

Salud materno-infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina: aportes para una relectura desde el derecho a la integridad cultural



Este documento fue elaborado por Ana María Oyarce, Bruno Ribotta y Malva Pedrero, consultores del CELADE-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), bajo la coordinación técnica de Fabiana Del Popolo, del CELADE/CEPAL y, Cristina Torres y Alejandro Giusti, de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Este estudio forma parte de las actividades realizadas en el marco del Convenio de colaboración entre la OPS y la CEPAL, a través del CELADE-División de Población, y del Plan de trabajo 2009 CEPAL/CELADE-Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA). Estas actividades han sido financiadas, en el caso de la OPS, por la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (NORAD), y en el caso del CELADE/CEPAL-UNFPA, por la Agencia Española de Cooperación internacional (AECID). Esta publicación corresponde al volumen 5 de la serie "Enfoque étnico en las fuentes de datos y estadísticas de salud", contó con la colaboración de Vivian Doll y Fernando Arce y ha sido financiada por el UNFPA y la AECID.



Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad del autor y pueden no coincidir con las de la Organización.

Diseño de la portada: César Peláez

Publicación de las Naciones Unidas

LC/W.347

Copyright © Naciones Unidas, octubre de 2010. Todos los derechos reservados
Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Índice

Resumen.....	7
I. Introducción	9
II. Salud de la mujer	13
A. Una mayor fecundidad de las mujeres indígenas y afrodescendientes: ¿Diversidad cultural o brechas de acceso?	13
1. Fecundidad por zona de residencia	17
2. Fecundidad según escolaridad de la madre	18
3. Fecundidad según idioma hablado y pueblo de pertenencia.....	19
B. Planificación familiar.....	21
1. Fecundidad más alta y menos uso de métodos anticonceptivos: diversidad cultural e inequidades de acceso.....	23
C. Salud de la embarazada: Atención continua centrada en etapas del ciclo vital	27
1. Atención en el parto.....	28
2. Anemia de la mujer embarazada	37
III. Salud Infantil	39
A. Inmunizaciones.....	39
1. ¿Qué nos dicen las etnografías sobre las vacunas?	42
B. Infección Respiratoria Aguda (IRA).....	44
C. Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	48
1. La necesidad de contextualizar los datos	49
D. Nutrición	52
1. Desnutrición.....	52
2. Otras carencias nutricionales	54
3. Obesidad de pueblos indígenas.....	56
E. Lactancia materna	56

IV. Conclusiones y orientaciones para acciones futuras	61
A. Salud materna	61
1. Fecundidad.....	61
2. Uso de métodos anticonceptivos	62
3. Salud de la embarazada.....	62
B. Salud infantil.....	63
1. Inmunizaciones.....	63
2. Infección Respiratoria Aguda (IRA).....	63
3. Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	64
Bibliografía.....	65

Índice Cuadros

Cuadro 1	Tasa global de fecundidad (TGF) para indígenas y no indígenas, según zona de residencia. Censos 2000	15
Cuadro 2	Paridez media P(30) de mujeres indígenas según años de estudio. Censos 2000.....	20
Cuadro 3	Uso actual de anticonceptivos. Encuestas seleccionadas	24
Cuadro 4	Atención prenatal, número de controles y trimestre primera visita. Encuestas seleccionadas.	31
Cuadro 5	Lugar del parto. Encuestas seleccionadas.....	31
Cuadro 6	Tipo de atención durante el parto. Encuestas seleccionadas.	32
Cuadro 7	Atención post parto. Encuestas seleccionadas.....	32
Cuadro 8	Anemia en mujeres embarazadas y no embarazadas de 15 a 29 años. Encuestas Seleccionadas	37
Cuadro 9	Porcentaje de vacuna en el primer año de vida Guatemala y Ecuador. Encuestas	39
Cuadro 10	Vacunación en cualquier momento de los niños/as de 12-23 meses. Encuestas seleccionadas.	41
Cuadro 11	Vacunación en cualquier momento de los niños/as de 12-23 meses según sexo. Encuestas seleccionadas.	41
Cuadro 12	Prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas. Encuestas seleccionadas	47
Cuadro 13	Prevalencia y tratamiento de infecciones respiratorias agudas según sexo. Encuestas seleccionadas.	47
Cuadro 14	Prevalencia de diarrea. Encuestas seleccionadas.....	50
Cuadro 15	Prevalencia de diarrea según sexo del menor. Encuestas seleccionadas	50
Cuadro 16	Indicadores de desnutrición. Encuestas seleccionadas.....	55
Cuadro 17	Indicadores de desnutrición según sexo. Encuestas seleccionadas	55
Cuadro 18	Tipo de lactancia en niños/as de 0 a 23 meses (Indicadores de la OMS). Encuestas seleccionadas	58

Índice Gráficos

Gráfico 1	América Latina (países seleccionados): Tasa global de fecundidad, según condición étnica. Censos 2000.....	14
Gráfico 2	Paridez media P(30) de mujeres indígenas según idioma hablado. Censos 2000.....	19
Gráfico 3	Paridez media P(30) según país y pueblo indígena/territorio. Censos 2000.....	21
Gráfico 4	Guatemala: Demanda insatisfecha de servicios de planificación familiar por condición étnica.....	25
Gráfico 5	Guatemala: Fecundidad observada y deseada según condición étnica.....	26

Índice Recuadros

Recuadro 1	Los ODM y el derecho a la salud.....	10
Recuadro 1	Población indígena y género: antecedentes para avanzar en un tema complejo y poco conocido.....	15
Recuadro 2	Propuestas y demandas de salud reproductiva desde la visión de las mujeres indígenas.....	17
Recuadro 3	La salud reproductiva, los derechos y las mujeres afrodescendientes en USA: la voz de SisterSong.....	18
Recuadro 4	Mortalidad materna: prioridad mundial.....	26
Recuadro 5	Recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento. Declaración de Fortaleza 1985.....	33
Recuadro 6	La adaptación de los servicios de maternidad: experiencias en Perú.....	35
Recuadro 7	Beneficios del parto natural: evidencia científica.....	36
Recuadro 8	Ventajas de lactancia materna.....	57

Resumen

La salud materno infantil es una prioridad mundial y asegurar un entorno favorable para la madre y el niño/a un deber de todos los países a la luz de los acuerdos y conferencias internacionales.

A pesar de los innegables avances en estas materias que se han experimentado en América Latina en las últimas décadas, estos beneficios no han llegado de la misma manera a los pueblos indígenas, tal como lo demuestra el presente documento.

En efecto, la información, basada en encuestas de demografía y salud, ha permitido hacer visible la situación de desmedro y falta de cumplimiento en el derecho a la salud y la vida tanto de las madres como de los menores indígenas. Es así como se pueden observar brechas de equidad respecto de los no indígenas en el acceso a planificación familiar, atención del parto de las madres de pueblos originarios, así como en la cobertura de inmunizaciones y prevalencia de enfermedades asociadas a una mayor mortalidad en sus hijos(as). Desde el derecho a la salud y a la integralidad cultural, estas inequidades son evidencia tanto de la falta de acceso a la atención de salud, como de la limitada accesibilidad cultural de los programas de salud materno infantil.

Esta situación requiere de respuestas inmediatas y específicas, en el terreno sanitario urge un cambio desde un enfoque centrado en las enfermedades, a uno centrado en las personas y en su ciclo vital. Estrategia además que debería integrar a las madres y sus hijos (as) con sus familias y éstas con los centros de salud, de manera de lograr una atención de salud eficaz y pertinente en pos del bienestar de los pueblos indígenas.

En el plano de la información se necesita, por una parte mejorar los sistemas de registro en salud materno infantil en general, y sobre mortalidad materna en particular, incorporando el enfoque étnico en todas las fuentes de datos y en todas las etapas del proceso de producción de información. Por otra parte es imprescindible reinterpretar los indicadores convencionales a la luz del derecho a la integralidad cultural, asegurando la plena participación de las comunidades y pueblos indígenas en estos procesos.

I. Introducción

En todos los países del mundo la salud materno-infantil es considerada una prioridad, y constituye un aspecto central de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, estrategia global para erradicar la pobreza y mejorar el bienestar de la humanidad para el año 2015. Con este fin, en la agenda de la salud pública internacional, se han desarrollado programas destinados a disminuir la mortalidad infantil, a los que se han sumado, en la dos últimas décadas, otros, tendientes a la reducción de la mortalidad materna (Gruskin, 2008).

En la actualidad, existe un amplio consenso internacional en torno a que mejorar la salud materno-infantil trasciende el ámbito sanitario, convirtiéndose en un tema de cumplimiento de derechos humanos. Este cambio de enfoque ha llevado, por una parte, a releer los datos convencionales y las brechas de equidad entre grupos sociales, no sólo como una falta de garantía del acceso a la salud, sino como una violación del derecho a la vida; y, por otra, ha enfrentado a los salubristas y planificadores sanitarios al desafío de desarrollar metodologías consistentes que posibiliten monitorear el cumplimiento de estos derechos, asegurando el grado más alto de salud materno-infantil (Gruskin, op. cit).

Pese al drástico descenso que en las últimas dos décadas ha registrado la mortalidad materna, se estima que cerca de 536.000 mujeres mueren anualmente por enfermedades relacionadas con el embarazo, parto y puerperio. A nivel global, entre 1990 y 2005, el descenso de la mortalidad materna ha estado por debajo del 1% anual. Estas cifras están muy por debajo del 5,5% de disminución anual necesario para lograr la reducción de la mortalidad materna, propuesta en los Objetivos de Desarrollo del Milenio (recuadro 1). La mayor parte de estas muertes (más del 99%, en el año 2005) ocurrió en países en desarrollo (UNICEF, 2009).

Por su parte, las tasas de mortalidad infantil y de menores de cinco años han descendido considerablemente a nivel mundial¹: En términos absolutos, el número de defunciones infantiles ha descendido de unos 15 millones a 11 millones en los últimos 30 años (Claeson y Waldman, 2000). No obstante, este descenso no ha sido regular, ya que en muchos países en desarrollo las tasas de mortalidad neonatal y, en particular durante la primera semana de vida, han declinado mucho más lentamente e incluso han permanecido estáticas en algunas regiones. Al respecto, estimaciones recientes

¹ A pesar del aumento en el número de nacimientos, de la resistencia creciente a antibióticos y antipalúdicos comunes y de la propagación relativamente incontrolada del SIDA en gran parte del mundo.

de la OMS señalan que alrededor de cuatro millones de bebés fallecen durante las primeras cuatro semanas de vida y de ellos, tres millones mueren durante los primeros siete días (UNICEF, 2009).

RECUADRO 1
LOS ODM Y EL DERECHO A LA SALUD

Objetivos	Metas	Indicadores
1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.	Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015 el porcentaje de personas que padezcan hambre.	Niños/as menores de cinco años de peso inferior al normal. Población por debajo del nivel mínimo de consumo de energía alimentaria.
4. Reducir la mortalidad infantil.	Reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, mortalidad de los niños/as menores de cinco años.	Tasa de mortalidad de niños/as menores de cinco años. Tasa de mortalidad infantil. Niños/as de un año vacunados contra el sarampión.
5. Mejorar la salud materna.	Reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015.	Tasa de mortalidad materna. Partos con asistencia de personal sanitario especializado.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.	Haber detenido y comenzado a reducir, para el año 2015 la propagación del VIH/SIDA.	Hombres y mujeres de 15 a 49 años que viven con VIH/SIDA. Tasa de uso de anticonceptivos. Relación entre la asistencia a la escuela de niños/as huérfanos y la asistencia a la escuela de niños/as no huérfanos de 10 a 14 años.

Fuente: Naciones Unidas. <http://mdgs.un.org>.

Se asume que la mortalidad infantil y materna constituyen una evidencia de falta de garantía en el derecho a la salud y la vida puesto que, desde el punto de vista epidemiológico, la gran mayoría de esas muertes son prevenibles con condiciones de vida favorables y un sistema de salud adecuado a las realidades locales de los pueblos y comunidades. En efecto, todas las principales causas de mortalidad infantil (infecciones respiratorias agudas, enfermedades diarreicas, paludismo, sarampión y malnutrición) se pueden enfrentar con intervenciones seguras y eficaces (Claeson y Walkman, 2000). De la misma manera, la mayoría de las muertes maternas se deben a complicaciones del embarazo y parto, tales como hemorragias, septicemia, complicaciones de aborto, hipertensión y parto obstruido, todas posibles de prevenir o atender con servicios adecuados (UNICEF, 2009).

A fines de la primera década del siglo XXI, se reconoce que el éxito no está asegurado y que la inequidad en el área de la salud materno-infantil se concentra en determinados grupos. Estudios recientes muestran una persistencia de altas tasas de mortalidad infantil, así como brechas sistemáticas entre grupos étnicos. Esta situación descrita una y otra vez para los pueblos indígenas y afrodescendientes tiene al menos tres implicancias directas para la salud pública: 1) que existe una situación de violación sistemática al derecho fundamental a la vida que los afecta desproporcionadamente más que a los ciudadanos no indígenas de los países en que se insertan; 2) que hay determinantes sociales estructurales que están produciendo una vulnerabilidad y una

exposición diferencial en estos pueblos; 3) que los programas de salud no han tenido el efecto esperado en estos grupos, por lo que el desafío es conocer y comprender los contextos socioculturales locales en que se produce esta sobre-mortalidad, con el fin de diseñar programas e intervenciones culturalmente sensibles y epidemiológicamente eficaces (Nichter, 2008).

En este contexto, el objetivo de este documento es proporcionar un panorama regional sobre la salud materno-infantil de los pueblos indígenas y afrodescendientes a partir de información recogida en la ronda de censos del 2000 y en encuestas específicas de salud. Se propone una relectura de la información en, al menos, dos sentidos: a) examinar los datos como indicadores de los avances o retrocesos en el cumplimiento de los derechos humanos básicos a la vida y a la salud, al mismo tiempo que analizarlos en relación tanto con los derechos de la mujer en los aspectos de salud sexual y reproductiva, como con los derechos del niño/a; b) interpretar los datos considerando los derechos colectivos de los pueblos indígenas y los derechos de no discriminación hacia los pueblos y comunidades afrodescendientes. En el caso de los pueblos indígenas la información se vincula directamente con el derecho a la autonomía, la territorialidad y la integralidad cultural, derechos que también se aplican a algunos pueblos afrodescendientes.

El documento está organizado en dos grandes capítulos: en el primero, se analiza la información disponible en las áreas de la salud de la mujer, abordándose temas de fecundidad, planificación familiar, atención del parto y anemia durante el embarazo; y, en el segundo, se presentan antecedentes sobre la salud en la niñez, particularmente aquellos relativos a los programas de inmunizaciones, la prevalencia de neumonía y diarrea; así como la situación nutricional y de lactancia de los menores indígenas y no indígenas de los países de América Latina para los que se cuenta con información en estos temas. Finalmente se concluye con algunas recomendaciones y propuestas orientadas a hacer más relevantes y pertinentes los programas de salud materno-infantil dirigidos a los pueblos indígenas y afrodescendientes.

Se espera que esta información sea una herramienta útil para la evaluación y monitoreo de las políticas y programas de salud destinadas a los pueblos indígenas y afrodescendientes, así como para la elaboración de propuestas que consideren su derecho ciudadano al mejor nivel de salud, garantizando al mismo tiempo sus derechos específicos a la autonomía e integralidad y asegurando su derecho a mantener y desarrollar las medicinas tradicionales o prácticas locales como parte de su bienestar general (Oyarce, y Pedrero, 2006, 2007 y 2009; Rojas, 2006; Del Popolo y Oyarce, 2005; Nichter, 2008).

II. Salud de la mujer

A. Una mayor fecundidad de las mujeres indígenas y afrodescendientes: ¿Diversidad cultural o brechas de acceso?

A partir de la segunda mitad del siglo XX, como parte del proceso de transición demográfica, la fecundidad empezó a disminuir en los países latinoamericanos²: en un período de 30 años se pasó de una tasa global de fecundidad (TGF) de seis hijos por mujer, a una cercana a los tres hijos. Actualmente, el promedio regional es de 2,5 hijos, con un rango que va de 1,6 hijos por mujer en Cuba a 4,4 hijos en Guatemala (Chackiel, 2004).

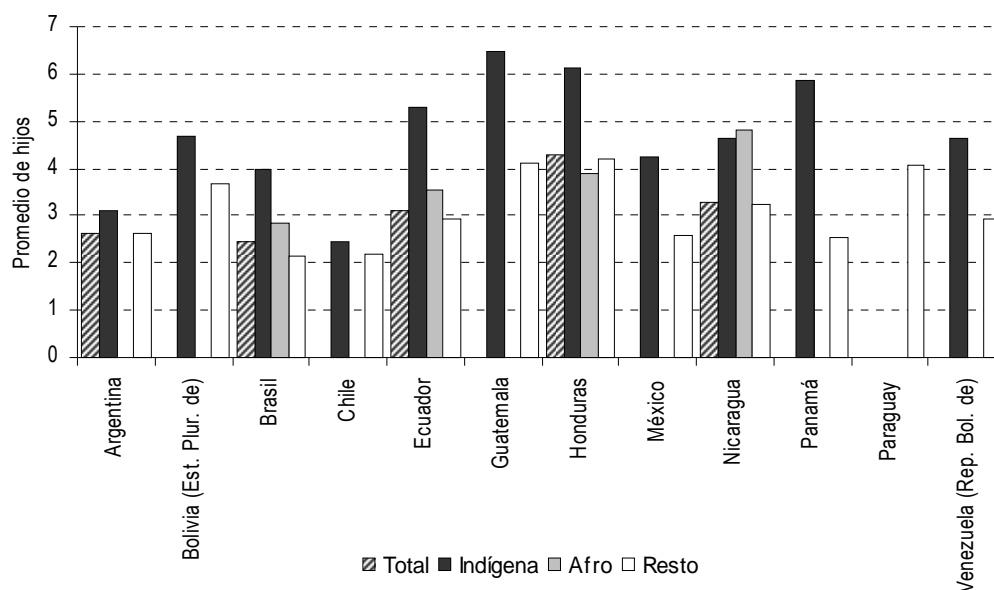
Aunque el descenso ha sido generalizado y sostenido, se evidencian grandes desigualdades entre distintos grupos sociales y áreas geográficas, que no tienen una clara convergencia con indicadores socio-económicos convencionales (Panorama Social, 2005). Entre los pueblos indígenas y afrodescendientes sistemáticamente se ha observado una fecundidad más alta que los promedios nacionales y que el resto de la población (CEPAL, 2006; Oliveira, 2004). El gráfico 1 y cuadro 1 muestran que las tasas en las mujeres indígenas son siempre más elevadas que las de las mujeres afrodescendientes; y las de éstas, más altas que el resto de las mujeres. Asimismo, se observa una mayor variabilidad entre países en las poblaciones indígenas, con promedios que van de 2,5 hijos por mujer a 6,5 hijos. Si se excluye Chile del análisis, las tasas indígenas parten de los cuatro hijos por mujer, mientras que éste es el máximo valor alcanzado por las mujeres no indígenas de los países examinados. Pareciera, entonces, que menores niveles de fecundidad a nivel nacional, no necesariamente implican mayor convergencia entre indígenas y no indígenas.

Guatemala, Honduras, Panamá, y Ecuador, son los países que presentan una fecundidad más alta para los pueblos indígenas y en estos dos últimos, se encuentran las mayores discrepancias en

² La Tasa Global de Fecundidad equivale al número medio de hijos que tendría una mujer durante su vida fértil (15-49 años), de acuerdo con las tasas de fecundidad por edad del período considerado, y no estuvieran expuestas a riesgos de mortalidad desde el nacimiento hasta el término del período fértil. Las estimaciones utilizadas en este trabajo provienen de la aplicación de métodos indirectos (Naciones Unidas, 1986 y Chackiel, 2005), basados en información censal de hijos nacidos vivos y nacimientos del último año declarados por las mujeres en edad fértil.

relación con la población no indígena. En el otro extremo, se ubica Chile, con las tasas de fecundidad más bajas para ambos sectores poblacionales y, a su vez, las menores diferencias entre la población indígena y la no indígena. En este país los resultados son atribuibles, fundamentalmente, a la implementación de políticas sociales y de la salud en la década de 1960; en particular, la expansión de la cobertura de los programas de planificación familiar a las áreas rurales fue fuertemente propiciada por una idea de modernización, asociada al crecimiento económico y al combate de la pobreza, en donde el exceso de hijos era visto como una causal importante de la misma (Universidad de Chile, 1997).

GRÁFICO 1
AMÉRICA LATINA (PAÍSES SELECCIONADOS):
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD, SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA. CENSOS 2000
(Hijos por mujer)



Fuente: CELADE-CEPAL, procesamientos especiales de los microdatos censales.

Entre las mujeres afrodescendientes la situación es bastante más heterogénea: por una parte en Brasil y Ecuador las tasas globales de las mujeres afro son más bajas que la de las mujeres indígenas, pero más altas que el resto de las mujeres; en Honduras, si bien el nivel de la fecundidad de mujeres afro es un poco más alta que en estos dos países, es inferior a la tasa indígena e incluso más baja que la del resto de las mujeres. Por último, en Nicaragua las mujeres afrodescendientes tienen las tasas globales más altas de los cuatro países, alcanzando una tasa cercana a cinco hijos por mujer, cifra que es incluso más alta que las de las mujeres indígenas³. Además, en principio, no se observa una correlación directa entre el nivel de fecundidad promedio de cada país y el nivel de fecundidad de los pueblos indígenas y afrodescendientes, tal como se muestra en el gráfico 1.

En el caso de los pueblos indígenas, se debe considerar la fecundidad en el contexto más amplio de la concepción del buen vivir indígena; en ella los hijos representan la posibilidad de la reproducción biológica y cultural continuamente amenazada; no en vano los hijos representan la continuación de la vida y de la naturaleza, donde todo es sexuado: masculino y femenino (Quidel y Gineo, 1999; Conejo, 2006). Una fecundidad alta es por lo tanto un valor y un recurso vinculado al tamaño ideal del hogar, al rol económico de los hijos, a la supervivencia del grupo y al bienestar en general.

³ Probablemente estas cifras incluyan indígenas Garífunas, que son también afrodescendientes.

CUADRO 1
TASA GLOBAL DE FECUNDIDAD (TGF) PARA INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS,
SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. CENSOS 2000

País	Área de residencia											
	Urbana						Rural					
	TGF		Brecha Relativa				TGF		Brecha Relativa ^a			
Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena	Afro	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena	Afro	
Argentina	2,52	2,79		2,51	1,11		3,90	4,91		3,84	1,28	
Bolivia (Estado Plurinacional de)		3,70		3,29	1,12			6,26		5,51	1,14	
Brasil	2,26	2,79	2,58	2,02	1,38	1,28	3,58	6,15	4,06	3,01	2,04	1,35
Chile		2,28		2,17	1,05			2,86		2,45	1,17	
Ecuador	2,68	3,65	3,21	2,63	1,39	1,22	3,96	5,81	4,47	3,65	1,59	1,22
Guatemala		5,07		3,17	1,60			7,21		5,76	1,25	
Honduras	3,23	4,01	3,46	3,22	1,25	1,07	5,58	6,48	4,60	5,48	1,18	0,84
México		3,31		2,38	1,39			4,90		3,53	1,39	
Nicaragua	2,64	3,38	3,18	2,64	1,28	1,20	4,40	5,75	7,16	4,31	1,33	1,66
Panamá		3,99		2,25	1,77			6,39		3,31	1,93	
Paraguay				3,42						5,39		
Venezuela (República Bolivariana de)		4,53		2,77	1,64			5,57		4,37	1,27	

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales.

Nota: Las estimaciones se corrigieron con el factor de ajuste que reproducía el total censal con la cifra oficial de cada país para el período 1995-2000.

