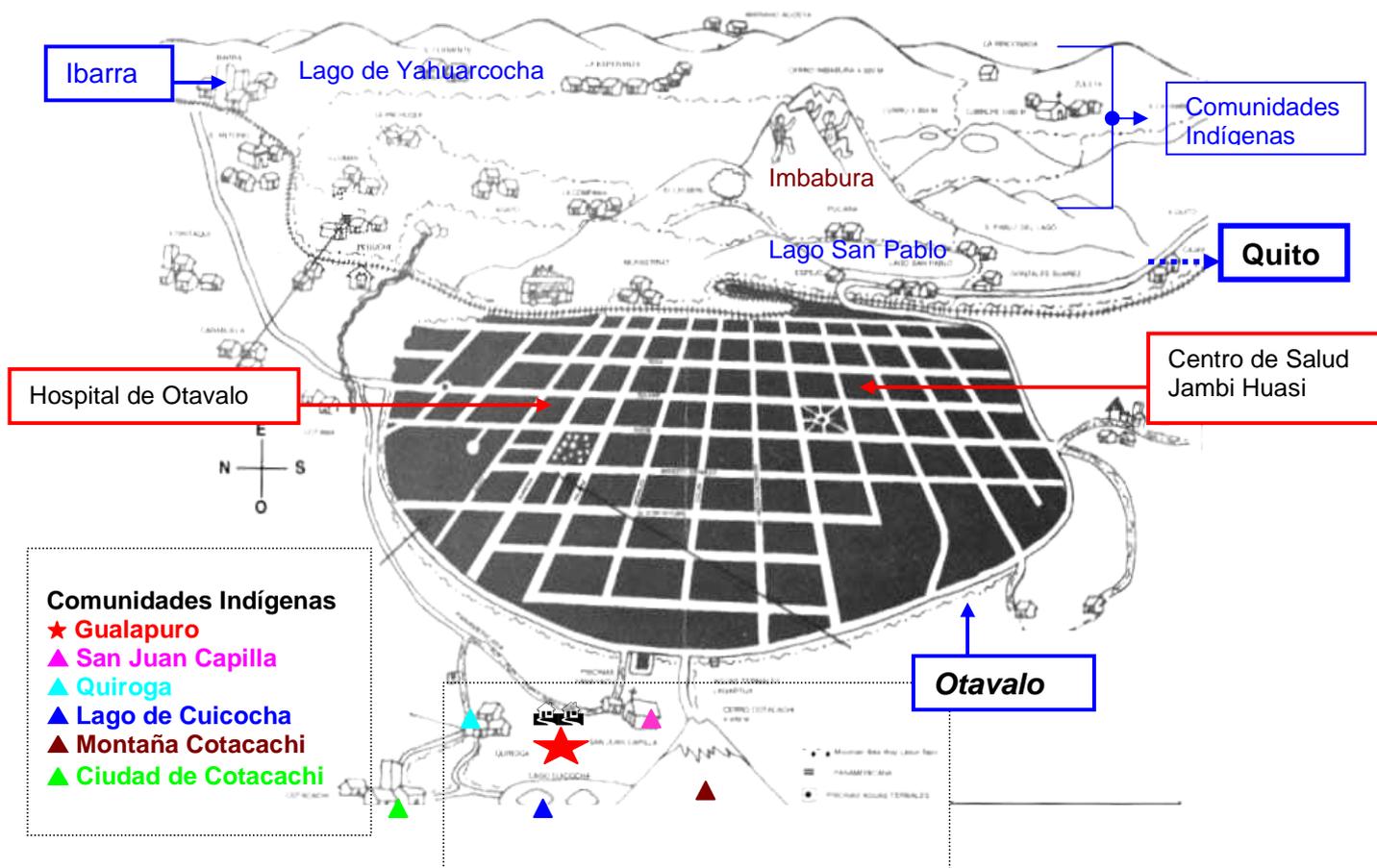
- En cuanto al acceso a la atención de salud, Bolivia presenta datos que reflejan las barreras en la atención de salud de la población indígena y las preferencias en cuanto a la atención de salud disponible. Por ejemplo, respecto al pueblo aymará indica que en 1994 el acceso a los servicios de medicina occidental osciló de 11% a 65%, registrándose la cifra más baja en el norte de La Paz. La proporción más alta de población sin acceso a ningún tipo de servicios (más de 30%) se encuentra en las provincias de Los Andes, Pacajes y Pando en La Paz. Los que más recurren a la automedicación son los habitantes de Tamayo, Nor Yungas y Larecajas de este mismo departamento. Más de 10% de la población aymará (a excepción de Murillo en La Paz y Cercado en Oruro) recurrió a la medicina tradicional, y en las provincias de Tamayo, Camacho, Muñecas y Aroma en La Paz y de San Pedro de Totora, Litoral y Nor Carangas en Oruro el porcentaje fue más del 30%. En referencia al pueblo Quechua, se afirma que el acceso a los servicios médicos es similar al de la región aymará. En provincias como Oropeza y Tomás Frías, 70% de la población accede a los servicios de salud, mientras que en otras como Tapacará solo 11% tiene acceso a dichos servicios. La preferencia por la medicina tradicional es muy marcada, en especial en las provincias del norte de Potosí (85% de la población recurre a ella en Charcas, 70% en Ibáñez, 69% en Bilbao y 52% en Chayanta). Algo similar sucede en la periferia sur de Cochabamba, provincias Bolívar y Arque, donde más de 55% de la población opta por la medicina tradicional; en estas dos provincias se encuentra también el mayor porcentaje de personas que no tienen acceso a ningún tipo de servicio de salud (14% y 20%, respectivamente).³¹ Este tipo de información referente a las zonas donde habita la población indígena afectada por la malaria, apoyaría las acciones en salud, no solamente en el ámbito de los servicios de salud y con las estrategias de la medicina convencional, sino tomando en cuenta los recursos y saberes comunitarios.
- En cuanto al acceso geográfico y económico, existen estudios de caso que se refieren a estos parámetros. El acceso geográfico en las comunidades indígenas varía de acuerdo a las condiciones climáticas y a la disponibilidad horaria del transporte. Por su parte en el acceso económico, se deberá considerar no solamente la posibilidad de pagar el transporte para llegar al centro de salud, sino la posibilidad de pagar las medicinas, la comida, la estadía si el caso lo amerita, no únicamente del paciente sino también de los acompañantes. El ejemplo de lo que ocurre en la comunidad indígena de Gualapuro aunque no es una zona malárica, puede servir para ilustrar estas dificultades en el acceso a la atención de salud (ver gráfico: Otavalo y Gualapuro en Ecuador). La comunidad indígena de Gualapuro está localizada en el Cantón Otavalo, en Ecuador. La única vía de comunicación de Gualapuro con la ciudad de Otavalo es un camino local transitable para vehículos, solamente en el verano. Utilizando este método de transporte llegar a Otavalo toma 15 minutos. Sin embargo, caminar es la forma más común de transporte para los miembros de esta comunidad y por este medio, llegar a Otavalo requiere un viaje de una hora.³² La comunidad dispone de un “botiquín comunitario” y los centros de salud más cercanos están en la ciudad de Otavalo. Existen autobuses y vehículos privados que prestan servicio de transporte, pero su disponibilidad es limitada. Los autobuses están disponibles de 7 a.m. a 6 p.m.; sin embargo, la frecuencia es un problema. Por lo general, hay cuatro buses al día. Ir al hospital por autobús toma 15 minutos y cuesta \$2.600 sucres (10centavos de dólar) el viaje de ida y vuelta. Cuando no hay autobuses, la gente contrata un vehículo privado que está disponible todo el día, aunque algunas veces cuando es tarde en la noche los conductores privados no desean prestar el servicio. El costo de este servicio es 60.000 sucres (US\$2.04), en el