^a Cociente entre la TGF indígena y TGF del resto de la población, y cociente entre TGF afro y TGF del resto de la población.

RECUADRO 1
POBLACIÓN INDÍGENA Y GÉNERO: ANTECEDENTES PARA AVANZAR
EN UN TEMA COMPLEJO Y POCO CONOCIDO

La introducción de categorías sociales como género y etnia ofrece la posibilidad de comprender la interrelación en la producción de la salud y la enfermedad, pero requiere de otros métodos de estudio lineales y de investigaciones en profundidad que recuperen la experiencia vital cotidiana de mujeres y hombres, de lo contrario se encontrará limitaciones para realizar un análisis de género que presente verdaderos aportes en este ámbito.

Es por eso que aproximarse a la salud sexual y reproductiva con enfoque de género, implica explorar las relaciones desiguales de poder entre hombres y mujeres a través del estudio contextualizado de cómo las normas y valores culturales y simbólicos producen y reproducen esas diferencias.

Por ejemplo, en las sociedades occidentales los sesgos de género a favor del hombre se extienden al campo de la investigación y de los sistemas de salud. En el primer aspecto, la investigación convencional a menudo define el género sencillamente como un conjunto de roles sociales. No obstante éste interactúa con otras condicionantes como etnia y clase social de manera muy compleja, y se requiere de una indagación cuidadosa para dilucidar cómo está presente ese sesgo y cómo funciona. En particular, hay que comenzar con un examen detallado del contenido mismo de lo que se entiende por “equidad de género” para lograr que el sesgo no se disfraza de diferencia biológica “natural”.

Por otra parte, en las sociedades indígenas y tradicionales donde el parentesco constituye la base de la estructura social y en las que la familia y el grupo doméstico cumplen roles de unidad básica de producción, representación política y religiosa; es imprescindible que los estudios de género consideren, como punto de partida, los principales factores que estructuran y regulan las relaciones entre hombres y mujeres al interior de los hogares. Estos factores son básicamente: el tipo de matrimonio y las reglas de descendencia y residencia. En función de la combinación de estos aspectos, se articulan los temas de competencia y colaboración al interior y exterior de los hogares y familias, siendo este un aspecto fundamental al aplicar el enfoque de género en los pueblos indígenas.

Este tema se ha descuidado en los estudios de género convencionales, y en la mayoría de ellos se aplica el enfoque como si éste fuera universal o sin considerar el contexto de las relaciones y significados que las diferencias sexuales

(CONTINÚA)

RECUADRO 1 (conclusión)

adquieren en pueblos no occidentales. Dicho de otra manera, existe la necesidad de contextualizar el enfoque de género en los pueblos indígenas para comprender el significado y alcances que tiene la construcción social de género. Este es un aspecto crucial por su importancia e implicancia en los ámbitos de salud materna y reproductiva, así como en otros aspectos de la vida.

Si bien la investigación al respecto es claramente insuficiente, es importante resaltar la heterogeneidad de situaciones que existe y que debe considerarse al hacer el análisis de género. Claramente no son los mismos roles y las mismas esferas de poder las que tiene por ejemplo, una mujer mapuche de Chile, con reglas de descendencia patrilineales y patrilocalidad con una mujer kuna de Panamá, donde la descendencia es reconocida por ambos lados y la residencia es matrilocal. En este último grupo y sin desconocer la posición prácticamente universal de subordinación de la mujer al hombre, las esferas de influencia y dominio pueden ser bastante más amplias que en el primer caso.

En Brasil, en uno de los pocos estudios donde se exploran estos temas, se constatan altos índices de fecundidad entre las mujeres xavante (8,2) y suyá (6,7), ambas sociedades con reglas de residencia matrilocal y reglas de descendencia patrilineal, asociadas al alto valor que se le da a las mujeres en relación a su capacidad reproductiva: una familia numerosa aumenta el estatus y el respeto del grupo. A la inversa, se encuentran niveles más bajos de fecundidad en los pueblos con residencia patrilocal, posiblemente asociados al hecho de que la mujer debe mudarse a la comunidad de su esposo y en ese caso retrasa un poco la maternidad. Sin desconocer que estos pueblos se encuentran más cerca de los centros urbanos y con un mayor acceso a servicio de salud, métodos anticonceptivos y mayor influencia de los medios de comunicación (Pagliaro y Azevedo, 2008).

Al respecto, la mayor parte de los trabajos en género, por lo menos en el mundo andino, ha presentado las relaciones entre hombres y mujeres en términos complementarios, en que ambos géneros contribuyen a la reproducción social económica de la familia (y por ende de la sociedad en su conjunto). Al contrario, otro conjunto de estudios habla de prácticas en que la discriminación y subordinación de la mujer están presentes en las comunidades indígenas andinas (Gavilán, 2002).

Lo que es relevante aquí, desde el punto de vista del género, es que la unidad doméstica es un espacio de reproducción donde hay que investigar la distribución de los roles y funciones y, sobretodo comprender la explicación indígena de los mismos, sin aplicar las categorías y conceptos de mundo occidental (Gavilán, 2002).

De la misma forma es necesario considerar la perspectiva de las mujeres indígenas. Al respecto Tarsila Rivera, dirigente quechua recalca que: *cuando hablamos de los derechos de las mujeres indígenas a la salud tenemos que tener presente su salud física, espiritual y psico-emocional*. Puntualiza que muchas veces no se consulta a los servicios públicos de salud porque el trato por parte de los funcionarios es humillante y cargado de prejuicios culturales. Por ejemplo comenta que: *los programas de salud reproductiva del gobierno han sido nefastos para nosotras, porque bastaba decir que se tenía cuatro hijos y se ordenaba la ligadura de trompas, sin previa información y sin la higiene necesaria*.

Reconoce que en el tema de la salud sexual y reproductiva falta el reconocimiento y la incorporación de las prácticas médicas indígenas al sistema de salud desde el Estado, por lo que en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de El Cairo, se pidió el reconocimiento de la medicina tradicional y el respeto del rol de los médicos y médicas tradicionales, al mismo tiempo que seguir desarrollando capacidades y estrategias apropiadas para hacer seguimiento, de tal forma que los Estados cumplan los compromisos internacionales en este ámbito.

Fuente: Elaboración propia.

Hay que considerar que el parentesco y la familia son la base de su estructura social, y en ese sentido, la reproducción tiene un valor fundamental que se manifiesta en el mayor tamaño de las familias. Dada esta heterogeneidad y, atendiendo a otros factores como las difíciles condiciones de sobrevivencia y los cambios generacionales, la información en este tema debe ser contextualizada considerando la factibilidad de alcanzar ese ideal y el deseo de disminuir el número de hijos. Tampoco se puede descartar que exista una brecha de acceso a los medios de control de la fecundidad entre la población indígena y la no indígena. Finalmente, habría que profundizar también en otros factores que han influido históricamente en el descenso de la fecundidad, entre los que destaca la disminución de la mortalidad infantil (Taucher, 2004).

En el caso de las mujeres afrodescendientes, y de manera más aguda que para las mujeres indígenas, uno de los mayores problemas para poder estimar la fecundidad es la falta de información

(Campbell, 2003). Uno de los pocos países que dispone de información es Brasil, donde los estudios muestran una fecundidad mayor respecto de las mujeres “blancas” (Oliveira, 2003).

La presencia de mayor fertilidad en las mujeres afro ha tenido una lectura un poco diferente a la de las mujeres indígenas. Ésta es percibida por el movimiento de mujeres afro como un indicador de un acceso más precario a la salud sexual y reproductiva, como consecuencia directa de la discriminación y exclusión social y falta de información sobre esas materias (Oliveira, 2003).

RECUADRO 2 PROPUESTAS Y DEMANDAS DE SALUD REPRODUCTIVA DESDE LA VISIÓN DE LAS MUJERES INDÍGENAS

1. Proponemos a las organizaciones indígenas, mixtas y de mujeres, promover mayores espacios de diálogo, reflexión y debate constructivo entre hombres y mujeres, fomentando el respeto, la confianza, la sabiduría ancestral y la visión de género de acuerdo a la visión de las mujeres indígenas; así como romper con los esquemas tradicionales de exclusión que limitan la participación de las mujeres indígenas en todos los ámbitos y construir una propuesta de equidad entre los hombres y mujeres indígenas.
2. Exigimos de gobiernos, medios de comunicación y sociedad en general, promover procesos de concientización y sensibilización para romper paradigmas, mitos, estereotipos y prejuicios relacionados con las mujeres indígenas.
3. Demandamos de las agencias especializadas de Naciones Unidas, como UNESCO, UNICEF, UNUP, PNUMA, OIT, OMPI, UNIFEM, OMS, la implementación de programas locales, nacionales e internacionales que fortalezcan las organizaciones de las mujeres y jóvenes indígenas.
4. Exigimos a los Estados, terminar con todas las formas de discriminación, racismo y violencia, incluyendo la violencia sexual utilizada como arma de guerra genocida en los conflictos armados, que afecta principalmente a las mujeres, niñas y niños indígenas.
5. Exigimos a los Estados programas de salud; garantizar el derecho de las mujeres indígenas a una atención de salud de calidad, incluidas la salud sexual y reproductiva, desde la cosmovisión de las mujeres indígenas; atención psicológica y mental por daños psicológicos, culturalmente apropiada y respetuosa de la identidad y los conocimientos médicos tradicionales de los pueblos y comunidades indígenas; eliminar los programas de esterilización forzada implementada por algunos gobiernos.

Fuente: Extracto de la Declaración de la Primera Cumbre de Mujeres Indígenas de las Américas. Oaxaca, México, diciembre de 2002. Cuadernos Mujer Salud 8, RSMLA.

1. Fecundidad por zona de residencia

Al analizar la información por residencia, se observa claramente una mayor fecundidad en las áreas rurales, sin distinción de condición étnica (cuadro 1). Las mujeres indígenas presentan las tasas de fecundidad global más altas, siendo las más elevadas en las zonas rurales de Guatemala (7,2), Honduras (6,5) y Panamá (6,4), que posiblemente corresponden a los territorios indígenas.

En el caso de las mujeres afrodescendientes, las tasas de fecundidad más altas se observan en Nicaragua con 7,2 hijos por mujer, tan altas como las indígenas de Guatemala. Cabe señalar que en estas cifras pueden incluir a mujeres del pueblo Garífuna, que como ya se mencionó son indígenas y afrodescendientes⁴.

En las áreas urbanas, la fecundidad disminuye en todos los grupos de mujeres sin distinción del origen étnico; no obstante, la fecundidad indígena sigue manteniéndose bastante alta y muestra una amplia variabilidad que va desde 2,3 en ciudades de Chile a 5,1 entre las mujeres indígenas urbanas de Guatemala. La fecundidad de las mujeres afrodescendientes es más baja que la indígena y más alta

⁴ Llama la atención el caso de Honduras donde la fecundidad de las mujeres afro que residen en zonas rurales es menor incluso que las del resto de las mujeres (no indígena y no afro).

que la del resto de las mujeres, presentando menos variabilidad que la indígena, con rangos que van desde 2,6 hijos por mujer en Brasil a 3,5 en Honduras.

RECUADRO 3
LA SALUD REPRODUCTIVA, LOS DERECHOS Y
LAS MUJERES AFRODESCENDIENTES EN USA: LA VOZ DE SISTERSONG

A las mujeres de color se nos hace difícil tomar decisiones acertadas y saludables en torno a nuestra salud reproductiva. No se trata solo de escoger entre una serie de opciones sino de seleccionar aquellas que tengan sentido para mejorar nuestra salud reproductiva. No esperamos tener las opciones perfectas, pero deseamos unas que no violen nuestro sentido de la dignidad, la equidad y la justicia. Nuestra capacidad de controlar lo que ocurre dentro de nuestros cuerpos se ve constantemente acosada por la pobreza, el racismo, el sexismo, la homofobia y las injusticias que existen en Estados Unidos.

No cabe duda alguna que la discriminación racial, de género y económica que enfrentamos las mujeres de color interfieren con nuestra capacidad de obtener los servicios o la información de salud reproductiva adecuados culturalmente, en especial la información sobre las infecciones del sistema reproductivo. Las cuestiones de salud mental, como la opresión, la depresión, el abuso de drogas o alcohol, la violencia física y sexual, la falta de educación, la falta de servicios y el bajo ingreso, están todas relacionadas con las desigualdades raciales, de género y económicas que limitan específicamente la capacidad de las mujeres de color de poder vivir vidas saludables y plenas.

No obstante, las mujeres de color no se han mantenido como víctimas pasivas ante este ataque. Si bien no ha resultado fácil la organización en torno a las cuestiones de la salud reproductiva, siempre hemos intentado proteger nuestra libertad reproductiva, aun cuando las cuestiones de poder y de subordinación complican nuestros intentos de resaltar los problemas de salud reproductiva que hacen peligrar nuestras vidas.

En vez de identificar enfermedades y de buscar sus causas, debemos examinar las vidas de las mujeres e identificar lo que nos hace vulnerables. Un enfoque que parta de las necesidades lleva la atención fuera de los proveedores de servicios y hacia las mujeres a quienes sirven, cuestionando la manera en que ellas son tratadas por el sistema proveedor de servicios (incluyendo el intercambio de comunicación e información), establece normas mínimas para las intervenciones y las pruebas médicas, y evalúa si las mujeres reciben los servicios adecuados a sus necesidades. Las mujeres deben tener acceso a dichos servicios y obtenerlos dentro de un ambiente que les permita utilizarlos de una manera eficaz. La vulnerabilidad biológica y social de la mujer ante los problemas de salud reproductiva y sexual demanda que ella ejerza control sobre su vida sexual y reproductiva. Y es precisamente en este ámbito –la capacidad de escoger y de tener alternativas que sean racionales– donde es esencial tener una perspectiva de derechos humanos.

Para hacer mejoras en la salud de la mujer se requiere algo más que la ciencia y mejor atención médica: es indispensable que el gobierno actúe para corregir las injusticias contra la mujer y para ayudar a crear las condiciones necesarias para que ellas puedan ejercer esos derechos plenamente.

Tener una perspectiva de los derechos humanos que defina lo que es llevar una vida saludable, es un elemento fundamental que debe ser un componente integral del sistema de salud en Estados Unidos. Las 16 organizaciones que componen *SisterSong* están lidiando con esta cuestión y utilizando sus propias historias y experiencias adquiridas en la organización de sus comunidades para desarrollar y poner en práctica unas normas de derechos humanos en la educación, en torno a la salud reproductiva y los servicios dedicados a la mujer de color.

Fuente: Adaptado de mujeres negras e indígenas alzan su voz, 2006. Cuadernos Mujer Salud 8, RSMLAC .

2. Fecundidad según escolaridad de la madre

Al analizar la información por condición étnica y escolaridad, el panorama de la fecundidad descrito es aún más diverso. Para brindar evidencia de ello, por razones metodológicas, se utilizó como indicador la paridez media o número medio de hijos a los 30 años de edad –P (30).

Considerando los años de escolaridad de las mujeres como un proxy de la posición socioeconómica y, por ende, del acceso a los bienes, servicios e información, se aprecia que como tendencia general la fecundidad es menor a mayor nivel de instrucción formal (cuadro 2). Sin embargo, independientemente de la educación, los niveles de fecundidad son sostenidamente más altos entre las mujeres indígenas, sobre todo en Paraguay, Panamá, Guatemala y Honduras y en las

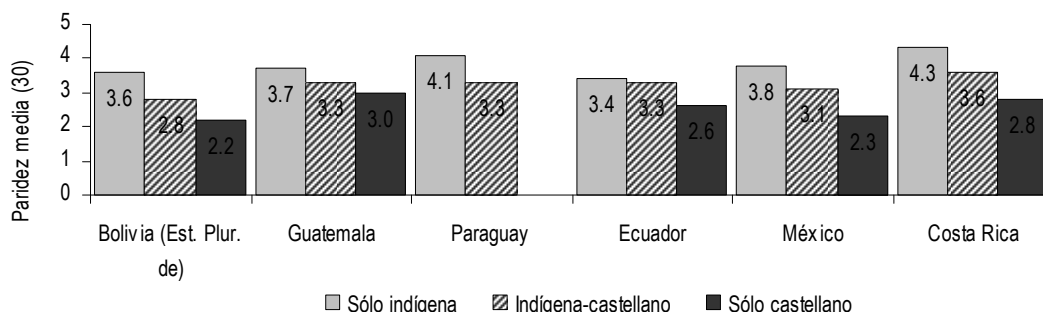
mujeres afrodescendientes de Nicaragua, Honduras y Ecuador. Asimismo, para cada tramo de educación las disparidades entre los países son sistemáticamente mayores para las mujeres indígenas. Con todo, se percibe un efecto combinado de las inequidades estructurales y las especificidades culturales.

3. Fecundidad según idioma hablado y pueblo de pertenencia

Para los pueblos indígenas se puede profundizar el análisis examinando la información desagregada según el idioma hablado. Para su interpretación se debe tener en cuenta que el idioma hablado remite a la manera de concebir el mundo, a partir de la cual se organizan concepciones particulares sobre los ciclos vitales y la reproducción. Por ello, la información sobre la lengua hablada es fundamental para comprender la salud indígena, ya sea como predictor o proxy de un modo de vida indígena, ya sea como un medio de transmisión de conocimiento dentro de las culturas (Montenegro y Stephens, 2006).

En el gráfico 2 se observa que las mujeres que hablan únicamente idioma indígena tienen una fecundidad más elevada que las mujeres bilingües y más aún que aquellas que solamente hablan castellano. Al mismo tiempo, se aprecia variabilidad en los distintos países, con las diferencias más marcadas en Costa Rica y el Estado Plurinacional de Bolivia. Un dato relevante para las políticas públicas es que en los seis países que incorporaron preguntas sobre el tema⁵, la mayoría de las mujeres indígenas en edad fértil hablan su idioma, ya sea en forma exclusiva o combinado con castellano: Paraguay, 99,6% de las mujeres; Guatemala, 81,7%; México, 79,7%; Estado Plurinacional de Bolivia, 74,5%; Costa Rica, 69,2%; Ecuador, 66,9%.⁶ Esta situación plantea enormes desafíos a la hora de diseñar programas de educación intercultural en salud.

GRÁFICO 2
PARIDEZ MEDIA P(30) DE MUJERES INDÍGENAS SEGÚN IDIOMA HABLADO.
CENSOS 2000



Fuente: CEPAL/CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales.

Un análisis complementario es examinar la variabilidad al interior de los países según pueblos indígenas. Como se aprecia en el gráfico 3, existe una gran diversidad de situaciones entre estos, con rangos que van de 1,5 entre los alacalufe y quechua de Chile, hasta 4,4 entre los ngobe de Panamá. La variabilidad de la paridez media entre pueblos al interior de cada país es menor que la variabilidad total de todos los pueblos examinados. Más aún, determinados pueblos indígenas que comparten territorio entre dos o más países, muestran diferenciales importantes en la fecundidad, tal como puede apreciarse entre los quechuas y aymaras, del Estado Plurinacional de Bolivia y de Chile (resaltados en el gráfico 3).

⁵ En el caso de Costa Rica, la pregunta de idioma fue incluida únicamente en el cuestionario aplicado a territorios indígenas.

⁶ En el caso de Paraguay, estos resultados no sorprenden puesto que uno de los idiomas oficiales es el guaraní.

CUADRO 2
PARIDEZ MEDIA P(30) DE MUJERES INDÍGENAS SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO. CENSOS 2000

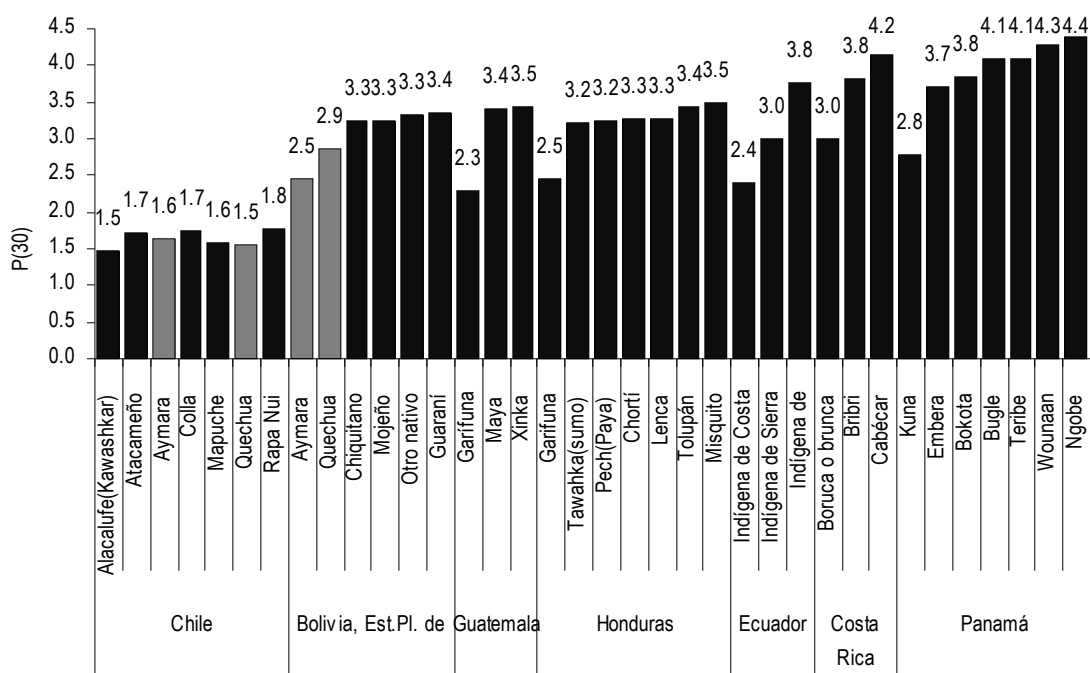
Censo	Paridez media											Brecha relativa ^a									
	Indígena				Afro				Resto			Total	Indígena				Afro				
	Años estudio			Total	Años estudio			Total	Años estudio				Total	Años estudio			Total	Años estudio			Total
	0-3	4-6	7 y +		0-3	4-6	7 y +		0-3	4-6	7 y +	0-3		4-6	7 y +	0-3		4-6	7 y +	0-3	
Argentina	3,39	3,57	1,87	2,13					3,10	3,38	1,65	1,79	1,80	1,09	1,06	1,13	1,19				
Bolivia (Estado Plurinacional de)	3,56	3,2	1,95	2,74					3,36	3,4	1,88	2,37	2,60	1,06	0,94	1,04	1,16				
Brasil	3,51	2,70	1,67	2,66	2,88	2,3	1,37	2,02	2,41	2,01	1,16	1,52	1,75	1,46	1,34	1,44	1,75	1,20	1,14	1,18	1,33
Chile	1,89	2,05	1,44	1,58					1,75	2,03	1,38	1,44	1,44	1,08	1,01	1,04	1,10				
Colombia	2,84	2,39	1,54	2,35	2,94	2,51	1,43	1,92	2,58	2,28	1,29	1,64	1,67	1,10	1,05	1,19	1,43	1,14	1,10	1,11	1,17
Costa Rica	3,88	3,10	1,95	3,07	2,85	2,39	1,55	1,92	2,77	2,27	1,49	1,91	1,92	1,40	1,37	1,31	1,61	1,03	1,05	1,04	1,01
Ecuador	3,46	3,10	2,16	3,08	3,31	2,91	2	2,45	2,70	2,57	1,61	1,99	2,07	1,28	1,21	1,34	1,55	1,23	1,13	1,24	1,23
Guatemala	3,67	2,87	1,65	3,39					3,37	2,63	1,61	2,51	2,85	1,09	1,09	1,02	1,35				
Honduras	3,67	3,22	1,89	3,32	2,92	2,8	1,83	2,44	3,48	2,77	1,66	2,63	2,66	1,05	1,16	1,14	1,26	0,84	1,01	1,10	0,93
México	3,66	3,05	1,96	3,08					3,10	2,59	1,62	2,03	2,08	1,18	1,18	1,21	1,52				
Nicaragua	3,81	3,31	2,04	3,04	4,27	3,26	2,07	3,18	3,39	2,66	1,65	2,38	2,40	1,12	1,24	1,24	1,28	1,26	1,23	1,25	1,34
Panamá	4,36	3,90	2,46	3,87					2,88	2,83	1,54	1,87	2,04	1,51	1,38	1,60	2,07				
Paraguay	4,03	3,50	2,89	3,88					3,32	2,86	1,68	2,36	2,38	1,21	1,22	1,72	1,64				
Venezuela (República Bolivariana de)	3,69	3,30	2,11	3,12					3,02	2,86	1,61	1,93	1,96	1,22	1,15	1,31	1,62				

^a Cociente entre la paridez media indígena (o afro) y la paridez media resto de la población en cada tramo de educación.

Fuente: CEPAL/CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales.

Por otra parte, estudios nacionales para el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador y Panamá dan cuenta de la heterogeneidad territorial, al menos en dos sentidos: la fecundidad suele ser mayor en los territorios ancestrales; y, los niveles para un mismo pueblo presentan a veces variaciones muy significativas según sus asentamientos; por ejemplo, las mujeres quechuas tienen una fecundidad de 3,8 hijos en La Paz y de 6,1 hijos en Potosí (CEPAL/CELADE-BID, a-f, 2005).

GRÁFICO 3
PARIDEZ MEDIA P(30) SEGÚN PAÍS Y PUEBLO INDÍGENA/TERRITORIO. CENSOS 2000



Fuente: CEPAL/CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales.

B. Planificación familiar

A partir de investigaciones y experiencias internacionales se ha evidenciado que la planificación familiar redundará en beneficio de la salud de las mujeres, hijos y familias, principalmente porque ofrece la posibilidad de espaciar los nacimientos y elegir entre variados métodos anticonceptivos. Además, la utilización de anticonceptivos reduce la mortalidad materna y mejora la salud de las mujeres al prevenir embarazos no deseados, de alto riesgo y reduce la práctica de los abortos sin garantías ni asepsia. Adicionalmente, algunos anticonceptivos mejoran la salud de las mujeres al reducir las probabilidades de transmisión de enfermedades y proteger contra algunas formas de cáncer y otros problemas de salud (OMS, 1995).

Se ha estimado que ampliar los servicios de planificación familiar para parejas que no desean embarazos, evitaría anualmente hasta 850.000 defunciones de menores de cinco años (OMS, 1995). Finalmente, se ha argumentado una y otra vez, desde la mirada biomédica, que el uso de estos métodos puede contribuir a mejorar la calidad de vida porque facilita tener familias más pequeñas y más sanas, con más recursos, alimentación y educación.

Pese a que la introducción de métodos anticonceptivos ha sentado las bases para la regulación de la concepción alrededor del mundo, ésta no siempre ha sido bien recibida por las poblaciones a las cuales va dirigida. Existen muchas referencias que asocian la baja demanda de métodos anticonceptivos y la limitada efectividad de los programas de planificación familiar con el temor a los efectos secundarios, así como con problemas generados por un uso inadecuado. A menudo esas explicaciones culpan a las mujeres, categorizando esos temores como “no científicos”.

Un camino más fructífero es conocer la racionalidad de las concepciones locales, que derivan de matrices culturales más amplias. En efecto, hay que considerar que la reproducción humana no es sólo un tema biológico, sino que todas las sociedades definen la conducta reproductiva de sus miembros (Browner y Sargent, 1990)⁷. Por eso, la aceptación de los métodos y programas de contracepción en una cultura es parte de un proceso complejo que, en gran medida, depende del sistema de significados culturales previos que tienen los pueblos respecto a la menstruación, relaciones sexuales, concepción, gestación, embarazo, parto, infertilidad, aborto y menopausia, entre otros aspectos (Valsiner, 1989).

Como se observa en el cuadro 3, existe una gran heterogeneidad en el uso de métodos anticonceptivos por parte de las mujeres de estos seis países, independientemente de la condición étnica; los rangos van desde Guatemala donde menos de la mitad de las mujeres declara usarlos (43,4%), hasta Ecuador donde la mayoría de las mujeres sí los usa (72,6 %). Como patrón, las mujeres indígenas declaran utilizar proporcionalmente menos los métodos de planificación familiar considerados en la encuesta: en Guatemala y Nicaragua siete de cada 10 mujeres indígenas declara no usar métodos de planificación familiar. En Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, México y Perú, alrededor de cinco de cada 10 mujeres indígenas no usa método alguno.

Otro patrón distintivo es que, entre las mujeres que declaran usar métodos, las indígenas utilizan proporcionalmente más métodos anticonceptivos tradicionales, como abstinencia periódica o ritmo, retiro, *billings*, collar y otras técnicas folklóricas no especificadas.

Los datos observados en estos países son similares a los encontrados en otros países en desarrollo, donde se ha descrito un uso muy limitado de los métodos orales de regulación de fecundidad, que son utilizados preferentemente al final de la vida reproductiva. Poniendo estos datos en contexto, es importante considerar que la introducción de métodos anticonceptivos orales se inserta en matrices culturales más amplias de comprensión del funcionamiento del cuerpo de la mujer y de la salud en general. Las percepciones más frecuentes respecto a la “píldora” son: 1) que es un remedio muy “fuerte”⁸, que al ser tomado en un período largo de tiempo se vuelve tóxico; 2) que aumenta la temperatura del cuerpo, lo que es considerado dañino; 3) que bloquea procesos naturales, como la menstruación, produciendo enfermedades y locura.

En relación al primer aspecto, en algunas culturas se dice que para tomar la “píldora” las mujeres deben tener un organismo muy fuerte y una alimentación nutritiva para soportar su poderoso efecto. Así, algunas mujeres de estratos económicos bajos no la toman, pues sienten que no pueden costear la alimentación que se requiere, ya sea para “enfriar” el cuerpo o para hacerlo más resistente (Nichter y Nichter, 1996).

En el segundo aspecto, existen numerosos estudios en el mundo que documentan que la contracepción oral se asocia con un exceso de calor en el cuerpo de la mujer. Nichter (1989) en Sri Lanka, describe que la percepción local es que la píldora “seca” el útero y con el tiempo puede

⁷ Cada cultura tiene su propio conjunto de reglas que organiza las relaciones sexuales entre hombres y mujeres, antes durante y después del matrimonio. En este sentido no existe una sexualidad “libre” en ninguna cultura. Las condiciones bajo la cual una mujer se espera que se embarace pueden diferir dramáticamente desde una estricta castidad premarital a una expectativa de que la mujer demuestre su capacidad de criar niños/as antes del matrimonio, lo cual incrementa su valor como una futura esposa (Browner y Sargent, 1990).

⁸ La idea de que los remedios occidentales o alopatícos son muy “fuertes” han sido descrito en numerosas etnografías a lo largo del mundo (Nichter y Nichter, 1996).

dejar infértil a la mujer. Una situación similar ha sido descrita para las mujeres iraníes (Good, 1977) y para las mujeres mapuches de Chile (Oyarce, 1989). Más allá de las diferencias locales que pueden haber en estas concepciones, lo que surge como un patrón es la idea de que es “caliente”, que puede dañar y desestabilizar el normal funcionamiento del cuerpo de la mujer, madre y lactante⁹. Por eso, las madres que amamantan evitan tomarla, pues temen que la píldora eleve la temperatura de la leche materna y dañe la salud del niño/a, causándole alergias, diarrea y otros problemas.

En el tercer caso, un estudio en Jamaica (Nichter y Nichter, 1996) ejemplifica cómo se reinterpreta los métodos anticonceptivos orales en la cultura local, de acuerdo a la percepción del funcionamiento del cuerpo de la mujer. Allí la menstruación es un signo de un cuerpo saludable y, si bien es aceptado que las mujeres planifiquen sus nacimientos, también se considera que esto interfiere con el ciclo menstrual normal. Las mujeres que están tomando la píldora y han dejado de menstruar piensan que se han bloqueado sus conductos y la sangre menstrual no puede salir, por lo que temen enfermar o quedar estériles.

Desde un punto de vista occidental, y también desde la agenda de las organizaciones de derechos sexuales y reproductivos, se ha argumentado que un beneficio secundario de los métodos anticonceptivos es que liberan a la mujer del “peligro de quedar embarazada”; no obstante, esta idea no necesariamente corresponde con el sistema de significado de las culturas indígenas o tradicionales, donde el embarazo no es necesariamente considerado un peligro, sino, al contrario, muchas veces es un estado deseado y buscado.

Por supuesto, las percepciones de las mujeres, familias y comunidades están constantemente influenciadas por los mensajes culturales desde el occidente, las propias creencias culturales que cambian y las condiciones socioeconómicas en un mundo cada vez más globalizado. Si bien las ideas antiguas y nuevas pueden mezclarse, es muy improbable que –como resultado de ese proceso– se produzcan los cambios que los promotores de la anticoncepción esperan, ya que una práctica tradicional nunca es simplemente reemplazada por una moderna, sino que ésta adquiere nuevos significados como resultado de la “acomodación” a la matriz cultural y base de conocimiento existente.

Nichter y Nichter (op. cit.) hacen un llamado para una investigación que trascienda las “barreras para la aceptación del método anticonceptivo” hacia una consideración más amplia sobre los sectores de la población que usan los métodos modernos de anticoncepción, con especial atención al momento de la vida reproductiva en que se usan; sobre todo en aquellos sectores de la población que expresan el deseo de limitar el tamaño de la familia, pero mantienen reservas de los efectos a corto y mediano plazo de los métodos anticonceptivos.

1. Fecundidad más alta y menos uso de métodos anticonceptivos: diversidad cultural e inequidades de acceso

Desde el punto de vista de los derechos culturales, es necesario releer los datos de fecundidad y planificación familiar a la luz del número ideal de hijos que las mujeres y parejas indígenas y afrodescendientes tienen, en el contexto de los modelos culturales de fertilidad que tiene cada pueblo. Por ejemplo, un análisis convencional y descontextualizado de los datos podría concluir que las mujeres indígenas tienen un mayor “rezago” pues poseen tasas de fecundidad altas. Sin embargo, no se puede asumir que los pueblos indígenas deban alcanzar los mismos niveles de fecundidad que la población no indígena, pues ese aparente “rezago” bien puede ser expresión de una especificidad cultural que debe ser respetada.

⁹ Esto, sin mencionar los efectos secundarios descritos en la literatura biomédica, como náuseas, vómitos, dolor de cabeza y mareos.

**CUADRO 3
USO ACTUAL DE ANTICONCEPTIVOS.
ENCUESTAS SELECCIONADAS**

Uso anticonceptivos	País																	
	Guatemala ^b			Ecuador ^b			Estado Plurinacional de Bolivia ^a			Nicaragua ^a			Perú ^a			México ^b		
	Indígena	No Indígena	Total	Indígena	No Indígena	Total	Indígena	No Indígena	Total	Indígena	No Indígena	Total	Indígena	No Indígena	Total	Indígena	No Indígena	Total
No usan	76,1	47,0	56,6	52,6	25,4	27,4	45,7	35,2	41,7	72,5	30,6	31,4	46,9	29,1	31,1	48,8	22,7	
Usan	23,9	53,0	43,4	47,4	74,6	72,6	54,3	64,8	58,3				53,1	70,9	68,9	51,2	77,3	
Tradicionales /folkloricos	29,7	18,3	20,0	44,1	16,9	18,2	50,5	26,4	40,2				47	24,9	26,8			
Modernos	70,3	81,7	80,0	55,9	83,1	81,8	49,5	73,6	59,8	90,2	96,5	96,4	53	75,1	73,2			

Fuente: CEPAL/CELADE.

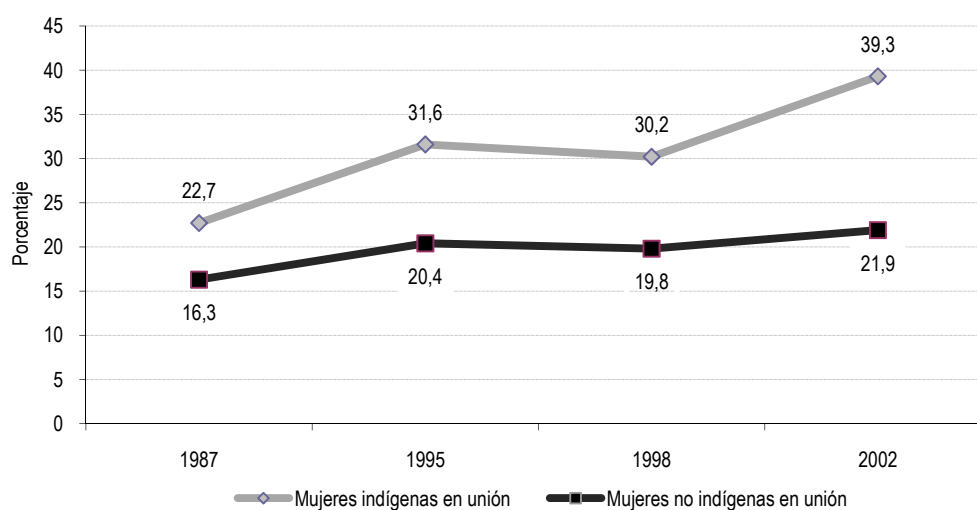
^a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

^b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

Lo anterior no debe interpretarse como un rechazo a los programas de planificación familiar, sino que éstos no deberían imponer un ideal ni meta reproductiva desde la sociedad occidental, sino más bien responder a los intereses de las comunidades, asegurando el derecho al acceso a la planificación familiar en la medida en que los pueblos indígenas libre e informadamente lo deseen.

En ese aspecto hay que distinguir entre desigualdades producto de ideales reproductivos diferentes y brechas de equidad en términos de un acceso injusto e injustificado a los servicios de salud sexual y reproductiva. En Guatemala, por ejemplo, se constata (Ver gráficos 4 y 5), por un lado, un aumento de la demanda de servicios de planificación familiar en el tiempo y, por otro, que el número ideal de hijos es sostenidamente mayor entre las mujeres indígenas, siendo en el año 2002 de aproximadamente cinco hijos, mientras que entre las mujeres no indígenas es de tres hijos en promedio (Del Popolo y Oyarce, 2005). Asimismo, las diferencias con la población no indígena se expresan también en los determinantes próximos de la fecundidad: una nupcialidad más temprana¹⁰ entre las mujeres indígenas, una menor prevalencia en el uso de anticonceptivos y una duración de la lactancia más prolongada (ENSMI, 2003).

GRÁFICO 4
GUATEMALA: DEMANDA INSATISFECHA DE SERVICIOS
DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR POR CONDICIÓN ÉTNICA
(Porcentaje)

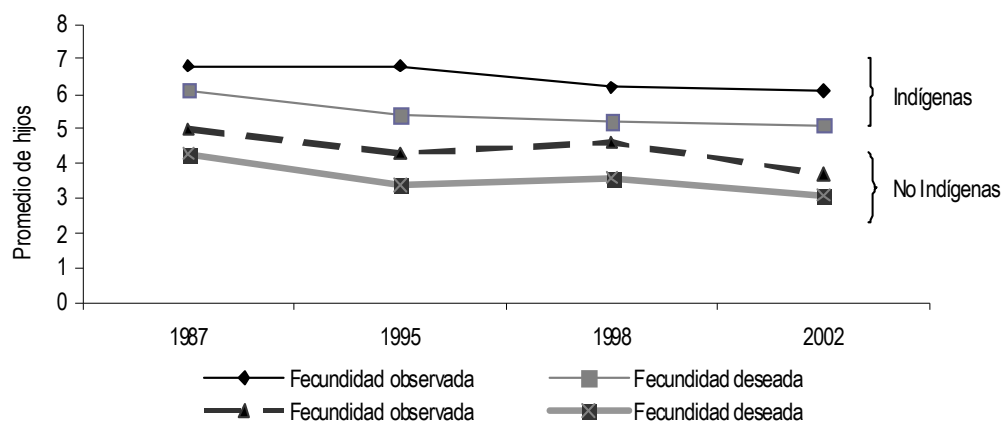


Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, varios años.

Por otra parte, no se puede desconocer que, como consecuencia de las políticas asimilacionistas e integracionistas hacia los pueblos indígenas, muchos de ellos fueron abandonando sus conocimientos y saberes a favor de los de la sociedad hegemónica, pero sin posibilidades de acceder en igualdad de condiciones a los bienes y servicios que dicha sociedad ofrecía. Las más afectadas en este proceso han sido las propias mujeres, lo cual se refleja, por ejemplo en las altas tasas de mortalidad materna (Rojas, 2006; PAHO, 2004; Montenegro y Stephens, 2006).

¹⁰ La nupcialidad temprana asociada a la madurez biológica (menarquia) es una característica de las sociedades tradicionales, aunque también existen variaciones entre los pueblos indígenas. A su vez, para muchos pueblos, es el nacimiento del primer hijo el que consolida socialmente la unión (Oyarce, 2004).

GRÁFICO 5
GUATEMALA: FECUNDIDAD OBSERVADA Y DESEADA SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA
(Hijos por mujer)



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, varios años.

RECUADRO 4
MORTALIDAD MATERNA: PRIORIDAD MUNDIAL.

La mortalidad materna es una de las principales tragedias humanas innecesarias ya que no hay razón para que las mujeres tengan que morir en el parto y constituye la principal violencia contra la mujer (UNICEF, 2009; Tanaka, 2001). Estudios recientes han calculado que el 80% de esas muertes se pueden evitar con acceso a servicios esenciales de maternidad y de atención básica de salud. En efecto, las cinco complicaciones que causan más del 70% de las muertes maternas, son hemorragias (25%), infecciones (15%), abortos peligrosos (13%), eclampsia (12%), y parto obstruido (8%), todas controlables con una adecuada atención médica. Estas defunciones dejan a un millón de niños/as huérfanos anualmente, los que tienen 10 veces más probabilidades de morir durante los dos años siguientes a la muerte de sus madres que los demás menores. (UNICEF, 2009).

Además, la mortalidad materna es un indicador elocuente de la brecha en el derecho a la salud, puesto que, de todos los indicadores es el que muestra más diferencias entre países industrializados y países no industrializados: en estos últimos el riesgo de morir por complicaciones del embarazo, parto y puerperio es 300 veces más alto que en los primeros (UNICEF, 2009). A su vez, el 80% de estas muertes se registra en África y Asia meridional (UNICEF, 2009). América Latina y el Caribe se encuentran en una posición mejor; no obstante, durante el 2006 se produjeron alrededor de 15.000 muertes principalmente debido a hipertensión y hemorragias (Khan, 2006; UNICEF, 2009).

La inmensa mayoría de las muertes maternas se evitarían si las mujeres tuvieran acceso a servicios de planificación familiar de calidad, atención competente durante el embarazo, el parto y el primer mes después del alumbramiento, o servicios de atención post aborto y, donde esté permitido, servicios de aborto seguros. Un 15% de los embarazos y los partos necesitan cuidados obstétricos de urgencia debido a riesgos difíciles de predecir por lo que también se requiere de un sistema de salud dotado de personal especializado para salvar la vida de esas mujeres. La OMS se ha comprometido a lograr el Objetivo de Desarrollo del Milenio consistente en reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna para lo cual se requiere focalizar los esfuerzos en grupos y territorios específicos donde se concentran el riesgo.

Si bien no existe información sistemática sobre la situación de las mujeres indígenas y afrodescendientes, los datos disponibles han mostrado una sobre mortalidad materna en mujeres indígenas y afrodescendientes comparadas con el resto (Rojas, 2005; Oliveira, 2003). En México, una investigación revela que el riesgo de muerte en zonas indígenas es seis veces más alta en Guerrero y dos veces más alta en Oaxaca y Chiapas respecto del país (Palomo, 2003). En Brasil, en el estado de Paraná se reporta que las madres “pretas” tienen más del triple de riesgo de morir que las “blancas”. En este último estudio se concluye que, en las estrategias para la reducción de la mortalidad materna es indispensable observar las diferencias por etnia. Además se postula que esas diferencias no son otra cosa que expresiones de racismo, por lo que se insta a que todos los gobiernos, incluyendo Brasil, que participaron y suscribieron el acuerdo de Durban, a avanzar en reducir la mortalidad materna garantizando la atención de salud con equidad para todas las mujeres (Tanaka, 2001).

Fuente: Elaboración propia adaptado de UNICEF, 2009

Contrario a los estereotipos, estudios en el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala y Ecuador dan cuenta de que las mujeres indígenas no rechazan la planificación familiar –de hecho existe un campo de conocimiento tradicional sobre anticoncepción, asociado principalmente a hierbas medicinales– sino la ideología y forma en que ésta es administrada desde los programas estatales y biomédicos (Schuler, Choque y Rance, 1994; Enge, 1998). La baja calidad de los servicios y la falta de adecuación cultural han sido notadas por varias organizaciones de mujeres y forman parte de las demandas indígenas por sus derechos en salud.

No puede desconocerse que algunas comunidades aún muestran reticencia frente a la planificación familiar, posición que a veces va acompañada de una inequidad de género manifestada en el papel subordinado y de discriminación que sufren las mujeres indígenas (Del Popolo y Oyarce, 2005). No obstante, hay experiencias positivas en la región que demuestran que los temas de salud reproductiva, así como el enfoque de equidad de género, pueden ser incorporados a las políticas indígenas, siempre que se desarrollen programas participativos que promuevan simultáneamente el fortalecimiento de las particularidades étnico-culturales; es decir, que favorezcan el acceso a la modernidad, sin que ello signifique la pérdida de identidad y sentido de pertenencia (Hernández y Calcagno, 2003).

Entre las mujeres afrodescendientes, las diferencias observadas respecto del resto de las mujeres se pueden interpretar como brechas de acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Sin embargo, habría que profundizar en las culturas y comunidades locales para comprender el significado y las percepciones que tienen las mujeres sobre estos temas. Por ejemplo, en Brasil, los resultados de una encuesta muestran desigualdad en el conocimiento y uso de los métodos de planificación familiar respecto de la “blancas”: Sólo un 20% de las mujeres afro sabe identificar el periodo fértil (en comparación a un 37% de las blancas). Conjuntamente, el porcentaje de mujeres que nunca usó un anticonceptivo o que comenzó a regular la fecundidad a través de la esterilización, es más del doble que entre las “blancas”. Además, es mayor la proporción de mujeres afrodescendientes que, por falla del método, se encontraban embarazadas al momento de la encuesta, presentando una gran proporción de necesidad de anticoncepción no satisfecha, con un elevado nivel de fecundidad no deseada, 40% comparado con un 27% en la población blanca (Oliveira, 2003).

C. Salud de la embarazada: Atención continua centrada en etapas del ciclo vital

En muchos países y comunidades las mujeres dan a luz sin contar con asistencia médica. Pese a ello, los bebés nacen sanos y superan las primeras semanas, meses y años de vida. La mayoría de las madres también sobreviven, pero los riesgos de muerte de ambos siguen siendo mucho más altos en los países en desarrollo y en comunidades pobres comparados con los países desarrollados y sectores de mejor posición socioeconómica (UNICEF, 2009). Esta inequidad en la mortalidad materna requiere de acciones urgentes focalizadas para que la nueva vida se genere, desarrolle y llegue en las mejores condiciones; y que las mujeres y sus familias asuman este proceso contando con información, asistencia calificada y sobretodo recuperando el protagonismo que deben tener en este acontecimiento vital.