³¹ OPS. La Salud en las Américas. Edición 1998. Vol. II. Publicación científica No 569. Washington, DC. 1998

³² Rojas, R. Understanding Health Care of the Indigenous Children: the case of Gualapuro, Ecuador. Washington, DC, 2000.

día y 100.000 sucres (US\$4.00), en la noche, ida y vuelta. Este costo es sumamente elevado considerando que los ingresos de las personas indígenas en promedio llega a US\$250.00 por año. Si el paciente no tiene dinero, lo cual generalmente es el caso, la comunidad lo apoya. Si no es posible conseguir este apoyo, los pacientes y sus familias tienen que caminar a Otavalo. Como se observa en el gráfico, en algunas ocasiones la cercanía geográfica aparente no garantiza el acceso real a los servicios de salud disponibles. Esta información y visualización apoya a la generación de estrategias alternativas que permitirán el acercamiento de la atención de salud a la población indígena.

Otavalo y Gualapuro en Ecuador



Fuente: Adaptado de Ilustre Municipio de Otavalo, 2000, en Rojas. R, 2000

Recomendaciones

- Disponer del perfil de la red de atención de salud de las zonas con población indígena afectada por la malaria. Es deseable que el perfil tome en cuenta los siguientes aspectos:
 - Inventario y localización (mapeo) de los servicios proporcionados tanto por el gobierno, como por otras instituciones públicas y privadas.
 - Capacidad resolutoria de los servicios
 - Sistema de referencia y contrarreferencia

- Recursos humanos disponibles
- Financiamiento, infraestructura e insumos
- Cobertura (acceso³³ + utilización) y calidad (técnica y percibida) de la atención de salud
- Estrategias de ampliación de cobertura

5.1.5 Organización social y estilos de vida

Relevancia

La participación social legítima de los pueblos indígenas requiere la presencia activa de los líderes indígenas, las autoridades indígenas propias y de la comunidad. Esto requiere un mejor conocimiento de la “jerarquía” indígena y de los mecanismos de consulta de estos pueblos. Varios líderes, como los presidentes de las organizaciones/asociaciones indígenas tienen funciones mayoritariamente políticas y otros como los shamanes, son líderes espirituales. En este sentido, además de conocer a los integrantes de los gobiernos seccionales locales, es importante saber quiénes son las autoridades indígenas y quiénes sus representantes legítimos. Por ejemplo, en algunas comunidades existen alcaldes indígenas, en otras, consejos de ancianos y en todas, líderes informales que son respetados por la comunidad.