En este sentido, los principales programas que se ha implementado para disminuir la mortalidad materno-infantil apuntan a crear un entorno favorable para la madre y el (la) recién nacido(a), garantizando los derechos de la mujer y fomentando una atención que trascienda las intervenciones convencionales centradas en enfermedades, hacia un modelo de atención continua que abarque todas las etapas de la vida de la madre y su hijo(a). La premisa de estas intervenciones es que la atención es más efectiva cuando se realiza a través de módulos integrados en los momentos críticos del ciclo vital; a saber: adolescencia, embarazo, post parto, etapa neonatal, lactancia e infancia, asegurando un entorno propicio que resguarde y promueva sus derechos (UNICEF, 2009). En este contexto, se consideran claves los servicios de salud reproductiva de calidad, la atención prenatal

adecuada, la asistencia al parto por personal capacitado, los cuidados de emergencia obstétricos y perinatales básicos e integrados y la atención post natal.

Desde una perspectiva sociocultural, la atención continua es una estrategia bastante más pertinente que los programas convencionales de la madre y del niño/a, en que éstos se conceptualizaban y atendían como dos entidades separadas. Así, la atención integral centrada en las etapas del ciclo vital es coincidente con las matrices culturales de los pueblos indígenas y comunidades locales, que consideran a la madre y al recién nacido como una unidad indisoluble y complejamente vinculada.

Una situación similar se da en términos de la salud de los menores. La Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) trasciende las enfermedades específicas y puede ser más comprensible para las madres cuya preocupación no es tanto por una enfermedad específica, sino por el bienestar del menor¹¹.

Un segundo aspecto en que tanto la atención continua como la AIEPI pueden ser más relevantes para las madres y familias es que promueven las modalidades de prestación de servicios ambulatorios en los hogares y comunidades, junto con los servicios prestados en establecimientos sanitarios. En este aspecto, va más allá de la atención individual y concuerda con un enfoque familiar y colectivo, base de las estructuras sociales de la mayoría de los pueblos indígenas y comunidades locales.

Un último aspecto en que la atención continua es relevante en términos de promover la integralidad cultural y el diálogo intercultural, es que se requiere de la puesta en práctica de nuevas estrategias orientadas a reducir las carencias de personal sanitario. Así, se pueden contratar y formar trabajadores sanitarios del ámbito comunitario y, en el caso de los pueblos indígenas y comunidades locales, incorporar agentes tradicionales en la atención del parto.

1. Atención en el parto

Si bien el parto es un acontecimiento vital normal, es también un momento de máxima vulnerabilidad para la madre y el recién nacido. Se ha estimado que alrededor de un 70% de todas las muertes maternas ocurren durante el alumbramiento o en el post parto inmediato y que, por cada mujer que fallece en ese período, al menos 20 presentan enfermedades o quedan con secuelas. Por ello, es imperativo contar con la presencia de personal calificado para mejorar la supervivencia materna y neonatal (UNICEF, 2009).¹²

Es innegable que los partos atendidos en forma calificada tienen menos riesgo para la salud de la madre y del recién nacido; también es evidente que existe una enorme disparidad en este aspecto entre los países desarrollados y en desarrollo, al interior de los países y según posición socioeconómica, grupos étnicos y zona de residencia, entre otros determinantes sociales. En ese sentido, reducir las desigualdades en el acceso a una atención especializada es esencial para la garantizar el derecho a la vida de la madre y su recién nacido.

Es necesario considerar el papel crucial que juega el entorno en el parto y la heterogeneidad de situaciones, que van desde el parto institucionalizado, generalmente atendido por profesionales, hasta el parto domiciliario en que la mujer da a luz sin ayuda de nadie. Entre estos dos extremos hay una gran variedad de escenarios, aunque hay que tener presente que lo determinante no es el lugar, sino las condiciones en que se produce. Por ejemplo, un metanálisis de la seguridad de los nacimientos en domicilio en países desarrollados, no encontró diferencias significativas de mayor mortalidad perinatal entre los partos ocurridos en domicilio y aquellos ocurridos en establecimientos de salud,

¹¹ Que también es la consecuencia de la armonía en que viven su madre, familia y comunidad con las reglas que ordenan los mundos indígenas, y que en muchos casos, la enfermedad del menor es sólo un síntoma de una disrupción social mayor.

¹² Actualmente, más que concentrarse en la identificación de factores de riesgo durante el período prenatal, se sabe que es más efectivo focalizarse en el período del parto (Arihla, 2005).

concluyéndose que cuando el parto en domicilio se efectúa en condiciones controladas, es una alternativa aceptable al confinamiento en el hospital y lleva a una reducción de las intervenciones médicas (Olsen, 1997).

En las últimas décadas, se ha criticado la excesiva “medicalización” del parto con consecuencias muchas veces iatrogénicas, principalmente el alarmante aumento de las cesáreas. Por ejemplo, en Estados Unidos el parto quirúrgico ha aumentado de 18% en 1981 a 25% en 1999. En Chile, durante el 2002 alcanzó a un 30% en los hospitales estatales y a un 60% en el extra sistema, llegando incluso hasta un 80% en algunas áreas (Cabrera, 2003); porcentajes bastante más altos que el 15% aceptado por la OMS, que ha llamado a revertir esta situación.¹³

Existe una corriente dentro de la misma biomedicina que busca devolverle al nacimiento su verdadero sentido, rodeando a la mujer de un ambiente más humanizado y dejándola asumir la tarea de acuerdo a sus propias convicciones y necesidades, considerando que las madres no son “enfermas” y tratando de devolver al nacimiento su carácter íntimo, en el que las mujeres y sus recién nacidos son los protagonistas.

En síntesis, existe un amplio debate sobre el abordaje y prácticas del parto que pueden esquematizarse entre un modelo de parto “activo”, principalmente postulado por la biomedicina con un amplio uso de oxitocinas y la tendencia a recurrir a la cesárea, y un parto “fisiológico”, que se acerca a un parto natural, donde se respetan los tiempos y los pujos espontáneos de la madre y la posición vertical para el alumbramiento. Este último bastante coincidente con los modelos de atención indígena (Arnold y Yapita, 2004).

En América Latina alrededor del 80% de los partos son atendidos en forma profesional, con una tendencia al aumento (UNICEF, 2009). Además, se ha observado una mejoría en la atención prenatal, aunque este indicador muestra más heterogeneidad, con rangos que van desde más de 90% en Colombia y Cuba hasta menos de 50% en Brasil y Rep. Bolivariana de Venezuela (Bustos et al, 2005).

Pese a lo fragmentario de la información, se reconoce que la población indígena accede en menor proporción a la atención profesional y a la atención prenatal (Bustos et al, 2005; Rojas, 2005). En el cuadro 4 se observa una situación similar a la descrita en la literatura: en los seis países para los que se cuenta con datos, la proporción de mujeres que no tuvieron control prenatal es más alta entre las mujeres indígenas que entre las no indígenas. El caso extremo es Ecuador, donde un 38,6% de las madres indígenas no tuvo controles de este tipo; seguido por Nicaragua (27,2%), el Estado Plurinacional de Bolivia (25,9%) y Perú (21,7%). Entre las que no tuvieron control, la diferencia relativa es sistemáticamente más alta para las indígenas.

Del mismo modo, las mujeres indígenas tuvieron menor número de controles que las mujeres no indígenas. Por ejemplo, la proporción de mujeres indígenas que tuvieron cuatro o más controles es menor que las no indígenas en Paraguay, el Estado Plurinacional de Bolivia y Nicaragua. Respecto del trimestre de inicio del mismo, éste comienza más tarde en las mujeres indígenas. Por una parte, el porcentaje que lo inicia en el primer trimestre es más bajo que el resto; y, por otra, la proporción de las que lo inician tardíamente, es decir en el tercer trimestre de embarazo, es más alta entre las mujeres indígenas (cuadro 4).

En relación al lugar del parto, la situación es heterogénea, tal como se observa en el cuadro 5. La menor cobertura institucional al parto se observa en Guatemala, con un 42,1%; y la mayor en México, donde 82,8% se produce en algún centro de salud. Además, se aprecia que, efectivamente, las mujeres indígenas acuden proporcionalmente menos que las no indígenas a centros de salud para dar a luz, independientemente del nivel del país. Los porcentajes más bajos se encuentran en Perú (14,4%) y Guatemala (19,6%), que a su vez son los países donde los partos en domicilio sobrepasan el 80% en

¹³ En Europa, especialmente en los países nórdicos, la tasa de cesárea es menor a un 10% con un importante porcentaje de partos bajo el agua, atendido en domicilio, etc.

indígenas. La brecha de acceso a un centro médico en el alumbramiento es sistemática en desmedro de los pueblos indígenas, siendo más alta en Perú (80%), Guatemala (70%), Ecuador (60%), Nicaragua (50%), México (50%) y el Estado Plurinacional de Bolivia (40%).

En América Latina el lugar del parto está en directa relación con el tipo de atención, ya que por lo general sólo en los centros de salud se atienden los partos de manera profesional. Si bien en términos generales, la región cuenta con una cobertura de 80% de atención profesional del mismo (APP)¹⁴; las encuestas analizadas en este trabajo (cuadro 6) muestran una gran variabilidad de situaciones que va desde un 41,4% de las mujeres atendidas por un profesional en Guatemala, a un 83,1% en Ecuador. Como patrón, el acceso de las mujeres indígenas a atención profesional es proporcionalmente menor, con rangos que van desde un 19,1% en Guatemala (versus un 57% en no indígenas) hasta un 57,1% en México (versus un 95,4% en no indígenas).

Más allá del debate de lo que se entiende por una atención profesional y una atención especializada, que teóricamente podría incluir a la partera tradicional, los datos del cuadro 6 revelan que un porcentaje importante de los partos en Guatemala y Nicaragua, y en menor medida en México y Perú, recibieron atención de la partera (o comadrona) o fueron asistidos por un familiar o amigo¹⁵.

El porcentaje de mujeres que recibió atención post natal es bastante limitado como se aprecia en el cuadro 7 y oscila desde un 20,3% en Guatemala hasta un 36,2% en Ecuador. La excepción la constituye Perú, donde más de la mitad de las mujeres tuvieron una atención después del parto. Una menor proporción de mujeres indígenas recibieron este tipo de control (42,0% en indígenas y 64,5% en no indígenas). Independientemente del nivel de cobertura alcanzado de este control, las brechas van siempre en desmedro de las madres indígenas, cuyo acceso fue un 30% menor en Perú y el Estado Plurinacional de Bolivia, un 50% menor en Nicaragua y un 60% menor en Guatemala y Ecuador.

La información analizada es coincidente con otro estudio sobre atención al parto en Potosí, el Estado Plurinacional de Bolivia, que mostró que sólo un 24% de las mujeres acudió a los servicios de salud y que 76% de los alumbramientos se produjo en la casa, atendidos en su mayoría por parteras (OPS, 2004). Otro estudio en el pueblo Kaigang de Río Grande del Sur en Brasil, reporta que la mayoría de los partos se dan en el hospital y sólo se efectúan en domicilio cuando el tiempo impide el traslado de las mujeres, aunque éstas adhieren muy poco al control prenatal debido al conflicto cultural entre los miembros de la comunidad y los profesionales de la salud (Hockenberget al, 2001).

a) El parto en contexto

En una revisión sistemática sobre concepción, embarazo, parto y puerperio, Valsiner (1998) señala que aunque esos eventos están significativamente organizados en todas las culturas, los modos difieren entre distintos grupos étnicos, y en el mismo grupo en diferentes periodos de la historia. Sin duda, hay una gran distancia entre las ideas populares o indígenas del desarrollo fetal y las formas de entenderlo en la medicina científica moderna. Sin embargo, las explicaciones de ambos –una altamente relacionada a sistemas religiosos supernaturales y la otra a la medicina contemporánea de la ciencia racional– son igualmente suficientes para el propósito de darle un significado a los eventos del embarazo y del parto en la mente de las mujeres embarazadas, sus familias y comunidades.

¹⁴ Datos aportados por estadísticas vitales que pueden diferir de las estimaciones basadas en encuestas.

¹⁵ El rol de la partera tradicional como tal no existió en todos los pueblos indígenas, por ejemplo en el pueblo mapuche de Chile la costumbre era que la mujer diera a luz atendida por otra mujer de la familia, generalmente la suegra o madre. La introducción de la partera en estos pueblos parece estar vinculada a la medicina medieval que trajeron los conquistadores y las prácticas sincréticas de la medicina popular que surgieron de la combinación de las medicinas indígenas e hispanas, principalmente monásticas (Oyarce, 1989).

CUADRO 4
ATENCIÓN PRENATAL, NÚMERO DE CONTROLES Y TRIMESTRE PRIMERA VISITA. ENCUESTAS SELECCIONADAS.

	Guatemala 2002 ^b				Ecuador 2004 ^b				Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003 ^a				Nicaragua 2001 ^a				Perú 2000 ^a				México 2003 ^b			
	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa
No tuvo	15,7	18,7	13,7	1,4	15,8	38,6	15,8	2,4	20,6	25,9	11,7	2,2	13,6	27,2	13,2	2,1	15,5	21,7	14,4	1,5				
Tuvo	84,3	81,3	86,3	0,9	84,2	61,4	84,2	0,7	79,4	74,1	88,3	0,8	86,4	72,8	86,8	0,8	84,5	78,3	85,6	0,9				
Nº																								
1									6,3	7,8	4,1	1,9												
2 a 3									20,1	22,4	16,7	1,3	12,8	28,8	12,4	2,3								
4 ó +									73,6	69,7	79,2	0,9	84,0	56,7	84,7	0,7								
Trimes 1ª visita																								
1º	61,0	46,6	70,7	0,7	76,7	54,1	76,7	0,7	65,2	63,7	67,2	0,9	70,9	48,6	71,5	0,7					33,7	54,2	0,6	
2º	33,3	45,2	25,4	1,8	19,7	36,2	19,7	1,8	21,7	22,1	21,1	1,0	20,9	36,2	20,5	1,8					52,3	40,5	1,3	
3º	5,7	8,2	4,0	2,1	3,6	9,8	3,6	2,7	13,1	14,2	11,7	1,2	8,2	15,2	8,0	1,9					14,0	5,3	2,6	

Fuente: CEPAL/CELADE.

^a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.^b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

CUADRO 5
LUGAR DEL PARTO. ENCUESTAS SELECCIONADAS.

	Guatemala 2002				Ecuador 2004				Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003				Nicaragua 2001				Perú 2000				México 1997			
	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa
Centro salud	42,1	19,6	57,9	0,3	74,4	30,3	79,6	0,4	57,2	46,5	76,8	0,6	66,3	34,9	67,5	0,5	58,0	14,4	65,2	0,2	82,8	44,6	86,7	0,5
Casa	57,9	80,4	42,1	1,9	23,9	69,1	18,5	3,7	42,0	52,8	22,3	2,4	33,3	64,3	32,1	2,0	41,0	84,5	33,8	2,5	16,2	54,3	12,3	4,4
Otro					1,7	0,7	1,9	0,4	0,8	0,8	0,9	0,9	0,5	0,8	0,4	1,9	1,0	1,1	1,0	1,1	1,0	1,2	1,0	1,2
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,1	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	

Fuente: CEPAL/CELADE.

^a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.^b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

CUADRO 6
TIPO DE ATENCIÓN DURANTE EL PARTO. ENCUESTAS SELECCIONADAS.

	Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003																								
	Guatemala 2002				Ecuador 2004				Nicaragua 2001				Perú 2000				México 2003								
	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	
Profesional	41,4	19,1	57	0,3	83,1	49,1	87,4	0,6	61,0	51,1	79,0	0,6	67,3	39,8	68,3	0,6	59,5	21,7	66,8	0,3	57,1	95,4	0,6		
No Profesional	58,5	80,9	42,9	1,9	16,8	51,0	12,5	4,1	39,0	48,9	21,0	2,3	32,7	60,2	31,7	1,9	40,5	78,3	33,2	2,4	42,9	4,6	9,3		
Partera comadrona	47,5	63,7	36,2	1,8	3,9	8,0	3,4	2,4	6,0	6,5	5,3	1,2	22,8	53,4	21,7	2,5	21,2	25,4	20,3	1,3	36,6	4,2	8,7		
Familiar, amiga, otro	10,2	16,4	5,9	2,8	10,6	35,3	7,7	4,6	31,4	40,4	15,2	2,7	8,4	5,5	8,5	0,6	18,4	50,8	12,2	4,2	4,9	0,3	16,3		
Sin Atención	0,8	0,8	0,8	1,0	2,2	7,6	1,5	5,2	1,5	2,0	0,6	3,2	1,5	1,3	1,5	0,9	0,9	2,1	0,7	3,0	1,4	0,1	14,0		

Fuente: CEPAL/CELADE.

^a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

^b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

CUADRO 7
ATENCIÓN POST PARTO. ENCUESTAS SELECCIONADAS.

	Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003																							
	Guatemala 2002				Ecuador 2004				Nicaragua 2001				Perú 2000											
	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa
Recibió atención/ control posparto	20,3	11,7	26,3	0,4	36,2	15,4	38,8	0,4	24,8	22,6	34,3	0,7	28,0	13,7	29,1	0,5	60,4	42,0	64,5	0,7				
No recibió atención/ control posparto	79,7	88,3	73,7	1,2	63,8	84,6	61,2	1,4	75,2	77,4	65,7	1,2	72,0	86,3	70,9	1,2	39,6	58,0	35,5	1,6				
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0					

Fuente: CEPAL/CELADE.

^a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

^b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

RECUADRO 5
RECOMENDACIONES DE LA OMS SOBRE EL NACIMIENTO.
DECLARACIÓN DE FORTALEZA 1985

En abril, la oficina regional europea de la OMS, la Organización Panamericana de Salud y la oficina regional de la OMS para las Américas organizaron una conferencia sobre la tecnología apropiada para el parto. La conferencia tuvo lugar en Fortaleza, Brasil, con la asistencia de más de 50 participantes: comadronas, obstetras, pediatras, epidemiólogos, sociólogos, psicólogos, economistas, administradores sanitarios y madres. La cuidadosa revisión de los conocimientos sobre la tecnología para el parto llevó a la adopción unánime de las siguientes recomendaciones. La OMS cree que estas recomendaciones son aplicables a los servicios perinatales en todo el mundo.

ENTORNO FAVORABLE PARA EL PARTO

Según las recomendaciones específicas de la OMS sobre el nacimiento del año 1985:

“Para el bienestar de la nueva madre, un miembro elegido de su familia debe tener libre acceso durante el parto y todo el periodo postnatal. Además, el equipo sanitario también debe prestar apoyo emocional.”

Michel Odent establece una analogía entre el sueño y el parto y dice que la madre necesita durante el parto, silencio, calor, seguridad y no sentirse observada.

LA INTIMIDAD es una necesidad en el parto de los mamíferos. Tanto para dormir como para el parto se precisa una reducción del neocortex, lo que facilita el sueño, facilita el parto. Es difícil dormirse si nos están haciendo preguntas. Durante el parto la madre se encuentra en “otro mundo” y no es capaz ni de recordar su número de teléfono, pues se encuentra reducida la actividad del neocortex. El aspecto más importante de la fisiología del parto en el plano práctico es la reducción de la actividad del neocortex.

LA LUZ SUAVE o la ausencia de luz favorecen el sueño y el parto.

LA PRIVACIDAD es una necesidad básica durante el parto. La tendencia a negar esa privacidad es realmente cultural. Los estudios sistemáticos han confirmado que el hecho de sentirse observado es una situación que estimula el neocortex y se alarga el parto.

EL CALOR, favorece durante el parto, pues con el frío se libera adrenalina, que es una hormona antagónica de la oxitocina.

La OMS recomienda desde 1985: “No se recomienda colocar a la embarazada en posición dorsal de litotomía durante la dilatación y el expulsivo. Debe recomendarse caminar durante la dilatación, y cada mujer debe decidir libremente qué posición adoptar durante el expulsivo.”

La OMS recomienda desde 1985: “Algunos de los países con una menor mortalidad perinatal en el mundo tienen menos de un 10% de cesáreas. No puede justificarse que ningún país tenga más de un 10-15%. No hay pruebas de que después de una cesárea previa sea necesaria una nueva cesárea. Después de una cesárea debe recomendarse normalmente un parto vaginal, siempre que sea posible una intervención quirúrgica de emergencia.”

Fuente: Adaptado de WHO, Appropriate Technology for Birth. Lancet 1985; 2: 436-437 (traducido por ACPAM).

Atendiendo a ello, un análisis contextualizado de los resultados presentados en la sección anterior, debe incluir temas más amplios como los roles de género en las culturas, la naturaleza de las relaciones de poder, las fuerzas que conforman la conducta ritual y los componentes de los sistemas etno-médicos. Entre los aspectos específicos relacionados con el parto, existen numerosas etnografías que señalan la importancia para la mujer de los masajes, la infusión de hierbas, la posición supina, la ingestión de alimentos calientes, el dar a luz en entornos oscuros y cálidos, todas prácticas que han sido recogidas y fomentadas en la Recomendaciones de la OMS y que no se encuentran en los hospitales de la medicina formal (recuadro 5).

Lo anterior implica que la menor atención profesional y menor control pre y post natal de las mujeres indígenas no sólo es un indicador de la dificultad en el acceso físico a los centros de salud, sino que también sugiere una menor accesibilidad cultural, posiblemente asociada a una manera sociocultural particular de aproximarse a este evento y a una limitada pertinencia de los programas de salud materno-infantil.

En virtud de ello, y dada la vigencia de las parteras tradicionales y las recomendaciones de la OMS, es interesante examinar qué se sabe sobre ellas en América Latina, cuáles son las razones dadas por las mujeres para consultarlas y qué efectividad han demostrado sus prácticas. Una evaluación de las prácticas en el parto de madres e hijos atendidos en el sistema institucional y en el tradicional (domicilio) en comunidades de Mérida y Yucatán en México con una alta concentración de población indígena, determinó que en ambos sistemas hubo complicaciones en partos vía vaginal. En el sistema hospitalario, la mayoría de las complicaciones maternas obedecieron a un manejo inadecuado por parte de profesionales de la salud. En el tradicional hubo complicaciones neonatales, como conjuntivitis atribuible a falta de recursos o manejo inadecuado, a pesar de que la mayoría de las parteras había recibido cursos de capacitación (Méndez et al, 2002). En el manejo de las complicaciones en el parto, otro estudio concluye que las parteras identifican los problemas más comunes, realizan maniobras para solucionarlos y tienen claridad de los sistemas de referencia en el caso de complicaciones (Anderson et al, 2004). Además, en áreas rurales de Guatemala, una investigación señala que alrededor de un 70% de las parteras ha asistido a programas de entrenamiento, un 89% ha derivado a un sistema formal y un 33% lo hace regularmente. Sin embargo, las embarazadas no visitan el centro de salud durante el embarazo (Goldam et al, 2003).

México es uno de los países que cuenta con mayor información sobre las parteras. A fines de los 90 se estimaba que alrededor de un 21% de todos los partos era atendido por parteras, con diferencias entre los estados y por pueblos: en zonas indígenas el porcentaje llegaba a 70% y en algunas comunidades incluso a la totalidad de los partos (Senties et al, 1994). La vigencia de las parteras también ha sido documentada en la región media y huasteca del Estado de San Luis de Potosí, en comunidades nahuatl y tenek, no sólo en aquellas que carecen de servicio de salud.

Las investigaciones convencionales sobre estas situaciones otorgan más importancia a la falta de accesibilidad y de conocimientos de los servicios de salud, la mala receptividad y una menor calidad de atención, sumadas a las barreras idiomáticas (Bustos et al, 2006). No obstante, desde una propuesta intercultural como la del Estado Plurinacional de Bolivia (Vargas y Alemán, 2003), se reconoce que uno de los factores que más limita el acceso a la atención materna es la incomunicación y la subestimación del personal de los servicios de salud respecto de las prácticas culturales tradicionales de atención, incluyendo la no valoración de las prácticas tradicionales de las parteras de las comunidades campesinas e indígenas.

En efecto, hay que considerar que la función de la partera no se limita al parto, sino que cumple tareas de nutrición, cuidados prenatales, el puerperio y la lactancia, así como apoyo afectivo emocional a las madres y sus familias. El estudio de las parteras nahuatl y tenek concluye que los recursos de la terapia tradicional y de la atención de salud son útiles y beneficiosas para los cuidados perinatales (Pelcastre et al, 2005).¹⁶

En América Latina existen numerosas iniciativas que incorporan parteras a la atención de salud, ya sea capacitándolas o incluyéndolas en los equipos –como las experiencias en Ecuador y Perú (Peralta, 2005; Tavera, 2006)– sobre todo como una estrategia para desarrollar modelos interculturales de atención en las zonas indígenas y de prevención de la mortalidad materna (ver recuadro 6).

En Chile, el Hospital de Iquique en la Región de Tarapacá, inició en el 2004 una iniciativa destinada a humanizar la atención del parto, fomentar el parto natural, disminuir el parto en domicilio en comunidades rurales y disminuir la morbi-mortalidad materna y perinatal debida al parto domiciliario, incorporando las recomendaciones de la OMS para una adecuada asistencia obstétrica.

¹⁶ Una revisión sistemática de las experiencias implementadas con parteras tradicionales, ha concluido proponiendo que es necesario acompañar de manera más activa estas iniciativas por parte de la estructura de salud pública de manera de orientar mejor el manejo de las complicaciones (Arihla, 2005).

RECUADRO 6

LA ADAPTACIÓN DE LOS SERVICIOS DE MATERNIDAD: EXPERIENCIAS EN PERÚ

Perú ha logrado enormes avances en la reducción del número de muertes infantiles: de uno por cada seis niños/as en 1970, a uno por cada 50 en 2006. Entre 1990 y 2007, el índice nacional de mortalidad de menores de cinco años disminuyó en un 74%, lo que supone el descenso más acusado registrado en toda América Latina y el Caribe en ese período.

Por lo que se refiere a salud materna, en cambio, el éxito alcanzado ha sido menor: El índice de mortalidad materna, calculado en 240 muertes maternas por cada 100.000 nacimientos vivos en 2005, se sitúa entre los más elevados de la región. Además, las mujeres peruanas enfrentan un riesgo de morir por razones derivadas de la maternidad, uno por cada 140 mujeres, el doble de la media regional de uno por cada 280 para el mismo año.

Según el Ministerio de Sanidad, las mujeres de las zonas rurales tienen dos veces más probabilidades de morir por estas causas que las de las de zonas urbanas y en el 2000, sólo el 20% de los partos rurales era atendido por un agente sanitario capacitado.

Al igual que otros países de América Latina y el Caribe, el desafío mayor que enfrenta Perú a la hora de mejorar la salud materna y neonatal es abordar las disparidades debidas a pobreza extrema, brechas por etnia y área geográfica. Para ello, es necesario prestar servicios de atención a las mujeres y los bebés en sus lugares de residencia, así como dispensar unos servicios integrados de atención materna y neonatal, tanto habituales como de emergencia.

Parte del desafío consiste en adaptar los servicios sanitarios actuales a las costumbres de las comunidades que en la actualidad no reciben los suficientes servicios de atención sanitaria. Por ejemplo, según la tradición y las prácticas culturales, las mujeres de las zonas rurales suelen preferir dar a luz de pie y en sus casas, bajo supervisión de una partera tradicional, antes que hacerlo en la sala de partos de un centro sanitario. Además, incluso si estas madres decidieran buscar atención médica, existen otros obstáculos como la distancia hasta el establecimiento sanitario, el costo de los servicios y las barreras lingüísticas.

Garantizar que las madres tengan la opción de dar a luz en sus hogares contando con la presencia de un trabajador sanitario capacitado y, de ser necesario, con un sistema eficaz de remisión de pacientes a los servicios de atención ginecológica de emergencia, puede ser un método adecuado de integrar los servicios de carácter público con las prácticas tradicionales.

A tal fin, el Ministerio de Sanidad en conjunción con la oficina de UNICEF en Perú, ha concebido un proyecto de salud maternal que comprende cuatro estrategias claves:

- Crear casas de espera materna con el fin de subsanar la dificultad que supone la distancia geográfica de los establecimientos sanitarios.
- Fomentar el apoyo familiar y comunitario a objeto de hacer de la maternidad y del estado de salud de la madre una prioridad.
- Incrementar el acceso de las familias pobres al Servicio Integral de Salud, que abarca los gastos de la atención prenatal, la atención durante el parto y la atención posparto.
- Adaptar los servicios de maternidad con miras a eliminar las barreras existentes entre el personal de los establecimientos sanitarios y las madres que poseen costumbres muy arraigadas con respecto al alumbramiento.

Las casas de espera materna, conocidas como “mamawasi”, siguen el modelo de una típica casa indígena de una aldea rural y tienen como propósito que las mujeres den a luz en un establecimiento sanitario en lugar de hacerlo en sus hogares. Actualmente existen casi 400 de estas casas donde las mujeres de aldeas remotas pueden permanecer en ellas durante semanas o meses y además pueden llevar consigo a miembros de su familia.

Los centros sanitarios han modificado también sus prácticas, por ejemplo, admitiendo la posición de parto vertical, permitiendo que un miembro de la familia o una partera tradicional acompañen a la mujer durante el alumbramiento y manteniendo una temperatura ambiente más elevada en los centros.

Este programa ha transformado los servicios de salud habituales fomentando la sensibilidad cultural en materia de atención sanitaria. El distrito de Huancarani, situado en la provincia andina de Paucartambo, en la región de Cusco, es el que ha experimentado un mayor éxito en la aplicación de esta nueva estrategia. En términos generales, casi tres de cada cuatro mujeres embarazadas visitan los establecimientos de salud existentes en las regiones, sobre todo para recibir los servicios relacionados con el parto (antes, uno por cada cuatro mujeres). Este programa se ha incorporado a los seguros sanitarios de distrito y provinciales y, en 2004 fue adoptado por el Ministerio de Sanidad como norma nacional para su aplicación en todo el país. El Ministerio de Sanidad ha creado asimismo unos módulos de formación para instruir al personal sanitario sobre cómo lograr la adecuación cultural de los servicios prestados.

Fuente: Adaptado de UNICEF, 2009.

Para tales fines, se implementó una sala en la maternidad atendida por un equipo médico intercultural conformado por un obstetra, cinco matronas y una partera tradicional aymara. La evaluación de ocho meses de trabajo, basada en la atención de 55 mujeres aymaras sanas y con embarazos de bajo riesgo, muestra que un 92,8% de los partos fueron vaginales normales, un 3,6% fue por forcep y un porcentaje similar por cesárea. Un primer resultado es que la asistencia obstétrica basada en el respeto psicológico, emocional y cultural de las gestantes, favorece al parto normal. Un segundo resultado importante es que se puede devolver a la mujer el protagonismo de su propio parto, ya que es ella la que decide quién la acompaña, qué hacer y qué posición adoptar durante el mismo. Se concluye que es factible introducir este tipo de parto en una maternidad institucional, para lo cual se requiere un equipo de médicos y matronas capacitados en este modelo de atención, dispuestos a romper el paradigma rígido y mecanicista de la medicina occidental (MIDEPLAN, 2006).

RECUADRO 7

BENEFICIOS DEL PARTO NATURAL: EVIDENCIA CIENTÍFICA

Enema y rasurados púbicos

No está indicado el afeitado de la región púbica ni los enemas evacuantes preparto (Recomendaciones de la OMS. Lancet 1985; 2: 436-437).

Existe mayor riesgo de infección de episiotomía y endometritis puerperal con el uso de enemas y rasurado perineal.

Monitoreo electrónico fetal

No existen pruebas que la vigilancia electrónica del feto durante el trabajo de parto normal tenga efectos positivos en el resultado del embarazo (Recomendaciones de la OMS. Lancet 1985; 2: 436-437).

Monitoreo electrónico continuo de la frecuencia cardíaca para la evaluación fetal durante el trabajo de parto. Revisión Cochrane sobre la base de nueve trabajos publicados y 18.561 embarazadas. No se observaron diferencias significativas en apagar al primer minuto, inferior a cuatro o siete, índice de ingresos a neonatología, muerte perinatal o parálisis cerebral.

Se registró aumento en índice de cesáreas y parto vaginal instrumentalizado.

Biblioteca Cochrane plus Nº4, 2005. Oxford, Update Software Ltd.

Episiotomía

No se justifica el uso rutinario de la episiotomía. Debe protegerse el periné en forma manual siempre que se pueda (Recomendaciones de la OMS. Lancet 1985; 2: 436-437).

Episiotomía en el parto vaginal. Revisión Cochrane sobre la base de seis estudios que comparan episiotomía rutinaria (72%) versus episiotomía restrictiva (27%). La episiotomía rutinaria se asocia con mayor riesgo de trauma perineal posterior, mayor necesidad de sutura y mayores complicaciones en la cicatrización. La episiotomía restrictiva se asocia con mayor riesgo de trauma de pared anterior.

Biblioteca Cochrane plus Nº 4, 2005. Oxford, Update Software Ltd.

Inducción del parto

No deben inducirse los partos por conveniencia. La indicación debe ser por causa médica. Ninguna región debe tener un índice de partos inducidos mayor al 10% (Recomendaciones de la OMS. Lancet 1985; 2: 436-437).

Rotura artificial de membranas

No se justifica la rotura artificial de membranas de rutina (Recomendaciones de la OMS. Lancet 1985; 2: 436-437).

Cesárea

No existe justificación en ninguna región geográfica para tener un índice de cesáreas mayor al 15% (Recomendaciones de la OMS. Lancet 1985; 2: 436-437).

Fuente: MIDEPLAN 2006. Sistematización parto humanizado en población aymara.

2. Anemia de la mujer embarazada

Muchos factores que contribuyen a aumentar el riesgo de muerte de las madres no se dan exclusivamente durante el embarazo, sino que pueden ser afecciones agravadas por el embarazo y el parto; tal es el caso de la anemia que afecta a casi la mitad de las mujeres embarazadas, sobre todo entre las menores de 20 años.

La anemia es fácilmente prevenible y tratable a través de suplementos de hierro; no obstante, si no hay servicios básicos y no existe una adecuada organización de la atención básica, su efectividad es limitada. Otras medidas como enriquecer alimentos básicos están cobrando fuerza en algunos países (UNICEF, 2009).

La información disponible para cuatro países (cuadro 8) permite apreciar que entre un 20% y un 30% de las mujeres de Guatemala, México, el Estado Plurinacional de Bolivia y Perú presentan anemia. Las mujeres indígenas de los cuatro países se ven proporcionalmente más afectadas por esa enfermedad que las no indígenas, con brechas relativas que oscilan entre un 40% en Perú a un 20% más en el Estado Plurinacional de Bolivia y en México.

Las mujeres embarazadas de Guatemala, el Estado Plurinacional de Bolivia y Perú tienen proporcionalmente más anemia que las que no lo están; no obstante, en Guatemala y Perú los porcentajes de mujeres embarazadas con anemia disminuyen levemente. No se observan brechas entre indígenas y no indígenas. Lamentablemente, no se dispone de etnografías o estudios cualitativos sobre este tema.

CUADRO 8
ANEMIA EN MUJERES EMBARAZADAS Y NO EMBARAZADAS DE 15 A 29 AÑOS.
ENCUESTAS SELECCIONADAS

Métodos	Guatemala 2002 ^b				Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003 ^a				Perú 2000 ^a				México 1999 ^b			
	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa
Con anemia	20,5	24,3	18,3	1,3	33,1	35,9	29,4	1,2	31,6	42,9	30,5	1,4	20,8	24,8	20,4	1,2
Embarazada	22,1	23,6	21,2	1,1	37,2	36	39,7	0,9	38,4	39	38,3	1				
No embarazada	20,2	24,4	17,8	1,4	32,9	35,8	28,9	1,2	31,3	43,2	30,2	1,4				

Fuente: CEPAL/CELADE.

^a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

^b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

III. Salud Infantil

A. Inmunizaciones

Entre los pocos estudios sobre la cobertura de inmunizaciones en poblaciones indígenas, una investigación en Canadá muestra que en niños/as de uno a cinco años las coberturas son bastante similares entre indígenas y no indígenas, con valores cercanos al 90%; no obstante, la inmunización contra la varicela es sólo de un 10% en los menores indígenas, mientras que en los no indígenas alcanza aún 50% (Strine et al, 2003).

Como se observa en el cuadro 9, la cobertura de vacunas declarada para el primer año de vida muestra diferencias importantes entre los dos países para los que se cuenta con información. En Guatemala, las coberturas superan el 90% tanto para indígenas como no indígenas y prácticamente no hay brecha entre ambos grupos. Una situación diferente se observa en Ecuador. Allí, sólo la cobertura de BCG se ubica sobre el 90% para indígenas y no indígenas, observándose una brecha importante entre la cobertura de DPT y polio en desmedro de los menores indígenas.

CUADRO 9
PORCENTAJE DE VACUNA EN EL PRIMER AÑO DE VIDA GUATEMALA Y ECUADOR.
ENCUESTAS

	Guatemala 2002				Ecuador 2004			
	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa
BCG	97,3	97,6	97,1	1,01	92,9	91,8	93,0	0,99
DPT	91,0	91,0	91,1	1,00	70,0	51,4	71,8	0,72
Polio	91,5	91,0	91,9	0,99	67,9	51,8	69,4	0,75
Sarampión	25,5	30,8	21,6	1,43	17,6	21,8	17,2	1,27

Fuente: CEPAL/CELADE, Publicaciones de encuestas seleccionadas.

El sarampión presenta una situación más compleja. Por una parte, la efectividad de la vacuna aumenta después de los 12 meses, por lo tanto las coberturas tan bajas no deben extrañar¹⁷. En ambos países las coberturas para esa enfermedad son un poco más altas en menores indígenas. Al respecto hay que señalar que las coberturas de inmunización contra el sarampión mejoran en los próximos 18 meses (Ver cuadro 10). No obstante, aumentan proporcionalmente más entre los no indígenas, por lo que las brechas aumentan en relación a los menores indígenas, situación que es similar en las otras vacunas (con excepción del BCG).

La situación descrita para Guatemala y Ecuador es limitada y no permite generalizaciones, sin embargo hay que señalar que en Ecuador, exceptuando la BCG, ningún menor de un año tiene una cobertura de inmunizaciones adecuada. En el caso de los indígenas sólo la mitad de los niños/as ha sido vacunado contra difteria, pertusi y tétano, y menos de un cuarto contra el sarampión.

Si consideramos que el Programa Ampliador de Inmunizaciones (PAI) tiene como meta lograr una cobertura sobre el 80% en las seis enfermedades prioritarias, la información del cuadro 10 es elocuente: ninguno de los países ha logrado cumplir con ese objetivo, independientemente de la existencia del carné y/o condición étnica¹⁸. En efecto, la única vacuna que logra porcentajes de cobertura adecuados para menores es la BCG.

Por otra parte, es importante destacar que una cobertura relativamente adecuada a nivel nacional no necesariamente implica una buena cobertura para los indígenas. Como patrón general, en todos estos países, la cobertura para todas y cada una de las vacunas es menor en los menores indígenas, evidenciando una brecha de acceso a la atención de salud y a la protección que ofrecen los programas de inmunizaciones. Esta brecha es sistemática, pero heterogénea entre países. El caso extremo es Nicaragua, que si bien tiene la mayor cobertura nacional para todas las vacunas, tiene la mayor brecha relativa entre indígenas y no indígenas (sólo la mitad de los menores indígenas posee todas las vacunas).

Hay otros países, como Ecuador, donde la cobertura nacional es baja (levemente superior al 50%); no obstante, la brecha entre indígenas y no indígenas es similar a la observada en Nicaragua. En el otro extremo está el Estado Plurinacional de Bolivia, que presenta la cobertura total más baja de todos los países, sin gran desigualdad entre indígenas y no indígenas.

Los datos analizados son similares a los descritos para el pueblo toba de Argentina donde sólo el 79% de los niños/as indígenas tienen el esquema de vacunaciones completo (Bustos et al, 2005)¹⁹. Por otra parte, algunos estudios que han enfatizado en las diferencias por género y cómo éstas se expresarían en la atención y demanda de salud han sugerido que las niñas podrían recibir menos cuidados y una menor atención en salud (Gupta, 1998). Al analizar la cobertura total de inmunizaciones por sexo, no se observan grandes diferencias tal como se aprecia en el cuadro 11.

Finalmente, en el mismo cuadro, y corroborando las brechas existentes por condición étnica en desmedro de los indígenas, se observan menores coberturas de inmunizaciones en los niños/as indígenas que en niños/as no indígenas para ambos países (brecha relativa de 0,79 en el Estado Plurinacional de Bolivia y 0,82 en Perú). Un patrón similar se observa entre niñas indígenas y no indígenas.

¹⁷ La inmunización se inicia a esa edad y no necesariamente implica una brecha de implementación del programa.

¹⁸ En términos relativos, las madres indígenas poseen menos carné de vacunación de sus hijos(as) (Cuadro 10); siendo el caso más extremo Nicaragua, donde menos de la mitad de las madres indígenas lo poseen

¹⁹ En esa mismo trabajo se cita un artículo sobre indígenas de Alaska donde se observa que las coberturas de todas las vacunas son más bajas respecto de los no indígenas (rangos que van entre los 9,7% y 1,5% menos).

CUADRO 10
VACUNACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DE LOS NIÑOS/AS DE 12-23 MESES. ENCUESTAS SELECCIONADAS.

	Guatemala 2002 ^b				Ecuador 2004 ^b				Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003 ^a				Nicaragua 2001 ^a				Perú 2000 ^a			
	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa
Con carnet	68,6	65,4	71,1	0,92	71,5	54,4	73,6	0,74	78,6	77,0	81,4	0,94	78,6	35,0	80,0	0,44	58,1	46,1	60,4	0,76
BCG	91,9	90,0	93,3	0,96	96,7	98,4	96,6	1,02	93,4	91,7	96,1	0,95	95,5	87,5	95,7	0,91	96,1	94,2	96,5	0,98
DPT 3	76,7	73,2	79,3	0,92	74,6	52,1	77,6	0,67	72,0	67,6	78,8	0,86	82,7	47,5	83,8	0,57	84,8	75,7	86,5	0,87
Polio 3	78,1	73,9	81,2	0,91	71,8	45,2	75,3	0,60	68,4	64,5	74,5	0,87	84,5	57,5	85,4	0,67	76,5	67,5	78,4	0,86
Sarampión	74,7	74,1	75,2	0,99	65,9	38,0	69,5	0,55	63,8	58,9	71,6	0,82	86,4	60,0	87,2	0,69	84,4	85,1	84,2	1,01
Todas	62,5	61,4	63,3	0,97	53,5	31,5	56,3	0,56	50,3	45,2	58,4	0,77	71,6	37,5	72,6	0,52	66,3	57,6	68,1	0,85

Fuente: CEPAL/CELADE.

^a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.^b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

CUADRO 11
VACUNACIÓN EN CUALQUIER MOMENTO DE LOS NIÑOS/AS DE 12-23 MESES SEGÚN SEXO. ENCUESTAS SELECCIONADAS.

	Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003								Perú 2000							
	Hombre				Mujer				Hombre				Mujer			
	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa
Con carnet	77,4	75,0	81,4	0,92	80,0	79,2	81,5	0,97	58,7	46,7	60,9	0,77	57,4	45,5	59,8	0,76
BCG	94,0	92,8	95,7	0,97	92,9	90,8	96,5	0,94	96,1	95,1	96,2	0,99	96,3	93,5	96,9	0,97
DPT 3	70,2	65,8	77,1	0,85	73,8	69,4	80,9	0,86	85,4	73,6	87,5	0,84	84,1	77,0	85,5	0,90
Polio 3	66,5	62,3	72,9	0,86	70,3	66,7	76,3	0,87	77,4	66,5	79,4	0,84	75,7	68,5	77,3	0,89
Sarampión	64,6	60,3	71,3	0,85	63,2	57,7	72,3	0,80	84,1	84,6	84,0	1,01	84,7	86,0	84,4	1,02
Todas	49,6	45,0	56,6	0,79	51,1	45,4	60,4	0,75	66,1	55,5	68,0	0,82	66,6	59,5	68,2	0,87

Fuente: CEPAL/CELADE. Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

1. ¿Qué nos dicen las etnografías sobre las vacunas?

Los salubristas están muy conscientes de los factores biológicos que afectan el deterioro de las vacunas. Por ejemplo, un almacenamiento deficiente y la falta de una respuesta inmune adecuada en los niños/as por malnutrición. No obstante, le han dado mucho menos atención a los aspectos sociales en el uso efectivo de las vacunas (Mosley, 1984; citado por Nichter, 1998).

Nichter (1989) considera que las bajas coberturas de vacunas no sólo tienen que ver con el entendimiento local, sino con la disponibilidad de vacunas, los horarios de atención en los centros de salud, la accesibilidad, la identificación de los usuarios, las políticas de administración de vacunas, los costos directos e indirectos y la naturaleza de las relaciones entre el personal de salud y la comunidad (1998).²⁰ Por esa razón, este autor sugiere que la investigación sobre aspectos logísticos de las vacunas debería estar acompañada de estudios etnográficos detallados con el objetivo de identificar las percepciones de las culturas locales respecto de las inmunizaciones y desarrollar enfoques educativos sensibles que favorezcan y fortalezcan la participación de la comunidad.

Las etnografías llevadas a cabo en distintos lugares muestran la importancia de un adecuado conocimiento del rol de las vacunas, si se pretende alcanzar una cobertura completa y efectiva. Por ejemplo, en Sri Lanka, aun cuando hay una adecuada infraestructura y la gente sabe dónde y cuándo obtenerlas, una alta proporción de padres sólo llevan a sus hijos a la primera dosis y no completan el esquema de tratamiento. Las razones derivan directamente de las características del programa, percibido como autoritario y vertical y de la falta de información sobre la importancia de todo el esquema de vacunas. Además, se producen vacíos de responsabilidad: los padres esperan que el proveedor de salud les indique la continuación del esquema, y el proveedor de salud espera que los padres continúen por su cuenta con las dosis siguientes. Un enfoque para mejorar esta situación incluye educar a los proveedores para que ellos, a su vez, entreguen información a los padres y los motiven a participar en el programa de inmunización.

Los antecedentes disponibles sobre la percepción y comprensión de las vacunas por parte de las comunidades locales y pueblos indígenas refieren que el conocimiento de la madre sobre las vacunas es un predictor significativo del estatus de inmunización de los niños/as. Sin embargo, el conocimiento y comprensión por parte de las madres es limitado o exagerado sobre las enfermedades contra las cuales protegen las vacunas. Por otra parte, las madres que conocen las enfermedades que son prevenibles con vacunas, tienden a aceptarlas más rápidamente que aquellas que no son capaces de especificar (Streatfield y Singarinbun, 1988). Dos son las principales percepciones de la gente sobre el rol de las vacunas: a) que son remedios buenos para la salud del menor; b) que protegen al niño/a de muchas enfermedades graves, como diarrea, disentería, vómitos, fiebre, neumonía e inclusive de la tos y del resfrío. Sin embargo, las madres por lo general no saben qué vacuna es específica para cada enfermedad (Nichter, 1998).

Por otra parte, las conductas relacionadas con las vacunas están fuertemente influenciadas por las concepciones locales o indígenas sobre la salud; por lo tanto, la implementación de un modelo eficiente para mejorar la cobertura de las vacunas en comunidades indígenas no debería ser paternalista ni persuasiva, sino más bien un modelo de comunicación convergente (Kincaid 1979; citado por Nichter, 1998) o un modelo de salud intercultural (Oyarce y Pedrero, 2006).