De igual manera, es importante conocer los estilos de vida de la población indígena y saber si sus principales actividades de sustento son la agricultura, minería, pesca u otras. Aunque las condiciones económicas han acelerado los procesos migratorios de estas poblaciones hacia los centros urbanos e inclusive fuera de sus países de origen, para muchos pueblos la migración temporal o la movilidad permanente forma parte de la dinámica de vida, como ocurre con los chimbu-quichuas de Ecuador y los bri-bri de Panamá y Costa Rica. Este tipo de información dará el contexto a los factores de riesgo en referencia a la malaria y su abordaje.

Avances

En general, este tipo de estudios ha merecido la atención de las ciencias sociales y existen numerosas publicaciones sobre investigaciones etnográficas y descriptivas. Este conocimiento es todavía incipiente en las ciencias de la salud, sin embargo, existen ejemplos de acciones que están tomando en cuenta la organización social y los estilos de vida en las acciones de salud.

- De acuerdo con el Dr. Fernando Vizcaíno, Jefe del Programa de Malaria del Ministerio de Salud de Panamá, en la implementación del plan de trabajo de las actividades en el marco de la Iniciativa Hacer Retroceder la Malaria, se ha contactado a las autoridades indígenas y se contempla visitas a localidades indígenas por parte de la comisión interinstitucional. De igual manera se ha previsto la realización de estudios de investigación para determinar los movimientos migratorios fronterizos y detectar oportunamente los casos de malaria y evitar los brotes. Entre los medios necesarios de transporte para el trabajo en las zonas afectadas por la malaria, además de los vehículos motorizados, lanchas y motocicletas, se han incorporado seis cayucos y seis piraguas. Los cayucos y piraguas son usados en el transporte diario por los pueblos indígenas panameños.

³³ El análisis del acceso a la atención de la salud deberá considerar los factores económicos, sociales, geográficos y culturales que determinan el acceso real de la población a la atención de salud.

- En Brasil, el Subsistema de Atención de la Salud Indígena está conformado por equipos multidisciplinarios que tienen un entrenamiento introductorio que contempla conceptos antropológicos, el análisis del perfil epidemiológico de la región y una capacitación que los habilita a participar en la formación de los agentes indígenas de salud. Además, los Consejo Locales y Distritales de Salud Indígena tienen un rol muy importante en la estructura de este subsistema. Los Consejos Distritales tienen como atribución fundamental la aprobación del Plan Distrital de Salud y el acompañamiento y evaluación de su ejecución y de la aplicación de los recursos. Los Consejos Locales están formados por representantes de las comunidades indígenas, incluyendo los líderes tradicionales, los caciques y los terapeutas tradicionales (Pajés), que serán escogidos por los miembros de sus propias comunidades y que tendrán como atribución principal la identificación de las necesidades de salud específicas de sus pueblos.³⁴

Recomendaciones

- Promover el conocimiento de la estructura organizativa social de los pueblos
- Promover el conocimiento de los estilos de vida y la identificación de los factores de riesgo en las poblaciones y pueblos indígenas afectados por la malaria
- Promover la incorporación de los líderes indígenas formales e informales en las instancias de coordinación de las acciones en el combate de la malaria, en los diferentes ámbitos del país.

5.1.6 Recursos Comunitarios

Relevancia

En general, 30% de la población de las Américas carece de acceso a la atención de salud proporcionada por los gobiernos. Esta cifra es mayor en la población indígena, como lo demuestra el ejemplo de Bolivia citado anteriormente en la sección sobre acceso a la atención de salud. Si bien varios países han enfatizado en la formación de promotores de salud (agentes comunitarios de salud, trabajadores voluntarios) seleccionados por las mismas comunidades indígenas, al no disponer de la atención institucional, la población indígena ha desarrollado estrategias comunitarias basadas en el saber ancestral y en su cosmovisión sobre las plantas medicinales que van más allá del conocimiento. La información sobre los recursos comunitarios apoyaría la sostenibilidad de las acciones en salud en las zonas con población indígena.

Avances

En cuanto a la formación de recursos humanos indígenas, Brasil, indica que la formación de agentes indígenas de salud ocurre de una manera continua bajo la responsabilidad del equipo multidisciplinario. El proceso de formación tiene como marco la Ley de Directrices y Bases de la Educación que preconiza la enseñanza dirigida al desarrollo de competencias/habilidades, con miras a la profesionalización en los niveles medio (técnico) y superior (tecnológico).³⁵

En cuanto a los recursos comunitarios, el uso de las plantas medicinales en el tratamiento y control de la malaria y otras enfermedades ha sido reportado en varios estudios etnobotánicos.

³⁴ <http://www.funasa.gov.br/ind/ind01.htm#2>

³⁵ <http://www.funasa.gov.br/ind/ind01.htm#2>

Además, se tiene conocimiento de que en varios países como por ejemplo Guatemala y Belice, están en curso estudios de investigación sobre plantas medicinales usadas por la comunidad en el control vectorial y en el tratamiento de la malaria. Sin embargo, hay un acuerdo general de que se necesita más investigación para identificar y verificar la seguridad y efectividad de estos tratamientos. Es necesario encontrar un balance entre financiar estudios académicos dirigidos a la identificación de principios activos y promover aquellos con énfasis en el desarrollo comunitario.

Recomendaciones

- Promover la capacitación y profesionalización de los recursos humanos locales
- Promover el conocimiento de los recursos comunitarios (terapeutas indígenas, plantas medicinales, tecnología ancestral en el mejoramiento de la vivienda, etc.) para la protección, prevención y control de la malaria y otras enfermedades prevalentes y transmisibles que afectan a la población indígena.

5.1.7 Cosmovisión indígena y conocimientos, actitudes y prácticas

Relevancia

Los pueblos indígenas de la Región han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna cuyo "eje conceptual" o cosmovisión tiene como referencia el equilibrio, la armonía y la integralidad.³⁶

Este conjunto de prácticas y conocimientos generalmente se agrupa en la denominada medicina tradicional/indígena. La Medicina Tradicional comprende una amalgama de ideas, conceptos, creencias, mitos y procedimientos, sean explicables o no, relativos a las enfermedades físicas, mentales o desequilibrios sociales en un pueblo determinado. Este conjunto de conocimientos explican la etiología, la nosología y los procedimientos de diagnóstico, pronóstico, curación y prevención de las enfermedades.³⁷ Es decir, originan los conocimientos, las actitudes y las prácticas de las personas para evitar o no una enfermedad y, por lo tanto, determinan su comportamiento en caso de sufrirla. La profundización del conocimiento de la comunidad, en este caso específico, nos ayudará a entender cómo es concebida la malaria y, por consecuencia, cómo puede ser abordada en la población indígena.

Avances

Los estudios sobre conocimientos actitudes y prácticas de la población indígena respecto a la malaria y otras enfermedades, en general, son escasos. Sin embargo, existen experiencias interesantes y la disposición de varios países por fomentar la investigación operativa que apoye la mejor comprensión de la población indígena afectada por la malaria. Por ejemplo, El Salvador, en la publicación "Condiciones de Saneamiento Ambiental en las Poblaciones Indígenas de El Salvador"³⁸ incluye los resultados de una investigación realizada sobre las creencias, valoraciones y prácticas sobre varias enfermedades, entre ellas la malaria. El siguiente cuadro muestra un resumen de los resultados de este estudio.

³⁶ OPS/OMS. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas de Salud Tradicionales. Serie Salud de los Pueblos Indígenas: Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales No 6, 1997

³⁷ Valdivia P. O, Hampicamayoc, Medicina Folclórica y su substrato aborigen en el Perú, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima Perú, 1986

³⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño, Organización Panamericana de la Salud. Condiciones de Saneamiento Ambiental en las Poblaciones Indígenas de El Salvador. Serie Pueblos Indígenas, Salud y Condiciones de Vida en El Salvador No2. El Salvador, 2001.

Creencias, valoraciones y prácticas sobre el paludismo

ENFERMEDAD	CAUSA	GRAVEDAD/CURA	MEDICAMENTO UTILIZADO PARA LA CURA
PALUDISMO	Animales: Zancudo Por prácticas inadecuadas: Por dormir mucho Otros: No sabe No conoce	En la mayoría de los casos esta enfermedad es percibida como grave pero con posibilidades de cura. Las personas que señalan no conocer la causa de la enfermedad, afirman que es grave y que si tiene cura. Quienes señalan que no la conocen tampoco responden en esta sección, ni tampoco quien señalaba que la causa era por mucho dormir.	<u>Medicina/prácticas natural:</u> Aguas cocidas, baños y frotaciones con trapos húmedos. Cáscara de plantas Usar cosas de la tierra: monte Medicinas caseras <u>Influencia religiosa/natural:</u> Teniendo fe en Dios y con plantas <u>Medicina occidental/ Natural:</u> Febrinasa, aspirina, limón y café caliente. Pastillas y plantas medicinales. Sacándole sangre y tomando pastilla. Acudiendo al botiquín antimalaria. Con Inyecciones. Acudir al promotor de salud, a la unidad. Es imposible curarlo y se debe consultar al médico. Visitando el hospital. Aralen y líquidos abundantes No saben.

Fuente: Estudio de Saneamiento Básico desde la Perspectiva Indígena de Cuisnahuat, Izalco y Nahuizalco. CCNIS/OPS/OMS El Salvador. 2000

Recomendaciones

- Promover la comprensión del sistema de creencias y valores que influyen en los conocimientos actitudes y prácticas de los pueblos indígenas respecto a los diferentes aspectos que involucra el abordaje de la malaria.
- Desarrollar la investigación operativa que permita la aplicación de los conocimientos, actitudes y prácticas de los pueblos indígenas en el desarrollo y fortalecimiento de los programas de malaria.