A pesar de que las categorías biomédicas no se corresponden exactamente con las categorías indígenas, puede ser ventajoso para los trabajadores de la salud primaria identificar una vacuna por el nombre de una enfermedad que es familiar para la gente. Entre los ejemplos de este tipo de enfoque, está la sugerencia de Streatfield y Singarinbun (1988) de incorporar el nombre de la enfermedad prevenible en el nombre de la vacuna y de las campañas de inmunización. Por ejemplo, en vez de

²⁰ En el caso de las inmunizaciones y considerando que estas son poco entendidas, los programas son culturalmente poco pertinentes, además las vacunas muchas veces producen síntomas que se confunden con enfermedades.

vacunas BCG, debería llamarse vacuna antituberculosis, y la vacuna DPT, posiblemente antitetánica, que es una enfermedad conocida.

Un buen ejemplo de enfoque intercultural basado en una etnografía sobre los modelos culturales indígenas es el aportado por Bastien en el Estado Plurinacional de Bolivia, en uno de los pocos estudios sobre la comprensión de las vacunas y las enfermedades en Latinoamérica. Este autor documenta cómo los aymara, quechua y tupi-guaraní perciben el tétano dentro de un marco conceptual propio.

En el caso de los quechua, por ejemplo, propone que deberían utilizarse las matrices conceptuales quechuas sobre fluidos corporales positivos y negativos, que entran en el cuerpo a través de un movimiento centrípeto, para explicar cómo funciona la vacuna. En este modelo, las vacunas serían fluidos positivos que refuerzan el cuerpo contra la enfermedad, que es un fluido negativo que entra al cuerpo.

En el caso de los tupi-guaraní, se podría usar la categoría local “pasma de ombligo” bajo la cual se reinterpreta el tétano; fomentando que las madres protejan a sus niños/as de esta enfermedad, como forma grave de esa dolencia local que causa rigidez, convulsiones y la muerte en los niños/as, facilitando que los menores reciban la inyección antitetánica.

Para los aymara, podría ser útil utilizar el término *jinchukañu* que simboliza una enfermedad muy agresiva para los infantes y que presenta síntomas como mucho llanto, diarrea, ojos hundidos, boca seca, vómito, rigidez, fiebre y convulsiones. Si bien, ese síndrome puede ser una infección respiratoria aguda, una diarrea o infecciones bacterianas como meningitis, septicemia o tétano, podría tener más sentido para las madres utilizarlo (Bastien, 1998).

Estas sugerencias de adaptar el conocimiento científico acerca del tétano a etiologías y síntomas que ya están en el esquema cultural de estos pueblos podría ayudar a las mujeres bolivianas a comprender la importancia de la inmunización y a elegir o demandar una cobertura apropiada de inmunizaciones. No obstante, estas estrategias deben ser consensuadas y validadas con la comunidad, ya que también se ha planteado lo complejo, y hasta confuso, que puede ser tratar de hacer corresponder una enfermedad biomédica con las enfermedades o sintomatologías locales.

Sin minimizar la importancia de un esquema de vacunas y una infraestructura bien desarrollada para lograr una cobertura de inmunización adecuada, un enfoque de equidad requiere que el conocimiento sobre las vacunas sea ampliamente difundido, por lo que la participación de la comunidad demanda una respuesta informada y motivada.

La demanda por vacunas es distinta a una aceptación pasiva y requiere una conceptualización apropiada sobre qué es y qué no es la inmunización (la “desmitificación”). Ese diálogo de modelos culturales involucra negociación de significado y entendimiento mutuo. En el marco de los derechos colectivos, ese modelo convergente o intercultural basado en el derecho a la autonomía y la integralidad cultural llevaría a establecer prioridades en salud, compartidas entre los trabajadores de la salud y las comunidades (Nichter, 1989).

Además, una demanda activa conlleva adherencia al programa de vacunación por un público informado que percibe los beneficios y la necesidad de vacunas específicas. En este caso, es fundamental comprender las percepciones locales sobre las inmunizaciones, así como las interpretaciones locales de las enfermedades prevenibles y su asociación con las categorías de dolencias tradicionales (Nichter 1998).

Por eso, en el largo plazo, el éxito de una campaña de vacunación debería ser medido en términos de la demanda de la comunidad por servicios de inmunización. Este autor sugiere que habría tres grupos de factores que influyen en la aceptación y demanda de inmunización una vez que la comunidad ha tomado conciencia respecto de la importancia de las vacunas: a) factores de servicio y abastecimiento; b) factores sociales; c) factores culturales que influyen en la forma en que la vacunación es interpretada.

Entre los factores sociales, el más importante es la comprensión de la demanda desde la perspectiva de la comunidad; esto requiere de un cambio de enfoque desde los predictores de “no uso de vacuna” a predictores de demanda y autorregulación, que dan mucho más credibilidad a la iniciativa de los miembros de la comunidad.²¹

Varios de los estudios sobre la baja cobertura de los programas de inmunizaciones han tenido como objetivo identificar “barreras culturales” para el no cumplimiento de las metas. Recientemente, este enfoque ha sido criticado porque privilegia el conocimiento biomédico y otorga poca atención al conocimiento práctico local y el rol que éste pudiera jugar en la promoción de la salud, así como en la prevención y manejo de los problemas y enfermedades. Además, conlleva una serie de limitaciones al focalizarse en identificar ignorancia o concepciones erróneas por parte de una población (Nichter, 2008).

Si bien es importante recolectar información sobre comportamientos y percepciones que ponen a una población en riesgo de problemas de salud, el uso de un sólo prisma para analizar lo que la población dice y hace, lleva a una percepción tergiversada de la realidad y cultura local, ya que deja fuera el contexto, otorga muy poca atención a las razones para actuar de determinada forma, e ignora las contingencias de la vida. Más aún, al poner el énfasis en lo que una población no sabe, no se logra entender los temas y puntos importantes de lo que la población sí sabe y cómo lo ha aprendido; información que es esencial a la hora de diseñar intervenciones y programas, ya que por una parte involucra a la población en la resolución de problemas y por otra, promueve la confianza en nuevas ideas y prácticas (Nichter, 2008).

También hay que tener presente el uso simplista de las representaciones de salud cuando se habla de las “barreras culturales”. Generalmente se usan como explicaciones del fracaso o limitaciones de proyectos de salud pública, los que a menudo “culpan a la víctima” y usan la cultura como chivo expiatorio para otras razones más profundas, incluyendo una planificación e implementación deficiente, poca pertinencia cultural, abastecimiento insuficiente, limitado acceso a la información y formas de violencia estructural, institucional o sistémica (Farmer, 2004; Nichter, 2008).

B. Infección Respiratoria Aguda (IRA)

Como grupo, las infecciones respiratorias agudas se dividen en altas y bajas. Las infecciones respiratorias altas (tos, resfrío, amigdalitis, faringitis, otitis) son mayormente causadas por virus y no requieren tratamiento con antibióticos. Por el contrario, las infecciones respiratorias bajas son principalmente causadas por bacterias, virus o una combinación de ambos (Douglas, 1990). En los países en desarrollo, la mayoría de las infecciones respiratorias bajas, como la neumonía, son de etiología bacteriana fácilmente tratables con antibióticos (Berman, 1992).

Mientras la incidencia de infecciones respiratorias no bacterianas es comparable entre países desarrollados y en desarrollo, con un promedio de cinco a siete episodios por año, la neumonía es 10 a 50 veces más frecuente en los países del tercer mundo. Se estima que en éstos, un 98% de las muertes por IRA podrían evitarse con la administración de antibióticos y una correcta estrategia de inmunización (Douglas, 1990; Chand, 1994). Dado lo anterior, es esperable que la mortalidad por IRA en los pueblos indígenas sea más alta, como lo muestran algunos estudios preliminares realizados en Chile (Ibacache y Oyarce 1998).

²¹ Las madres son la unidad más común de análisis y se consideran principalmente en términos de su educación, trabajo o conocimiento de las vacunas. Sin embargo, cada vez más los investigadores han empezado a centrarse también en los padres mayores y en los miembros del hogar. El orden de nacimiento y el género del niño también han sido considerados como predictores de la aceptación de las vacunas y el horario.

Con el objetivo de evitar las muertes asociadas a infecciones respiratorias, es esencial acceder a un tratamiento oportuno y adecuado, sobre todo si se considera que los fallecimientos por neumonía son de evolución muy rápida. Por ejemplo, estudios llevados en Tanzania y Nepal, han mostrado que el período de tiempo entre la aparición de signos y síntomas específicos de neumonía y la muerte del niño/a es de apenas tres días (WHO, 1991).

Dada la magnitud de este problema, y con el objetivo de reducir la mortalidad por esta causa, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha establecido una estrategia de “manejo de casos”, cuyo principal componente es el reconocimiento por parte de los padres y trabajadores de salud de los signos y síntomas de la neumonía, principalmente la respiración rápida y la contracción intercostal.²²

En efecto, a través de estudios clínicos, se ha demostrado que estos dos síntomas son suficientemente sensibles y específicos para el diagnóstico diferencial de neumonía y para un tratamiento empírico de esta enfermedad; es decir, sin necesidad de un examen de rayos X o por médicos profesionales (Cherian et al, 1988: WHO, 1991). Por este motivo, es central el reconocimiento de estos signos de severidad por parte de la madre o familiares del niño/a y la búsqueda oportuna de atención médica.

Considerando la necesidad de conocer y evaluar la conceptualización y evaluación local de los signos y síntomas de severidad en las infecciones respiratorias agudas, antropólogos, en conjunto con personal médico de la OMS, desarrollaron un enfoque teórico y metodológico denominado FES (Focused Ethnographic Study) cuyo principal objetivo es recoger información basal sobre percepciones y prácticas de las madres y familias en infecciones respiratorias agudas.²³

El cuadro 13 muestra que los episodios de IRA son levemente más bajos en los menores indígenas. Puesto que recientemente se ha estimado que los menores en los países de bajos ingresos presentan 0,3 episodios clínicos de neumonía al año, comparados con 0,05 en los países de ingresos altos (Rudan et al, 2008) y que los pueblos indígenas ocupan los estratos de menor ingreso dentro de los países de América Latina, estos datos más bien podrían significar que los síntomas de neumonía establecidos en el algoritmo de la OMS (WHO/ARI, 1991); a) no son reconocidos por las madres indígenas; b) son considerados “normales” (por ejemplo la tos) y no se reportan; c) que estos síntomas se decodifican como parte de otras categorías de enfermedades locales.

Esto ya ha sido bastante documentado en las primeras etnografías realizadas con los estudios FES²⁴, llevados a cabo en diferentes países del mundo²⁵ que han reportado que, en la mayoría de los casos, existe más de una categoría local de enfermedad que incluye signos y síntomas de neumonía. (Gove y Pelto 1994, Nichter 1994). Además, rara vez hay una correspondencia entre la categoría biomédica de neumonía y una categoría local de enfermedad. A menudo las categorías locales (*folk*) se traslapan con los síntomas de neumonía.

Por otra parte, estas etnografías muestran una enorme variación cultural en la percepción y reconocimiento de los síntomas y signos de neumonía por parte de las madres y familias. La respiración rápida es reconocida como signo de severidad por varios, pero no todos los grupos.

²² En el caso de la información analizada aquí los síntomas se refieren a: tos con respiración agitada o rápida para Guatemala, Bolivia, Nicaragua y Perú. En Ecuador se incluyen no sólo síntomas como tos o sibilancias, sino además cuadros clínicos como neumonía graves, neumonía, tos o resfriado y enfermedades graves y sólo tos y resfriado.

²³ Estas metodologías, así como el Manual de Procedimiento Rápido (RAP) fueron desarrolladas durante los 80, principalmente para disminuir las muertes por diarrea y bronconeumonía.

²⁴ Las etnografías sobre enfermedades respiratorias permiten apreciar, conocer y entender los signos locales de severidad de las IRA y tener información basal en la percepción y prácticas asociadas a este tipo de enfermedades. Constituyen por lo tanto una etapa inicial e imprescindible en el desarrollo de programas locales de control de IRA.

²⁵ En Pakistán (Mull et al. 1994, Cody et al 1997), Bangladesh (Stewart et al 1994), Filipinas (Nichter y Nichter 1994, Mc Nee et al. 1995, Simon et al. 1996), Indonesia (Kresno et al 1994), India (Chand y Bhattachayra 1994), Gambia (Campbell et al. 1990, Iyun y Tomson 1996) y el Estado Plurinacional de Bolivia (Hudelson et al 1995).

En India (Cherian et al, 1988) e Indonesia (Kresno, et. al., 1994), por ejemplo, las madres consideran la respiración rápida como un marcador de severidad, pero no así la contracción intercostal. En general, la contracción intercostal es menos identificada como signo de gravedad.

No solo existe variación entre países y culturas, sino que también al interior de una misma cultura es posible apreciar variación y ambigüedad en el modo en que las madres interpretan y describen los signos clínicos de la neumonía. Además, la respiración rápida y la contracción intercostal pueden ser interpretadas en un modo culturalmente distinto de una traducción literal. Por ejemplo, la respiración rápida ha sido interpretada como cansancio en Guatemala y Honduras (Hudelson 1993) y como “movimientos del estómago” en India (Chand y Bhattachayra 1994).

Los estudios muestran que, en general, las madres reconocen como signo de severidad la dificultad más que la velocidad de la respiración. Por otra parte, la respiración rápida es una preocupación de salud sólo cuando va acompañada de otros síntomas tales como fiebre y convulsiones (Nichter y Nichter 1994; McNee et al, 1995; Chand y Bhattacharyya, 1994; Kresno et al, 1994).

Donde es posible apreciar una brecha entre indígenas y no indígenas es en el acceso a la atención de salud (cuadro 12). En los países seleccionados, exceptuando Nicaragua, los menores indígenas acceden entre un 10% a un 20% menos a un tratamiento específico para las IRA. Hay que considerar que estos datos pueden reflejar, por una parte, la dificultad de acceso a un centro de salud y, por otra, la existencia de otros factores como la etiología percibida, el reconocimiento de síntomas, las creencias culturales, la organización y estructura del hogar, el estatus social del niño/a, madre, y familia; así como factores económicos, de transporte y acceso a los centros de salud que pueden retrasar o limitar la búsqueda de atención médica (Cody et al, 1997; Stewart et al, 1994; McNee et al, 1995)²⁶. Complementariamente, cuando una madre sospecha una enfermedad local, que sólo puede ser tratada por un agente tradicional, el tratamiento profesional es evitado o retrasado (Mc Nee et al, 1995, Hudelson et al, 1995).

Entre los factores que limitan la búsqueda de atención se han reportado (Nichter y Nichter 1994) aquellos asociados con las características de los servicios de salud: distancia, largas esperas en el centro médico u hospital, la poca disponibilidad y carencia de medicamentos y el temor a la hospitalización (un lugar asociado con la muerte).

Desde una perspectiva intercultural, y a partir de lo revelado por las etnografías, es necesario conocer qué tipo de síntomas y signos son reconocidos por la población local y cuáles son las categorías locales de enfermedad respiratoria, así como los modelos de cuerpo y salud. Este tipo de información es vital para diseñar intervenciones culturalmente relevantes asegurando la integralidad de la atención y asegurando la disponibilidad para los tratamientos necesarios en los centros de salud y clínicas locales para esta enfermedad que es fácilmente curable con un tratamiento oportuno y adecuado.

Los datos de las encuestas parecen sugerir que la poca adecuación del algoritmo de la OMS por un lado y por otro, que, cuando se reconocen, las madres indígenas tienen menos acceso a atención para sus hijos(as), lo que podría indicar falta de accesibilidad cultural y falta de acceso geográfico, problemas ambos que atentan contra los derechos de salud de atención preferencial y acceso gratuito e integralidad cultural.

²⁶ Las percepciones de riesgo también influyen en la conducta de las madres, muchas son reacias a sacar un niño enfermo fuera del hogar y así exponerlo a elementos como el frío, viento, lluvia y a menudo largos viajes hacia el centro o agente de salud. (Kresno et al, 1994; Stewart et al, 1994).

CUADRO 12
PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS. ENCUESTAS SELECCIONADAS

	País																			
	Guatemala 2002 ^b				Ecuador 2004 ^b				Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003 ^a				Nicaragua 2001 ^a				Perú 2000 ^a			
	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa
Con síntomas de IRA	18,2	18,3	18,2	1,01	42,3	34,9	43,2	0,81	22,2	19,6	26,6	0,74	30,9	26,9	31,0	0,87	20,2	17,1	20,7	0,82
Con tratamiento específico	64,3	62,2	65,8	0,95					51,5	47,8	56,3	0,85	57,4	62,7	57,2	1,10	57,6	53,8	58,3	0,92

Fuente: CEPAL/CELADE.

^a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.^b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

CUADRO 13
PREVALENCIA Y TRATAMIENTO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS SEGÚN SEXO. ENCUESTAS SELECCIONADAS.

	Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003								Nicaragua 2001								Perú 2000							
	Sexo				Sexo				Sexo				Sexo				Sexo							
	Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer		Hombre		Mujer					
	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa				
Con síntomas de IRA	23,4	21,0	27,6	0,76	20,9	18,2	25,6	0,71	31,4	26,7	31,6	0,85	30,3	26,9	30,4	0,89	21,5	18,0	22,1	0,81	18,8	16,0	19,3	0,83
Con tratamiento específico	53,4	50,2	57,9	0,87	49,1	44,9	54,4	0,83	57,7	61,3	57,6	1,06	57,0	64,3	56,8	1,13	56,8	58,9	56,5	1,04	58,7	48,3	60,4	0,80

Fuente: CEPAL/CELADE. Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

C. Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

A pesar de los esfuerzos internacionales orientados a disminuir la prevalencia de diarrea infecciosa, esta enfermedad se mantiene como una de principales causas de morbilidad y mortalidad en los países en desarrollo. En ellos se producen alrededor de 1.300 millones de episodios y, al menos 3,2 millones de muertes se asocian a esta causa. En promedio, los menores presentan 3,3 episodios de diarrea por año, llegando a nueve episodios en áreas aisladas, pasando alrededor del 15% de sus días con diarrea²⁷. Además, se ha estimado que entre un 80% a un 90% de las muertes de menores de dos años se produce por esta causa (Kane et al, 2004).

Las diarreas infecciosas son de etiología viral (rotavirus), bacteriana (E-coli, vibrio cholerae, Shigella) o parasitaria (Entamoeba histolytica, Giardia Lambia). En América Latina la mayoría de las diarreas agudas son atribuibles a rotavirus; consecuentemente, se están realizando ensayos con una vacuna específica que se espera podría tener un impacto considerable en la prevención de las hospitalizaciones, consultas y muertes por esta causa (Kane et al, 2004). Hasta que eso no se logre, la mejor medida de prevención sigue siendo mejorar las condiciones de salubridad, principalmente el acceso al agua potable.

La diarrea es el mayor determinante que lleva a la malnutrición en los países en desarrollo, ya que si es prolongada o recurrente, los nutrientes se pierden y el niño o niña puede llegar a la desnutrición; a su vez, ésta los predispone a una situación más desfavorable frente a la infección, lo que finalmente lleva a un círculo vicioso de diarrea, desnutrición y diarrea.

Como respuesta a este flagelo, la OMS estableció en 1987 el Programa de Control de Enfermedades Diarreicas (CED), a través del cual se ha motivado la investigación para comprender su etiología y la evaluación de las estrategias preventivas y terapéuticas (Smith et. al., 1993). Investigaciones llevadas a cabo alrededor del mundo han calculado que se podrían salvar alrededor de 1,5 millones de niños/as cada año si tuvieran el tratamiento adecuado (Forsberg et al, 2007).

Una vez que se demostró que la deshidratación es la causa directa de la muerte²⁸, se desarrolló el suero de rehidratación oral (SRO), considerado el adelanto médico más importante del siglo XX. Sus ingredientes se encuentran en prácticamente todos los hogares del mundo y es fácil de preparar por personal no médico, madres o cuidadores. Con el éxito de este tratamiento ha habido una disminución sustantiva en la morbilidad y mortalidad por diarrea infantil aguda²⁹.

La información disponible sugiere una fuerte influencia del medioambiente en la aparición de esta enfermedad, principalmente la pobreza, el hacinamiento, la contaminación y la presencia de vectores y micro organismos patógenos. Entre los factores de salud se encuentran: la falta de lactancia materna, el destete temprano, la desnutrición, las prácticas de alimentación inadecuadas, el manejo inadecuado de la alimentación durante el episodio de diarrea (Gracey, 1993). Al respecto, hay que señalar que la OMS ha resaltado que la leche materna es el mejor suero de rehidratación oral, por lo que la lactancia no debe ser suspendida en los episodios de diarrea.

Las principales medidas implementadas por la OMS para disminuir la morbi-mortalidad por diarrea son: mejorar 1) la disponibilidad de agua potable y saneamiento; 2) la nutrición, especialmente

²⁷ La mayor parte se produce entre los seis y once meses junto con el destete, reflejando el patrón combinado de disminución de anticuerpos, falta de inmunidad, introducción de alimentos contaminados enteros patógenos y el contacto directo con heces de animales cuando el niño comienza a gatear (OPS-OMS, 1994)..

²⁸ La causa principal de la muerte asociada a diarrea es la deshidratación; otras causas importantes son la disentería, desnutrición e infecciones graves como neumonía (OPS-OMS, 1994).

²⁹ Entre un 3% y un 20% de los episodios de diarrea aguda se vuelven persistentes en los países en desarrollo y causan entre un tercio y la mitad de todas las muertes. Cada vez se está poniendo más atención en este tipo de diarrea (Gracey, 1993).

la lactancia materna y la alimentación durante la crianza; 3) la higiene personal y la higiene doméstica; 4) la inmunización contra sarampión y rotavirus. Respecto al tratamiento, se recomienda tratar los episodios agudos con suero de rehidratación oral y aumentar el acceso a centros de salud.

Como se observa en el cuadro 14, entre un 15% y un 22% de los menores de cinco años presentaron al menos un episodio de diarrea en las dos semanas anteriores a la encuesta³⁰. Las madres de los menores indígenas de Guatemala, Ecuador, Nicaragua y Perú refieren una mayor prevalencia respecto de los menores no indígenas; situación que en los primeros tres países alcanza a casi un cuarto de todos los menores.

Se observa una brecha sistemática entre indígenas y no indígenas. En Nicaragua se presenta la mayor brecha relativa, con un 76% más de episodios de diarrea en indígenas respecto de los no indígenas. En los otros tres países, los menores tienen una prevalencia que oscila entre un 11% y un 16% más respecto de resto de los/as niños/as.

Los datos disponibles para el Estado Plurinacional de Bolivia y Perú permiten hacer una desagregación según el sexo del menor. En el cuadro 15 se aprecia que en estos dos países no hay mayores diferencias intraétnicas entre hombres y mujeres. Las diferencias que se observan se dan a nivel interétnico y con situaciones diferentes. En el Estado Plurinacional de Bolivia, tanto los niños como niñas indígenas presentan menos episodios que el resto de los menores de su mismo sexo no indígenas. En Perú, en cambio, aunque las prevalencias son menores que en el Estado Plurinacional de Bolivia, tanto los niños como las niñas indígenas presentan más episodios de diarrea que los no indígenas.

1. La necesidad de contextualizar los datos

Los datos aportados por las encuestas constituyen sólo una aproximación a las enfermedades diarreicas, que deben ser relativizados y contextualizados. Ello, pues, por una parte, lo que se considera diarrea desde el punto de vista biomédico puede variar. Usualmente, se define la diarrea como la eliminación de tres o más evacuaciones intestinales líquidas o sueltas en un periodo de 24 horas; considerando que algunos niños/as alimentados al pecho pueden tener normalmente varias evacuaciones intestinales blandas o semilíquidas por día, se ha sugerido que es más práctico definir diarrea como un aumento en la frecuencia de las evacuaciones intestinales o variaciones en su consistencia en comparación a “lo que la madre considera normal” (comillas propias) (OPS-OMS 1995).