5.1.8 Variables estructurales: Indicadores socioeconómicos

Relevancia

El estado de salud, en general, es influenciado por varios determinantes, entre ellos el medio ambiente, la educación, el desarrollo económico, la pobreza, la presencia o ausencia de mecanismos de apoyo social (gratuidad de los servicios, aseguramiento, etc.), la pertenencia étnica, la disponibilidad de servicios básicos, entre ellos los servicios de salud. Otros factores menos obvios, pero igualmente importantes, son las diferencias de idioma y la indiferencia hacia los conocimientos y concepciones de salud que se escapan de los paradigmas convencionales. Es decir, el estado de salud está determinado por decisiones tomadas en otros sectores y por profesionales distintos a los que corresponden al sector salud que es donde se establece la organización y provisión de sistemas y servicios de salud. En este contexto, la información que permita la adecuada evaluación de la salud de la población, en este caso de la población indígena, deberá incluir indicadores socioeconómicos que tracen el perfil de riesgos de la población indígena expuesta a la malaria. Estos indicadores,

usualmente, son generados por otros sectores y disciplinas, lo cual urge una coordinación intersectorial y una coordinación multidisciplinaria en el mejoramiento de la información sobre malaria. De igual manera, las acciones que se tomen requieren una coordinación multidireccional. Estas acciones podrían incluir, la generación de microempresas, titulación de tierras, desarrollo agrícola, capacitación no solo en aspectos de la salud sino por ejemplo, en carpintería, agricultura, ganadería, etc.

Avances

La salud es considerada como uno de los ejes del desarrollo en varias iniciativas globales, por ejemplo, en las acciones tendientes al alivio de la pobreza. En este contexto, la salud es abordada como la consecuencia de la interacción multifactorial. Varios países de la Región han intentado cuantificar este perfil y han incluido datos puntuales sobre pobreza, analfabetismo, desempleo en los análisis de las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas. Todos mencionan el vínculo de estos determinantes con el estado de salud de estas poblaciones. Por ejemplo, en cuanto a la pobreza, Panamá, presenta datos comparativos entre el ingreso per-cápita y los niveles de pobreza en el ámbito nacional y entre la población indígena:

Ingreso Per-cápita de Panamá y Niveles de Pobreza

	Promedio Nacional	Promedio Indígena
Ingreso per-cápita	2.850.00	712.00
Pobreza general	40,0%	95,4%
Pobreza extrema	18,8%	86,4%

Fuente: Plan Nacional de Seguridad Alimentaria Nutricional de Panamá 1998-2002, PRONAM, 1998

En referencia al analfabetismo, Ecuador indica que en el ámbito nacional 8% de los hombres y 12% de las mujeres son analfabetos. De los hablantes de lengua indígena 30% son analfabetos frente a 10% de hispano-parlantes. Solo 53% de la población indígena accede a la educación primaria, 15% a la secundaria y menos de 1% a la superior.³⁹

Recomendaciones

- Caracterizar los factores socioeconómicos que tienen un efecto acumulativo sobre la generación de riesgos y vulnerabilidad en la población indígena afectada por la malaria.
- Generar estrategias que fortalezcan la coordinación intersectorial y multidisciplinaria en la implementación de acciones tendientes al desarrollo integral de los pueblos indígenas.

5.1.9 Información para la acción en caso de desastres y emergencias por fenómenos naturales

Relevancia

³⁹ OPS. La Salud en las Américas. Edición 1998. Vol. II. Publicación científica No 569. Washington, DC.1998

La Región de las Américas se ha visto afectada por fenómenos naturales (terremotos, inundaciones, sequías, huracanes) que han cobrado muchas vidas y han causado deterioro en la salud de la población. Por lo general, la respuesta de emergencia de la solidaridad internacional ante este tipo de desastres es unánime. Sin embargo, el apoyo en el período post-desastres no logra tener los resultados deseados en la mitigación de los efectos del desastre. Muchas de estas limitaciones se deben entre otros factores, a la falta de información necesaria para la gestión e identificación de estrategias encaminadas a la reconstrucción y desarrollo de las zonas afectadas, especialmente las franjas urbano-marginales y rurales que constituyen las áreas de asentamiento de la población indígena. La sequía y las inundaciones en Centroamérica han afectado los frágiles sistemas de subsistencia, especialmente de los indígenas.

Avances

El Ministerio de Salud y Asistencia Social de El Salvador en colaboración con el Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS), en la evaluación de los daños causados por el terremoto del 13 de enero del presente año, presentaron datos específicos sobre la situación en los municipios indígenas afectados (ver cuadros). Actualmente el país se halla implementando cursos de capacitación sobre la atención y protección de la población indígena en caso de desastres.

Avances

TERREMOTO DEL 13 DE ENERO 2001, EL SALVADOR: SITUACION DE MUNICIPIOS INDIGENAS AFECTADOS

TERREMOTO DEL 13 DE ENERO 2001, EL SALVADOR: SITUACIÓN DE MUNICIPIOS INDÍGENAS AFECTADOS											
ACTUALIZADO HASTA EL 25 DE ENERO 2001											
No	DEPARTAMENTO	MUNICIPIOS	POBLACIÓN TOTAL PROYEC*.	DAÑOS A LAS PERSONAS			DAÑOS A INFRAESTRUCTURA			ALBERGUES	
				POB. DAMNIFICADA **		FALLECIDOS	LESIONADOS	VIVIENDAS			
				NUMERO	%***	NUMERO	NUMERO	DAÑADAS	DESTRUIDAS		SOTERRADAS
1	AHUACHAPAN	Apaneca	8,384	2,360	28.15	1	83	400	72	0	20
2		Ataco	16,457	760	4.62	0	19	136	16	0	1
3		Fco. Menéndez	46,239	275	0.59	0	1	48	7	0	0
4		Jujutla	34,163	65	0.19	0	35	3	10	0	0
5		S. Pedro Puxtla	7,851	1,865	23.75	0	0	48	325	0	0
6		Tacuba	23,406	10,720	45.80	0	0	1,659	485	0	2
		SUB TOTAL	136,500	16,045	11.75	1	138	2,294	915	0	23
7	LA PAZ	P. Masahuat	26,915	16,440	61.08	4	3	1,409	1,879	0	2
8		S. Juan Nonualco	11,948	7,610	63.69	0	0	1,327	195	0	0
9		S. P. Nonualco	10,020	9,030	90.12	1	17	613	1,193	0	0
10		S.A. Masahuat	4,279	3,600	84.13	0	0	570	150	0	0
11		Sigo. Nonualco	37,030	26,490	71.54	1	2	3,854	1,444	0	0
		SUB TOTAL	90,192	63,170	70.04	6	22	7,773	4,861	0	2
12	LA UNION	Yucaiquín#	9,856	0	0.00	0	0	0	0	0	0
13		SUB TOTAL	9,856	0	0.00	0	0	0	0	0	0
14	MORAZAN	Cacaopera	10,452	50	0.48	0	0	10	0	0	0
15		Guatajiagua	10,815	25	0.23	0	0	5	0	0	0
16		Sensembra	3,325	10	0.30	0	0	2	0	0	0
17		Yoloaiquín	3,934	10	0.25	0	0	2	0	0	0
		SUB TOTAL	28,526	95	0.33	0	0	19	0	0	0
18	SAN SALVADOR	Panchimalco	44,425	0	0.00	1	0	0	0	0	0
19		Rosario de Mora	15,180	0	0.00	0	0	0	0	0	1
20		Stgo. Texacuangos	23,212	0	0.00	0	0	0	0	0	2
21		Tonacatepeque	41,277	310	0.75	0	0	15	47	0	0
		SUB TOTAL	124,094	310	0.25	1	0	15	47	0	3

ACTUALIZADO HASTA EL 25 DE ENERO 2001											
No	DEPARTAMENTO	MUNICIPIOS	POBLACION TOTAL PROYEC*.	DAÑOS A LAS PERSONAS				DAÑOS A INFRAESTRUCTURA			ALBERGUES
				POB. DAMNIFICADA **		FALLECIDOS	LESIONADOS	VIVIENDAS			
				NUMERO	%***	NUMERO	NUMERO	DAÑADAS	DESTRUIDAS	SOTERRADAS	
22	SANTA ANA	Coatepeque	45,887	15,915	34.68	1	325	1,837	1,346	0	2
23		Texistepeque#	20,308	0	0.00	0	0	0	0	0	0
		SUB TOTAL	66,195	15,915	24.04	1	325	1,837	1,346	0	2
24	SONSONATE	Caluco	7,942	3,145	39.60	0	0	402	227	0	1
25		Cat. Masahuat	9,145	1,230	13.45	0	11	0	246	0	1
26		Cuisnahuat	12,820	240	1.87	0	0	39	9	0	0
27		Isabel Ishuatan	10,585	170	1.61	0	0	23	11	0	0
28		Izalco	66,899	8,585	12.83	4	52	1,145	572	0	3
29		Iuayúa	27,991	1,585	5.66	10	37	119	198	0	8
30		Nahuilingo	12,846	100	0.78	0	0	20	0	0	0
31		Nahuizalco	40,848	2,480	6.07	1	0	495	1	0	1
32		Salcoatitán	4,900	960	19.59	0	4	53	139	0	1
33		San Antonio del Monte	27,685	5,195	18.76	0	0	571	468	0	0
34		San Julián	****27000	11,740		2	47	1,474	874		0
35		Santo Domingo	7,589	2,785	36.70	0	1	537	20	0	0
		SUB TOTAL	229,250	38,215	16.67	17	152	4,878	2,765	0	15
		TOTALES	684,613	133,750	19.54	26	637	16,816	9,934	0	45
FUENTE: Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño/Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/Enero 2001											
* Estimaciones de población para el año 2000 de la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC)											
** Se ha calculado: número de viviendas dañadas, destruidas y soterradas por 5											
***Cálculo en relación a la población total											
****Población asignada por la Alcaldía Municipal											

Recomendaciones

- Fomentar acciones coordinadas en el apoyo sistemático a la población indígena que ha sido víctima de desastres y fenómenos naturales.
- Impulsar acciones que permitan el desarrollo del conocimiento de las comunidades indígenas en zonas de riesgo de desastres y fenómenos naturales respecto a las medidas de protección, prevención y control de las enfermedades prevalentes y transmisibles.