En efecto, autores como Weiss (1988), Nichter, 2008, Smith et al, (1993), Green (1985), Nations (1996) y Kendall (1990), entre otros, han enfatizado la necesidad de investigar, comprender y considerar el contexto local y los modelos etnomédicos relacionados con esta enfermedad, a través de estudios etnográficos en comunidades indígenas y populares. Específicamente, han sugerido investigar los patrones de la enfermedad, los modelos explicativos, las conductas de búsqueda de atención o itinerarios terapéuticos, los tratamientos locales y la percepción y conocimiento del Suero de Rehidratación Oral (SRO), así como los tipos de dieta asociados.

Estos autores recalcan que la diarrea, definida clínicamente desde la biomedicina, puede no necesariamente corresponder a los conceptos indígenas de lo que serían deposiciones anormales. Ésta, además, puede ser reconocida como una enfermedad, como un síntoma de otra enfermedad, o en asociación con otras patologías.

³⁰ Estudios en América Latina que muestran que los niños/as menores de cinco años pueden padecer hasta 10 episodios diarreicos por año, con un promedio de tres ó cuatro, aunque la mayoría de éstos son de corta duración (menos de siete días) y suelen ser tratados eficazmente con rehidratación oral y alimentación mantenida. Sin embargo, en algunos pacientes se prolongan tanto que constituyen un verdadero riesgo de desnutrición y muerte (González y Cunil, 2002).

CUADRO 14
PREVALENCIA DE DIARREA. ENCUESTAS SELECCIONADAS

	País																			
	Guatemala 2002 ^b				Ecuador 2004 ^b				Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003 ^a				Nicaragua 2001 ^a				Perú 2000 ^a			
	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa
Con diarrea (todo tipo)	22,2	24,2	20,8	1,16	21,7	25,0	21,4	1,17	22,4	21,7	23,5	0,93	13,1	22,4	12,7	1,76	15,4	16,8	15,1	1,11
Sin diarrea	77,8	75,8	79,2	0,96	78,3	75,0	78,6	0,95	77,6	78,3	76,5	1,02	86,9	77,6	87,3	0,89	84,6	83,2	84,9	0,98
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	

Fuente: CEPAL/CELADE.

^a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

^b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

CUADRO 15
PREVALENCIA DE DIARREA SEGÚN SEXO DEL MENOR. ENCUESTAS SELECCIONADAS

	Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003								Perú 2000							
	Sexo								Sexo							
	Hombre				Mujer				Hombre				Mujer			
	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa
Con diarrea (todo tipo)	25,1	24,0	27,0	0,89	19,6	19,4	19,8	0,98	16,4	18,5	16,0	1,15	14,4	15,2	14,3	1,06
Sin diarrea	74,9	76,0	73,0	1,04	80,4	80,6	80,2	1,00	83,6	81,5	84,0	0,97	85,6	84,8	85,7	0,99
Total	100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0		100,0	100,0	100,0	

Fuente: CEPAL/CELADE. Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

Por ejemplo, la situación encontrada en el Estado Plurinacional de Bolivia (cuadros 14 y 15) debería ser relativizada y complementada con información sociocultural del contexto local, ya que la menor prevalencia de diarrea que reportan las madres podría no necesariamente reflejar una menor incidencia de la enfermedad en los niños/as indígenas, sino que podría estar indicando: a) problemas en la comprensión de la pregunta; b) que la diarrea se conceptualiza como un síntoma u otra enfermedad popular, como por ejemplo el empacho; o, c) que se considera normal en ciertas épocas del año o en ciertas etapas del crecimiento; todas explicaciones que no son excluyentes entre ellas.

De la misma forma, la mayor prevalencia de diarrea reportada en los hombres pudiera denotar una mayor preocupación por los síntomas que presentan los varones, considerados en muchas culturas como “más débiles”³¹.

Uno de los primeros intentos por indagar precisamente sobre los conocimientos, percepciones y prácticas locales fueron desarrolladas por la OMS en la iniciativa RAP y FES. Estas etnografías desarrolladas desde los años noventa se centraron en las clasificaciones locales o *folk*, que fueron evaluadas en relación a las necesidades de la rehidratación oral (Kendall, 1990, Weiss, 1988).

Estas etnografías mostraron que la gente distingue varios tipos de diarrea y que pueden ser síntomas de otras enfermedades populares o indígenas. La percepción de la etiología es uno de los principales predictores del tipo de tratamiento a seguir. Al respecto, en muchas culturas se considera que la diarrea es un síntoma de una enfermedad grave causada por fuerzas sobrenaturales (o trasgresiones), principalmente del mal de ojo o susto; también puede ser síntoma de una enfermedad causada por un desequilibrio frío-caliente³², como el empacho y el “solazo”, entre los mapuche de Chile (Oyarce, inédito), el “sol de vista” en Nicaragua, la “quentura do intestino” (calor intestinal) en Brasil (Nations, 1982). También puede ser un síntoma de otras enfermedades populares ampliamente difundidas en América Latina como la “caída de la mollera” (Weiss, 1988). Finalmente, puede ser considerada en sí misma una enfermedad común o “natural”, que puede ser causada por lombrices o infecciones.

Más aún, las deposiciones líquidas no son necesariamente consideradas algo anormal. Es el caso, por ejemplo, de los parásitos, ya que todos los menores pueden tenerlos; además, en algunos pueblos y culturas se considera “natural o normal” tener diarrea en algunos periodos de la vida, como cuando salen los primeros dientes (Weiss, 1988).

La percepción de la etiología de la diarrea está en directa relación con el itinerario terapéutico a seguir. Así un estudio en Nicaragua (Gorter et. al, 1995) sugiere que cuando es considerada una infección, disentería o parasitosis, se es más propenso a consultar a un centro médico; por el contrario, cuando se piensa que es un empacho o mal de ojo se recurre a un sanador tradicional³³.

Un último aspecto en que es necesaria la perspectiva intercultural es el uso del suero de rehidratación oral, ya que debe ser asequible, disponible, aceptado y adecuado culturalmente. Existe la necesidad de contextualizar los fluidos y la temperatura en que se enseña a preparar el SRO, considerando cómo se produce y trata localmente la diarrea, y sobretodo a las percepciones locales sobre los alimentos que puede ingerir el niño/a cuando está con deposiciones anormales. Varios estudios muestran que el modelo humoral del equilibrio entre lo frío y lo caliente es determinante a la hora de elegir los fluidos que se dan a un niño/a. Así, si se considera que la diarrea fue causada por calor, por ejemplo por insolación, al menor se le da alimentos fríos; si, por el contrario, se supone que

³¹ Sin desconocer que, por la socialización y roles asociados a los géneros, pudieran estar más expuestos a entero patógenos por contacto con los animales que las mujeres, que permanecen más en casa con las madres.

³² Derivados del paradigma humoral traído a América por los conquistadores y reelaborado dentro de las matrices culturales indígenas (Oyarce, 1989a).

³³ En este sentido, se ha sugerido no tratar de incluir las categorías populares o indígenas, que incluyen entre sus síntomas a las diarreas dentro de la categoría biomédicas, pues implican un reduccionismo que no ayuda en nada en los programas interculturales (Smith et. al., 1993; Campos, 2000).

la diarrea fue causada por un enfriamiento, entonces se deben dar bebidas y alimentos considerados calientes. Es necesario investigar cómo se ha incorporado el SRO en estas matrices culturales.

Finalmente, es necesario recalcar que los modelos indígenas a menudo se centran en la búsqueda de la causa de las enfermedades en el contexto social, cultural, ecológico y político y no en los síntomas aislados. Esto se contrapone con los modelos occidentales que se focalizan en cómo ocurren las enfermedades y en los síntomas físicos de la misma. Los profesionales de la salud deben establecer alianzas con la comunidad, comprendiendo y respetando la autonomía y la integralidad cultural, reconociendo que los modelos locales no son barreras, sino sistemas de conocimiento, epistemologías sobre el mundo, la realidad y el cuerpo biológico, social y político.

D. Nutrición

1. Desnutrición

La desnutrición materna e infantil persiste como una condición de daño en los países de ingresos bajos y medios, siendo ampliamente reconocido que la pobreza juega un rol central entre los factores ambientales, económicos y socio políticos que determinan este problema. Un enfoque complementario que enfrente la deprivación y la inequidad que subyace estructuralmente a este flagelo, combinado con programas de salud e intervenciones nutricionales, podría redundar en una gran reducción en la desnutrición (UNICEF, 2009).

La malnutrición está en la base de muchas muertes y enfermedades infantiles. Estudios recientes han demostrado que la desnutrición materna e infantil se asocia a unas tres a cinco millones de muertes anuales en el mundo, la mayoría en los países en desarrollo. En éstos, un 20% de los menores de cinco años presentaba una situación de desnutrición global total alrededor del 2005 (Black et al, 2008). América Latina tiene una situación mejor que África y Asia como un todo, aunque al menos un 4,1% de los menores presenta bajo peso en esta región (Black et al, 2008).

La insuficiente ingestión de nutrientes y la alta prevalencia de enfermedades infecciosas afectaron durante muchos años a los menores indígenas de América Latina. Si bien las mejorías en el saneamiento ambiental, los programas de control de la salud materno infantil y los programas nutricionales específicos han mejorado este panorama, los pocos estudios disponibles sugieren que en comunidades indígenas persiste la desnutrición (Bustos et al, 2005).

En este estudio se analizan: 1) la desnutrición global (relación peso para la edad), 2) la desnutrición aguda (peso para la talla), llamada también emaciación, y 3) la desnutrición crónica (talla para la edad). Cada uno de estos indicadores se aproxima de una manera diferente a la medición del déficit nutricional y son, por lo tanto, complementarios. Se espera brindar un panorama actualizado y comparable en la medida de lo posible, ya que conocer más de este tema constituye una prioridad de salud pública y una necesidad en términos de evaluar el derecho de los niños/as a una vida y alimentación adecuada en el marco de los derechos y de la seguridad alimentaria.

a) Definiciones y resultados de las encuestas

La desnutrición global es un buen indicador de condiciones de vida, sobre todo en los menores de un año ya que, en esa etapa de la vida, la velocidad del crecimiento es muy rápida y se expresa precisamente en la relación entre el peso y la edad.

En el cuadro 16 se observa que en los seis países hay bastante heterogeneidad en la situación nutricional de los menores entre tres y 59 meses. Perú tiene la proporción más baja de menores con un peso inadecuado para la edad con un 7,2%. En el otro extremo se encuentra Guatemala, país en el que un 22% de los menores presenta desnutrición global. Independientemente del peso de la desnutrición global en el país, ésta es más alta en los menores indígenas que en los no indígenas, con brechas relativas que van desde un 22% más de desnutridos indígenas en el Estado Plurinacional de Bolivia,

hasta un 200% más en México. Además, la proporción de menores indígenas con peso inadecuado para la edad presenta una mayor variabilidad respecto del resto de la población de la misma edad, reflejando posiblemente el impacto de entornos vulnerables con los mayores problemas en Guatemala.

Cabe señalar que una situación más favorable en el país no necesariamente implica mejores condiciones de nutrición para los niños/as indígenas. Tal es el caso de Perú que tiene el porcentaje de desnutrición global más bajo, pero una de las brechas más altas entre indígenas y no indígenas (2,56).

La desnutrición está estrechamente relacionada con la seguridad alimentaria y con la condiciones de garantía de los derechos de las personas, pueblos y niños/as. Al respecto, un caso especial es el que sufrieron los niños/as indígenas guatemaltecos que se refugiaron con sus familias en la zona fronteriza de México (estado de Chiapas) debido a los problemas políticos y económicos ocurridos en ese país durante los años ochenta. Al inicio, se desató un “brote epidémico de desnutrición” con un 93% de los niños/as con peso inadecuado. Posteriormente, después de ser reubicados en distintas ciudades y de haber sido incorporados a programas de ayuda social y alimentaria, evolucionaron a una situación de estabilidad nutricional alcanzando valores muy similares a los de la población indígena mexicana (Bustos, et. al., 2005).

Desnutrición aguda: La desnutrición aguda o déficit de talla baja es la relación peso para la talla. En este indicador lo que importa es el peso, independientemente de la edad. Por eso, se considera una buena estimación de la armonía del crecimiento.

En el cuadro 16, se aprecia que, a pesar de que los porcentajes de menores que presentan esta condición son muy bajos, este tipo de desnutrición es relativamente mayor en menores indígenas. Esa situación remite a un crecimiento menos equilibrado en términos de los requerimientos de nutrientes y su disponibilidad.

Como se aprecia en México, la “emaciación” en niños/as menores de cinco años afectaba por igual a indígenas como los no indígenas (2,3% y 2,0%, respectivamente). No obstante, estudios específicos muestran desigualdades territoriales y por pueblos: la desnutrición tiende a ser algo mayor en indígenas del área rural (2,7%) y en algunos estados de la región sur del país (2,4%). En los tarahumaras del estado de Chihuahua sube a 3,5 %; y, en ese pueblo, en el grupo etario de 12-24 meses llega a un 10% (Bustos et al, 2005).

En una revisión sistemática de esta información en América Latina (Bustos et al, 2005 op.cit.) se concluye que, en la actualidad, la prevalencia de desnutrición aguda es baja en países como Brasil (Mattos et al, 1999; Ribas et al, 2001) y Argentina (Couceiro et al, 1997), aumentando en el Estado Plurinacional de Bolivia donde alcanzan al 5% (Foster et al, 2005) y llegando a casi el 10% en niños/as indígenas naporuna de la amazonía ecuatoriana (Buitrón, et al, 2004).

Lo anterior se podría interpretar como un cambio favorable en la situación nutricional de los niños/as de procedencia indígena en la mayoría de los países, pero también cabe pensar que este problema podría estar presente en lugares donde esta información no existe, ha sido insuficientemente analizada o no ha sido divulgada. En los lugares donde se dispone de datos de distintas edades, se ha podido constatar que el déficit de peso es más marcado entre los 12 y 24 meses, y tiende a ser mayor en varones (Bustos et al, op. cit.).

Talla para la edad: La talla para la edad, o desnutrición crónica, expresa una desnutrición de larga data, especialmente en los primeros años de vida, momento en que el crecimiento tiene una alta velocidad de incremento. Debido a su importancia, este índice al ingreso a la escuela, se considera un buen indicador del grado de bienestar y desarrollo de los pueblos pues refleja las condiciones de vida, la seguridad alimentaria y la salud de la población infantil

Ha habido bastante debate sobre si el mayor déficit de crecimiento estatural encontrado en las poblaciones indígenas es algo inherente a las etnias, su fenotipo y adaptación al ecosistema y que, en ese sentido, no necesariamente implicaría un déficit. Sin embargo, estudios más recientes han demostrado que, paralelo a un mejoramiento de las condiciones ambientales, el déficit de estatura de estos pueblos disminuye en el tiempo, lo que apoyaría la primera idea de que efectivamente se trata de

un limitado acceso a los nutrientes; por ejemplo, los trabajos llevados a cabo entre los mapuches de Chile han demostrado que a medida que aumenta la disponibilidad de recursos aumenta la talla para la edad (Amigo et al., 2001).

b) Lo que dicen las encuestas.

La información de la talla de los menores indígenas recogida a través de las encuestas (cuadro 16) revela una carencia de nutrientes en el tiempo, ya que en todos los países la talla para la edad es más alta entre ellos. Los países en que se observa mayor brecha y un menor acceso a nutrientes son México, Perú y Ecuador. En resumen, los datos muestran una situación nutricional y una seguridad alimentaria más precaria de manera sistemática en los menores indígenas comparado con no indígenas, siendo México el país donde existe mayor inequidad.

Estos resultados son coincidentes con otros estudios en que se señala que este problema es muy importante en México. La prevalencia de talla baja de 44,3% encontrada en la Segunda Encuesta Nacional de Nutrición, y de manera similar a lo descrito para desnutrición aguda, presenta variabilidad según área territorial (y posiblemente por pueblos): la prevalencia es más altas entre los indígenas de la zona sur y en las áreas rurales donde más de la mitad de la población presentó algún grado de déficit. Entre los menores indígenas tarahumaras del estado de Chihuahua, un 57,1% de los menores de cinco años presenta talla baja (Bustos et al, 2005).

En América del Sur, se ha reportado una situación similar en los países andinos: la talla baja en indígenas es alrededor del doble que en no indígenas. En el Estado Plurinacional de Bolivia, en la región del Beni (Tsimane) la desnutrición crónica alcanza al 52% en niños y 43% en niñas (Bustos et al, 2005). Entre los menores naporunas de Ecuador, la desnutrición crónica llega a un 22,8%, siendo los factores asociados el vivir en una comunidad sin acceso a carretera, un alto número de niños/as en la familia y la presencia de infecciones respiratorias agudas (Bustos et al, 2005). Otro estudio en este país señala que el principal determinante de la talla baja es la desigualdad social (aún después de controlar por edad), efecto de la etnia, composición de la dieta y acceso a los servicios de salud. Esta inequidad estructural es la que se debe tener en cuenta en la implementación de políticas para mejorar esta condición en los niños/as (Larrea y Kawachi, 2005).

En Brasil, los terena del Mato Grosso (Rivas et al, 2001) y del Alto Xingú (De Morais et al, 2003), así como los parkateje (Capelli, 2001) presentan un déficit intermedio, con prevalencias de un 16% de talla baja para la edad. Entre los factores determinantes destacan: baja estatura de las madres, extrema pobreza, talla baja al nacer, historia de desnutrición y pertenecer a una familia numerosa. El ser indígena no constituyó un factor de riesgo significativo de talla baja. En esta misma población se analizaron las curvas de crecimiento desde el nacimiento, observándose que en la extrema pobreza, independiente del grupo étnico analizado, el déficit de talla se inicia precozmente y progresa hasta los 36 meses, donde se estabiliza (Bustos et al, 2005).

2. Otras carencias nutricionales

Una de las carencias nutricionales más comunes en los niños/as de los países en desarrollo es la anemia por déficit de hierro, asociada a menor desarrollo cognitivo y prevenible a través del consumo de una alimentación adecuada en hierro y/o suplementos de este mineral.

Distintas fuentes señalan que en México la anemia es más prevalente en los indígenas (35,2% comparados con 26,7% en no indígenas). Una situación similar se ha reportado en menores de cuatro años de dos comunidades Bari de Rep. Bolivariana de Venezuela. Allí, un 54% de los indígenas presenta anemia, cifra bastante superior a la de los no indígenas (31%). Se observó, además, que en los pueblos originarios había cifras altas de déficit bioquímico de hierro, folato y vitamina B12 (91% y 64% respectivamente), que se atribuyó a la precaria dieta de estas poblaciones, basada en alimentos de origen vegetal, sumado a la presencia de infecciones de piel y parasitarias (Rivera et al, 2003; Diez-Ewald et al, 1997).

CUADRO 16
INDICADORES DE DESNUTRICIÓN. ENCUESTAS SELECCIONADAS

	Guatemala 2002 ^b				Ecuador 2004 ^b				Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003 ^a				Nicaragua 2001 ^a				Perú 2000 ^a				México 1999 ^b			
	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No Indígena	Brecha Relativa
Crónica	49,3	69,5	35,7	1,95	23,2	46,7	20,6	2,27	27,2	31,4	19,9	1,58	20,2	33,7	19,7	1,71	25,8	48,6	21,5	2,26		44,3	14,5	3,06
Aguda	1,6	1,7	1,6	1,06	1,7	2,8	1,6	1,79					2,0	2,6	2,0	1,31	1,0	1,6	0,8	1,86		2,3	2	1,15
Global	22,7	30,4	17,5	1,74	9,4	15,3	8,7	1,76	7,6	8,1	6,7	1,22	9,8	14,0	9,7	1,44	7,2	14,7	5,8	2,56		18,5	6,2	2,98

Fuente: CEPAL/CELADE.

^a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

^b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

CUADRO 17
INDICADORES DE DESNUTRICIÓN SEGÚN SEXO. ENCUESTAS SELECCIONADAS

Desnutrición	Bolivia (Estado Plurinacional de) 2003								Perú 2000							
	Hombre				Mujer				Hombre				Mujer			
	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa	Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa
Crónica	27,4	31,8	19,8	1,61	27,0	31,0	20,0	1,55	25,7	49,0	21,3	2,30	25,8	48,2	21,5	2,24
Global	7,5	8,4	5,9	1,42	7,8	7,9	7,6	1,04	7,0	15,0	5,5	2,73	7,4	14,5	6,0	2,41

Fuente: CEPAL/CELADE. Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

El déficit de vitamina A, prevalente en muchos países del mundo, no ha sido recientemente evaluado en niños/as indígenas de América, salvo en Panamá. En los guymi de ese país se observaron valores más bajos de retinol sérico que entre no indígenas (13% y 5%, respectivamente). Se concluyó que esos valores de déficit iban en paralelo con la menor ingesta dietaria reportada por las madres de estos niños/as, la que era particularmente precaria en indígenas. Por esta razón el gobierno de Panamá ha aumentado la distribución de vitamina A en cápsulas a los pre-escolares indígenas de las provincias de Chiriquí y Bocas del Toro (Caballero et al, 1996).

3. Obesidad de pueblos indígenas

En América Latina el cambio en el perfil epidemiológico ha incluido la modificación del estado nutricional de la mayoría de su población; en los menores, esto ha significado una disminución de los problemas nutricionales por déficit, a la vez que emergen los problemas por sobrepeso, asociados a una alimentación desbalanceada y aumento del sedentarismo (Bustos et al, 2005). Existen pocos estudios al respecto. Se ha documentado un aumento importante de la obesidad en los indígenas de Canadá, Estados Unidos y Nueva Zelanda³⁴, cuestión que hace urgente conocer más a fondo este problema en el resto de los pueblos de América Latina, donde, dada la situación epidemiológica polarizada que presentan los pueblos indígenas (Oyarce y Pedrero, 2006, 2007, 2009), podrían coexistir niveles de desnutrición con un aumento de la obesidad.

Así lo muestra uno de los pocos estudios llevados a cabo en población escolar de México, donde se señala la coexistencia de problemas nutricionales opuestos: obesidad y desnutrición, a lo que se suma hambre (Jiménez et al, 2003), mostrando los conflictos y dilemas de una entrada a la modernidad sin un control cultural sobre la alimentación y los recursos. Estos autores sugieren que las cifras actuales de exceso de peso, además de la tendencia que se ha observado, permite plantear que la obesidad constituye un problema de salud pública en estos países y que puede ser el problema nutricional más importante que enfrentarán los niños/as indígenas en el futuro si no existen programas nutricionales, educacionales y ambientales que puedan prevenirla (Bustos et al, op. cit.).

E. Lactancia materna

El cuidado y la alimentación de los menores es una preocupación central de todos los grupos humanos. A pesar de que se sabe que por razones médicas y emocionales la lactancia es lo óptimo, ésta ha descendido en la última centuria, sobre todo en las sociedades industrializadas en lo que se ha llamado “una de las mas grandes crisis nutricionales en el mundo” (Helman, 2000).

Muchos factores se han argumentado para esta declinación de la lactancia, incluyendo la urbanización, el quiebre de las familias extensas y el aumento del empleo de la mujer fuera del hogar. En los países no industrializados, la enorme propaganda a favor de la alimentación artificial centrada en intereses económicos, ha sido ampliamente criticada por privar a los bebés de las ventajas nutricionales e inmunológicas de la lactancia materna, junto con el aumento de la malnutrición y el riesgo de enfermedades diarreicas; todo lo anterior ha llevado a que exista en la actualidad una tendencia a retornar a la lactancia natural (Helman, 2000). Por otra parte, la OMS ha resaltado que la leche materna es la mejor fuente de nutrientes para los lactantes y niños/as pequeños (OPS, 2002b) y es por lo tanto, una de las formas más eficaces para asegurar la salud y sobrevivencia de los niños/as.