5.1.10 Marco Jurídico

Relevancia

Las resoluciones, acuerdos y declaraciones internacionales, unidas a las políticas y estrategias gubernamentales que favorecen a los pueblos indígenas, sientan las bases para el desarrollo y la sostenibilidad de los programas y servicios de salud. En tal virtud, cuando este marco jurídico existe, es importante conocerlo y ponerlo en práctica. Igualmente, en otros casos, es fundamental la formulación de leyes, estrategias y políticas públicas necesarias que den continuidad a los proyectos de atención de la salud de los indígenas. Al respecto, se hace necesario disponer de la información sobre los países que tienen instrumentos jurídicos que priorizan la atención de salud de los pueblos indígenas y un inventario de los instrumentos en sí.

Avances

Varios países han planteado la revisión de sus Constituciones (Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Venezuela) reconociendo el carácter multilingüe, pluriétnico y multicultural de la población nacional, otros, como Bolivia, Brasil, Colombia, Chile, Ecuador, Guatemala, Guyana, Nicaragua, Venezuela ya han emitido leyes específicas e impulsado reformas favorables a sus poblaciones indígenas. Uno de los hitos en las transformaciones legislativas ha sido la promulgación de decretos y leyes que han favorecido la educación bilingüe intercultural. La implementación de estos programas ha intentado remediar las altas tasas de analfabetismo entre algunos sectores de la población indígena en países como Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Perú, entre otros. En México, la incorporación de profesores bilingües en idioma indígena y español, la elaboración de materiales de enseñanza y capacitación en idiomas indígenas, y la participación social, se incluyen como estrategias en el programa nacional de lucha contra la pobreza. Estos esfuerzos nacionales se insertan en convenios, declaraciones y acuerdos internacionales de carácter general como la Declaración de los Derechos Humanos y los Acuerdos de la Cumbre de la Tierra y de carácter específico como son el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT y las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6 de OPS.

Específicamente en la atención de la salud de los pueblos indígenas, en el ámbito nacional, se citan los siguientes ejemplos:

- En Honduras, en 1994, el Ministerio de Salud creó el Departamento de Atención a las Etnias, y se encuentra implementando un plan que se basa en los compromisos adquiridos por Honduras

al ratificar el Convenio 169 de la OIT, las Resoluciones como Estado Miembro de la OPS y en la Ley de Conservación del Patrimonio Nacional.

- En Panamá, las autoridades panameñas han priorizado el apoyo al desarrollo de los pueblos indígenas al colocar esta problemática como una de las 10 prioridades de la agenda social para el período 1999-2004. Para asegurar el cumplimiento de las acciones previstas en la Agenda Social, en 1999, el Ministerio de Salud creó la Sección de Salud de Pueblos Indígenas en la Dirección de Promoción de la Salud y formuló la Iniciativa para el Desarrollo de las Poblaciones Indígenas de Panamá cuyo objetivo es: “Contribuir a mejorar las condiciones y calidad de vida de la población ngobe-buglé, emberá-wounaan, kuna, naso y bri-bri, y de su medio ambiente, a través del desarrollo de políticas y estrategias dirigidas a la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud con un enfoque intercultural”.
- En El Salvador, los esfuerzos por visibilizar la problemática de salud de los pueblos indígenas ha permitido la participación de los representantes indígenas en los planes y estrategias de atención de salud de sus pueblos.
- En Guatemala, el Gobierno de la República formuló las Políticas de Salud 2000-2004 que incorporan, orientan y apoyan los aspectos de la Reforma del Sector Salud y los Compromisos adquiridos en los Acuerdos de Paz. Estas políticas explicitan priorizar la salud de los pueblos mayas, garífunas y xinca, con énfasis en la mujer indígena.
- En Bolivia la Ley 1551 de Participación Popular creada por D. S. No. 24237, entre otros puntos establece que los recursos para la administración de la infraestructura de salud se asignan a los gobiernos municipales y que las juntas vecinales, las comunidades campesinas y los pueblos indígenas participarán en las decisiones sobre su asignación, uso y control.
- En Brasil, en 1999 el Ministerio de Salud, por intermedio de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA), asumió todas las actividades de prevención y atención médica a la población indígena. En sus principios propone el respeto a las características socioculturales y a los sistemas tradicionales de salud de estos pueblos.
- En Colombia la Ley 100, en el Artículo 181 cuando se refiere a tipos de entidades promotoras de salud indica que la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como Entidades Promotoras de Salud, a las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas.
- En Ecuador, la creación de la Dirección Nacional de Salud Indígena, como indica el Señor Ministro de Salud de Ecuador en una comunicación enviada a la OPS, constituye una de las primeras acciones en el contexto de la armonización de las estructuras y funciones del ministerio de salud pública a los preceptos constitucionales que garantizan el desarrollo y reconocimiento de la medicina tradicional.
- En Venezuela, en 1996 desde la Sociedad Civil para el Control de las Enfermedades Endémicas y Atención Sanitaria al Indígena (CENASAI), se ha puesto en práctica el Proyecto de Atención Sanitaria al Indígena (ATSAI) iniciando las acciones y actividades destinadas a promover la salud

individual y colectiva en las comunidades indígenas situadas en el sur del Estado Bolívar, con un objetivo general: "contribuir a mejorar la calidad de vida, interviniendo fundamentalmente en el área de salud".

- En Guyana, los Programas de Rehabilitación Basada en la Comunidad se hallan trabajando con los niños de las comunidades rurales y en la región Rupununi como un esfuerzo intersectorial.
- En el Perú la ampliación de cobertura hacia zonas con población indígena se ha dado a través del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS). En este servicio la investigación y la educación a distancia desde la Escuela Nacional de Salud Pública, las universidades, los colegios profesionales y otras instituciones tienen especial importancia.

Recomendaciones

- Fomentar el desarrollo y/o conocimiento y aplicación de los instrumentos jurídicos existentes como marco de referencia para la implementación de acciones en favor de la salud de los pueblos indígenas. Por ejemplo, en la priorización de la atención de estos pueblos dentro de la agenda política del país y en la canalización de recursos técnicos y financieros hacia las comunidades indígenas

6. Conclusiones y Recomendaciones Finales

- Si bien existen avances en materia de salud indígena entre los países de la Región de las Américas, todavía existe un largo trecho por caminar. La problemática indígena es compleja, el abordaje de esta problemática ocurre en la intersección de los temas referentes a los derechos humanos, la democracia, el desarrollo, el medio ambiente y la comprensión de la cultura, identidad y cosmovisión de estos pueblos. Esto requiere el renovado compromiso político y la responsabilidad, no solo de los países que comparten la Región de las Américas, sino también de los demás países de las Américas y de las agencias de cooperación internacional en el impulso de procesos de trabajo multisectoriales y multidisciplinarios donde los pueblos indígenas, como actores sociales, tengan participación plena.
- Aunque el mismo patrón se aplicaría en el abordaje de la mayoría de enfermedades que afectan a estos pueblos, como hemos visto existe evidencia de que la incidencia y prevalencia de la malaria está en relación directa con los altos índices de pobreza, analfabetismo, migración y marginación. Por lo cual, la malaria no debe ser entendida solamente como un problema de salud, sino como un problema de desarrollo social y económico. Su abordaje en la población indígena, urge el mejoramiento de la información y la combinación de variables que facilite la comprensión de la dinámica de vida de estos pueblos y de los riesgos a los que está expuesta. La falta de información sobre la magnitud de la malaria en los pueblos indígenas de la Región son limitantes en la vigilancia epidemiológica y el control de la enfermedad.
- La tendencia de considerar el conocimiento indígena como un conocimiento no científico prevalece en el ámbito académico, esto impide incorporar las estrategias y los recursos comunitarios en las acciones de salud.
- Finalmente, aunque los indicadores epidemiológicos clásicos enfatizan en las carencias que afectan a la mayoría de las comunidades indígenas, es importante complementar esta información con datos que ponen de manifiesto las capacidades de estos pueblos que les ha permitido tanto el establecimiento de mecanismos de sobrevivencia, como la generación de alternativas que se muestran como una opción en el mejoramiento de la salud de todos los pueblos de las Américas.

7. Agradecimientos

Expresamos nuestro agradecimiento a quienes con sus aportes contribuyeron en la puntualización de conceptos, ideas, metodología e incorporación de elementos de análisis en el proceso de elaboración de este documento: Dr. Carlos Catao Prates Loiola, OPS/OMS-Brasil; Dr. Luis Gerardo Castellanos, OPS/OMS-Brasil; Dr. Christian Frederickson, OPS/OMS-Brasil; Dr. Sylvain Aldigheri, Epidemiólogo, CAREC; Dra. Celsa Sampson, OPS/OMS-Colombia; Lic. René Mollinedo, Director del Programa de Malaria del Ministerio de Salud de Bolivia; Dr. Manuel Cujilema, Director de la Dirección Nacional de Salud Indígena del Ecuador; Dr. Mr. Máximo Ortega, Director de Estadísticas Socio Demográficas, Instituto Nacional de Estadísticas y Censos del Ecuador; Dra. Karina Gil Loayza, Ministerio de Salud de Perú.