Además de sus cualidades como alimento propiamente tal, es un medio de transmisión de anticuerpos que contribuyen al mecanismo de defensa inmunológica del niño/a. También se ha demostrado que el contacto temprano y continuo con la madre, desarrolla el sentido de seguridad y afectividad en el niño/a.

³⁴ La obesidad en la población indígena de EEUU y Canadá ha ido aumentando a la par del incremento de la diabetes, hipertensión arterial y dislipidemias, entre otros problemas (Bustos et al, 2006).

RECUADRO 8 VENTAJAS DE LACTANCIA MATERNA

1. Conveniente. El alimento está rápidamente disponible para el infante y no requiere de equipo o preparación.
2. Provee un balance adecuado de cantidad de nutrientes, ideal para el infante humano.
3. El calostro y la leche materna tienen constituyente anti-infecciones.
4. La alimentación por biberón favorece el riesgo de infecciones, desde contaminantes de la leche hasta el agua que se usa en la preparación, pasando por las botellas, los chupetes y otros ítems usados.
5. Es más económica.
6. Prolonga la duración de la anovulación postparto y ayuda al espaciamiento de los hijos.
7. Fortalece el apego y la relación entre la madre y el niño/a.
8. Aparentemente disminuye el riesgo de alergias, obesidad y otros problemas de salud.
9. Es beneficioso para la salud de la madre: menos riesgo de cáncer a la mama y de cáncer cérvico-uterino que las que no amamantan.

Fuente: Latham, 1997

En síntesis, hay una abrumadora evidencia de las ventajas de este tipo de alimentación para la reducción de la morbilidad y la mortalidad infantil (Latham, 1997).

La norma establecida internacionalmente es: lactancia materna exclusiva hasta los seis meses de edad y lactancia prolongada hasta cumplir los dos años de edad. Actualmente, los menores de seis meses alimentados exclusivamente con leche materna no llegan al 40%. Se ha estimado que alimentar a los menores con otro tipo de fórmula durante los primeros seis meses contribuye a producir más de un millón de muertes infantiles anualmente (OMS, 2000).

Un estudio ecológico sobre el efecto de la lactancia materna en la mortalidad infantil en América Latina concluye que el 50% de las muertes infantiles por diarrea y ARI son prevenibles por lactancia exclusiva entre cero y tres meses y lactancia parcial hasta el año. Además, el 66% de las muertes de niños/as entre cero y tres meses por IRA y diarrea son prevenibles por lactancia exclusiva (Betrán et al, 2001).

Por estas razones, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Alianza Mundial Pro Lactancia Materna (WABA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han desarrollado estrategias para el aumento de la prestación de apoyo a las madres lactantes, para explicar su importancia, sobretudo en los primeros seis meses de vida del niño/a.

En América Latina existe un buen conocimiento local acerca de la lactancia y su práctica es común, a pesar de que ésta varía de una cultura a otra (Levian, 2000). Se reportan cifras de iniciación natural de la lactancia de más del 90% de las madres y prevalencias sobre el 50% de lactancia exclusiva hasta los cuatro meses en el Estado Plurinacional de Bolivia, Guatemala y Perú (United Nations, 2000; OPS, 2002b).

Desde el punto de vista de los derechos humanos y derechos del niño/a, cada madre tiene el derecho de amamantar a su hijo y cada niño/a tiene el derecho de ser amamantado. Por eso, cualquier obstáculo que se interponga a la lactancia, es una violación a estos derechos. Aún así, en la mayoría de los países hay muchos bebés que no son amamantados o lo son por muy poco tiempo.

Si bien hay un interés creciente por la lactancia, sobre todo por la controversia del reemplazo de ésta por la alimentación con biberón y la agresiva promoción de las leches sustitutas manufacturadas por las corporaciones multinacionales, el uso de biberones continúa aumentando en muchos países no industrializados, principalmente en familias pobres de América Latina (Levian, 2000).

Si bien existe un rango de prácticas de alimentación entre las diferentes comunidades, con variados efectos sobre la salud de los infantes, las etnografías en diferentes partes del mundo han

mostrado que las razones para elegir un tipo y cantidad de alimentación incluyen las concepciones culturales sobre qué se considera un bebe saludable y sobre el tipo de alimentación que éste debe recibir. Además, las creencias culturales y las tendencias de la sociedad, así como los factores económicos determinan la forma en que una madre alimenta a su infante; es un hecho conocido que las mujeres rurales amamantan más a sus hijos(as) que las mujeres urbanas: en 42 países las mujeres rurales amamantan en promedio dos a seis meses más a sus hijos que las mujeres de ambientes urbanos (Helman, 2000). Además, en muchos pueblos la lactancia es vista como un contraceptivo efectivo, un alimento muy nutritivo y también como un remedio para algunas infecciones oculares y de la piel.

Los pueblos indígenas han fomentado y valorado la lactancia materna. Si bien no hay estudios sistemáticos, los datos disponibles muestran que en México a los seis meses 48% de las mujeres indígenas y 18% de las no indígenas mantenían la lactancia materna; vale decir, los menores indígenas tenían tres veces más probabilidad de recibir lactancia materna (González-Cosío et al, 2003). En la amazonía ecuatoriana un 66% de los niños/as recibían lactancia materna. Una situación un tanto diferente es la reportada por Amigo, Bustos y Erazo (2001) en menores mapuches donde, si bien un 96% de las madres inician la lactancia, sólo tienen en promedio lactancia materna exclusiva hasta los tres meses, no observándose diferencias con menores no indígenas de las zonas estudiadas.

CUADRO 18
TIPO DE LACTANCIA EN NIÑOS/AS DE 0 A 23 MESES (INDICADORES DE LA OMS).
ENCUESTAS SELECCIONADAS

Métodos	Guatemala 2002			Brecha Relativa	Ecuador 2004			
	Total	Indígena	No indígena		Total	Indígena	No indígena	Brecha Relativa
No lactando								
0 a 3 meses	4,6	3,8	5,2	0,73	1,7	2,5	1,3	1,92
0 a 5 meses	5,5	2,7	7,7	0,35	4,3	2,8	4,5	0,62
Lactancia exclusiva								
0 a 3 meses	56,3	68,2	45,7	1,49	48,5	79,9	43,4	1,84
0 a 5 meses	50,6	63,3	40,4	1,57	39,6	71,6	34,5	2,08
Lactancia predominante								
0 a 3 meses	18,8	13,4	23,6	0,57	19,2	6,2	20,7	0,30
0 a 5 meses	19,2	15,2	22,4	0,68	18,4	5,6	19,7	0,28
Lactancia complementaria 6 a 9 meses								
	67,3	67,7	67	1,01	76,5	91,7	73,8	1,24
Lactancia continuada								
12 a 15 meses	81,1	90	75,2	1,20	62,0	85,6	60,5	1,41
20 a 23 meses	47,4	54,8	40,8	1,34	22,7	44,6	21,2	2,10

Fuente: CEPAL/CELADE. Publicaciones de encuestas seleccionadas.

Como se observa en el cuadro 18, en general la lactancia de los menores indígenas es más alta que la de los menores no indígenas, corroborando la información disponible que indicaba que, en estos pueblos, existe una alta valoración de este tipo de alimentación y es una estrategia nutricional de incalculable beneficio en estas poblaciones.

Respecto a la lactancia exclusiva recomendada por la OMS, la información para los menores de cinco meses muestra que en Ecuador y Guatemala alrededor de un 70% de las madres indígenas usa este método, cifras que son bastante más altas que las de las madres no indígenas, que bordean el 40%. Además, un porcentaje similar de las madres indígenas siguen alimentando con leche materna a sus hijos entre los seis y los nueve meses. Por último, nueve de cada 10 madres indígenas amamanta a sus hijos hasta los 15 meses y más de la mitad hasta los 23 meses. En esta última categoría es donde se observa con mayor claridad el patrón indígena de mantener la lactancia, mostrando entre un 10% y un 41% más de lactancia que las madres no indígenas.

En Ecuador, además, la encuesta revela que si bien las madres indígenas reciben menos consejería sobre la lactancia que las madres no indígenas, los niños/as indígenas recibieron más lactancia exclusiva, sugiriendo la idea de que se trata de un patrón cultural más que de un resultado de las acciones educativas sobre los beneficios de la misma.

IV. Conclusiones y orientaciones para acciones futuras

Todos los indicadores analizados son una elocuente expresión del menoscabo que sufren los pueblos indígenas y afrodescendientes en el contexto de las sociedades latinoamericanas y deben ser entendidos como resultado de brechas en la implementación de sus derechos fundamentales a la vida y a la supervivencia cultural y de la falta de garantías estatales de sus derechos a la salud.

En este sentido, anular las brechas de equidad aquí demostradas requiere trascender el sector salud tal como se entiende en el mundo occidental, para garantizar el sentido integral de bienestar general que está en la base de la cosmovisión indígena. Por lo mismo, mejorar la situación de deterioro a la salud ya descrita no sólo supone la superación de las inequidades estructurales que la generan (discriminación, posición subordinada en la estructura social, etc.), sino que también es necesario incidir en sus determinantes próximos, que —en el contexto de esa concepción integral del bienestar— incluyen el derecho fundamental a la tierra, territorios y fuentes de agua, la seguridad alimentaria y la libre determinación, entre otros aspectos.

El enfoque de determinantes sociales, particularmente coincidente con las perspectivas integrales indígenas del bienestar, al enfatizar en los mecanismos sociales de producción y reproducción de la enfermedad, es una herramienta útil para avanzar en el conocimiento y comprensión de inequidades en salud que afectan a los pueblos originarios, como punto de partida para la definición de estrategias coherentes y sistemáticas para enfrentarlas

A. Salud materna

1. Fecundidad

En primer lugar, hay que señalar que aún cuando los indicadores que se seleccionaron en este análisis posibilitan aproximarse a los niveles de la fecundidad entre las mujeres indígenas y afrodescendientes y monitorear las brechas de implementación de derechos, resultan insuficientes para una comprensión holística del bienestar indígena basado en los derechos colectivos. Esta situación sólo podrá subsanarse en la medida que se incluya el enfoque étnico en las estadísticas vitales.

Pese a ello, los resultados muestran, consistentemente con estudios anteriores (CEPAL, 2006; Oliveira, 2003), tasas de fecundidad entre las mujeres indígenas más altas que los promedios

nacionales. Sin embargo, la situación es muy variable por países, contextos territoriales y entre pueblos. Mayor heterogeneidad aún se aprecia entre las mujeres afrodescendientes, al comparar su situación tanto con la de las mujeres indígenas como con el resto de la población. Al respecto, los antecedentes parecieran estar indicando que la fecundidad indígena y afrodescendiente está más relacionada con el contexto y la zona de residencia que con los niveles de fecundidad alcanzados a nivel global en cada uno de los países analizados.

Atendiendo al derecho de integridad cultural de los pueblos originarios, los resultados deben ser contextualizados, considerando los modelos indígenas de fertilidad, con el fin de distinguir si estas diferencias en la fecundidad responden a ideales reproductivos tradicionales o a efectivas brechas en el acceso a servicios de salud sexual y reproductiva. Con ello se podría superar el análisis convencional de los indicadores, según el cual los grupos con altas tasas de fecundidad estarían en una posición de mayor rezago.

Una situación extrema en que se evidencia que no necesariamente bajas tasas de fecundidad representan “un adelanto”, en términos de los valores asociados a una familia moderna, es la de los kawésqar (alacalufe), pueblo patagónico en peligro de extinción en el extremo austral de Chile. Las reducidas tasas de fecundidad entre ellos podrían no ser un indicador de progreso, sino de fragilidad sociodemográfica: un índice del peligro de supervivencia en que se encuentra ese pueblo. Por ello, lo positivo, desde el punto de vista de los derechos colectivos y los derechos reproductivos, bien pudiera ser contar con una tasa elevada de fecundidad, que asegure su reproducción biológica y sociocultural en el tiempo.

En el caso de las mujeres afrodescendientes, las diferencias observadas en la fecundidad, han sido interpretadas como un claro indicador de brechas en el acceso a programas de salud sexual y reproductiva.

2. Uso de métodos anticonceptivos

Si bien se observa una gran diversidad de situaciones en este ámbito, el patrón distintivo es: a) una menor utilización de métodos de planificación familiar por parte de las mujeres indígenas, comparadas con las no indígenas, en los seis países para los que se cuenta con datos; b) un uso proporcionalmente mayor de métodos tradicionales entre las indígenas.

Para comprender la situación del uso de anticonceptivos es necesario desarrollar investigaciones que abarquen y no sólo incluyan la disponibilidad y calidad de los servicios de planificación familiar en los servicios de salud, sino que también exploren los factores sociales y culturales que influyen en la toma de decisión sobre la anticoncepción y profundicen en la forma en que estos programas son evaluados por la comunidad.

Al respecto, es imprescindible investigar en las culturas locales la etno-fisiología de la reproducción, las concepciones de salud y el análisis costo-beneficio que hacen las personas; factores a su vez influidos por contingencias tales como la disponibilidad de alimento, la edad y número de hijos sobrevivientes, entre otros factores. Más que “desmentir rumores” sobre la contracepción, es necesario aprender a comunicarse con el “otro”, trabajando desde su sistema conceptual mientras se introducen nuevas ideas, pues “no se trata de ajustar la gente a la tecnología, sino ajustar la tecnología a la necesidad de la gente”, lo que requiere una cuidadosa lectura cultural del cuerpo físico y social, así como el escuchar atentamente la voz de los posibles usuarios (Nichter y Nichter, 1996).

3. Salud de la embarazada

Aun cuando la información disponible es fragmentada, proviene de distintas fuentes y depende del pueblo o contexto, se aprecia que las mujeres indígenas en general tienen: menos controles prenatales, menos atención profesional del parto, más parto en domicilio y menos control posnatal. Esta situación remite, por una parte, a problemas en el acceso a los centros de salud; y, a problemas de accesibilidad cultural.

Para desarrollar acciones pertinentes que contribuyan a superar las brechas evidenciadas, es necesario sistematizar; el conocimiento sobre la etnofisiología de la mujer embarazada, los cuidados durante el embarazo, el parto y el puerperio; con el fin de adecuar los programas de salud a las particularidades de cada pueblo, profundizando y ampliando los diversos procesos de adaptación de los servicios de maternidad que se vienen desarrollando en América Latina desde hace más de una década. En este sentido, es necesario también dar un nuevo impulso a las recomendaciones de la OMS sobre el nacimiento, toda vez que sus contenidos tienen una gran coincidencia con los modelos obstétricos indígenas.

B. Salud infantil

1. Inmunizaciones

Existen pocos antecedentes sobre la cobertura de las inmunizaciones contra las enfermedades infantiles transmisibles entre las poblaciones indígenas de los países analizados. Sólo fue posible analizar indicadores para cinco de ellos (Guatemala, Ecuador, Estado Plurinacional de Bolivia, Nicaragua y Perú). En términos generales, ninguno de estos países ha logrado cumplir la meta propuesta por el PAI a este respecto.

El patrón común en los cinco países es una menor cobertura de todas las vacunas entre los niños/as indígenas, comparados con los no indígenas; situación en la que se evidencia una clara brecha en el acceso a atención de salud. Pareciera ser que esta brecha no está relacionada con los niveles globales de cobertura alcanzados en cada país.

Para mejorar esta situación, se requiere identificar, a través de estudios etnográficos detallados, las percepciones de las culturas locales respecto de las inmunizaciones; y, consecuentemente, desarrollar enfoques educativos sensibles, sustentados en modelos de comunicación convergentes, que favorezcan y fortalezcan la participación de la comunidad.

En este sentido, sería mucho más efectivo que los trabajadores de la salud facilitaran la acomodación conceptual ayudando a la población local a comprender lo nuevo en relación con lo conocido. Dada la tradición pluralista de salud en América Latina, existe mucho potencial para explicar la vacunación a través de conceptos de salud preventivos que ya existen en las culturas indígenas (educación por analogías apropiadas), que no pretenden reemplazar la enseñanza de la ciencia, sino que, más bien, constituyen un primer paso en el proceso de diálogo intercultural (Nichter, 1998)

2. Infección Respiratoria Aguda (IRA)

En general, la prevalencia de episodios de IRA es levemente superior entre los niños/as indígenas; y su acceso a atención es más bajo que el de los niños/as no indígenas. Esta última situación puede no sólo estar asociada a dificultades de acceso a los centros de salud, sino también a los modelos médicos tradicionales (etiología percibida, reconocimiento de la sintomatología, etc.), a factores socio-económicos y a la organización de los servicios de salud.

Desde la perspectiva de la integralidad cultural, es crucial que los profesionales de la salud conozcan y comprendan las interpretaciones etiológicas locales, los cursos y tratamientos de las dolencias, para que exista una comunicación efectiva con las personas a las cuales necesitan atender. De esta manera, un programa exitoso debería focalizarse tanto en las consideraciones biomédicas reconocidas como críticas por los profesionales de salud; como en las percepciones, etiologías y preocupaciones locales que son consideradas críticas desde el punto de vista de la comunidad (Weiss, 1988). Una vez que se comprenda los significados y las necesidades, es necesario desarrollar medios para introducir recomendaciones que la comunidad acepte, haciendo uso adecuado de los recursos de los que ésta dispone y en los cuales se fundamenta el conocimiento local (Weiss, 1988 op. cit.).

3. Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)

Aunque los datos analizados constituyen sólo una aproximación a la prevalencia de esta enfermedad, parecen evidenciar brechas bastante sistemáticas entre indígenas y no indígenas. Sin embargo, estos datos deben ser relativizados, puesto que no necesariamente hay coincidencia entre lo que se considera como diarrea desde el modelo biomédico y lo que definen como tal las madres indígenas.

Por ello, al igual que en el caso de las IRA, se requieren investigaciones específicas que den cuenta de las etiologías locales de la diarrea, ya que ellas son las que condicionan la búsqueda de atención. Igualmente, es necesario conocer las formas en que se ha incorporado el SRO a los modelos médicos indígenas, dado que su uso exitoso no sólo depende de la asequibilidad y disponibilidad, sino también que la comunidad, que potencialmente lo utilizará, lo acepte y lo adecúe de acuerdo a la cultura local.

Bibliografía

- Amigo, Hugo; Patricia Bustos y Marcia Erazo (Editores) (2001), Niños mapuches, crecimiento, nutrición y salud, Universidad de Chile, Santiago.
- Anderson, BA, EN. Anderson, T. Franklin y Dzib –Xihum de CEN A. (2004), Pathway of decision making among Yucatan mayan traditional Birth attendants. *Midwifery Women's Health* 49: 319-9.
- Arilha, Margareth (2005), Reformas de sector salud y salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe. Tendencias e interrelaciones - Una revisión. UNFPA.
- Arnold y Yapita (2004), Hacia un modelo social del parto: debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano. Ediciones ILCA. La Paz, Bolivia.
- Autores varios (2003), Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 2002. MSPAS, INE, UVG, CDC, USAID, ASDI, APRESAL/UE, PNUD, UNICEF, FNUAP, Proyecto POLICY II y Care Guatemala.
- Bastien, W (1998) Relative diseases in the Americas. Vol. 58. № 17: 65-78 *The University of Utah Press.*
- Bhattacharyya, K. (1993), Understanding acute respiratory infections. Culture and method. Doctoral thesis. Baltimore. The Johns Hopkins University.
- _____ (1997), Key Informants, Pile Sorts, or Surveys? Comparing behavioral research methods for the study of acute respiratory infections in West Bengal. *Anthropology of infectious disease: international health perspectives.* M.C. Inhorn and P.J. Brown. Gordon and Breach Publishers. Pp. 211- 238.
- Berman, S. (1992), Acute respiratory infections. *Disease clinics of North America.* (2):319-336.
- Betrán, Ana, Mercedes de Onis, Jeremy Lauer y José Villar (2001), Ecological study of effect of breastfeeding on infant mortality in Latin America. *BMJ Journal.* Vol. 323: 303-307.
- Black et al, (2008), Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences. www.thelancet.com. Vol 371.
- Browner, Carole y Carolyn Sargent (1990), Anthropology and studies of human reproduction. *Medical Anthropologist: Contemporary theory and method.*
- Buitrón, D; A. Hurting y M. San Sebastián (2004), Estado nutricional de los niños.

- Bustos, Patricia; Hugo Amigo y Marcia Erazo (2005), Estado del arte del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas de las Américas. Informe técnico OPS-Universidad de Chile (No publicado).
- Caballero E, G. Rivera G y DP. Nelson (1996), Nacional vitamin survey A in Panamá. *Bull Pan Am Health Organ.* 30 43-50.
- Cabrera, Jorge (2003), Realidad y expectativa en torno a la atención del parto en Chile: renacer del parto natural. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [online]. Vol.68, Nº1, pp. 65-67.
- Campbell, Epsy (2003), El Impacto económico del racismo y el sexismo sobre las mujeres afrodescendientes de América Latina y el Caribe. *Mujeres negras e indígenas alzan su voz.* Cuaderno Mujer Salud Nº 8. RSMLAC. Adriana Gomez. Ed.
- Campbell, H., Byass P. B.M.Greenwood (1990), Acute respiratory infections in gambian children: maternal perception of illness. *Annals of tropical pediatrics* 10:45-51.
- Campos, Roberto (2000), El empacho en la medicina mexicana. Antología, siglos XVI-XX. Instituto Nacional Indigenista (México, D.F).
- Capelli (2001), Avaliacao do estado nutricional da comunidade indígena Parkateje, Bom Jesus do Tocantins, Pará, Brasil, *Cad. Saúde Pública.* 17:433-437.
- CEPAL (2006), Panorama social de América Latina 2005, CEPAL, Santiago, Chile.
- _____ (2007), Panorama Social de América Latina 2006. Santiago, Chile.
- CEPAL/CELADE-BID (2005), Atlas sociodemográfico de la población indígena y afro ecuatoriana de Ecuador, Proyecto CEPAL/CELADE-BID “Los pueblos indígenas y la población afrodescendiente en los censos”, CELADE-División de Población, LC/R.2127, agosto.
- CEPAR (2005), Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil 2004 (ENDEMAIN 2004) - Informe Final. Quito: MSP, INEC, USAID, Fondo Japonés, BID, UNFPA, PMA, UNICEF, UNIFEM, OPS/OMS, STFS-SIISE, OSE.
- CELADE/CEPAL (2005), América Latina: Proyecciones de Población Urbana y Rural. 1970-2025, *Boletín Demográfico Nro. 76.* CELADE-CEPAL, Santiago, Chile.
- Claeson. Mariam and Ronald J. Waldman (2000), La evolución de los programas de salud infantil en los países en desarrollo: el punto de mira se desplaza de las enfermedades a las personas. *Bull World Health Organ* [online]. 2000, v. 78, n. 10, pp. 1234-1245. ISSN 0042-9686
- Cody, S., H. J. D. Mull and D. S. Mull (1997), Knowing pneumonia: mothers, doctors, and sick children in Pakistan. *Anthropology of Infectious disease: International Health Perspectives.* M.C. Inhorn and P. J. Brown, eds. Gordon and Breach Publishers. Pp. 331- 371.
- CONAPO (2000), Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana. México: Autor.
- Conejo, Myriam (2006), Sistematización de la experiencia de Jambi Huasi. Quito, Ecuador. FICI, JambiHuasi, UNFPA.
- Couceiro de Cadena, M et al, (1997), Ingesta alimentaria y evaluación antropométrica de una misión aborigen de la provincia de Salta, República Argentina. *Atención Primaria .* 20:421-424
- Chand, A.D. and K. Bhattacharyya (1994), The Marathi “taskonomy” of respiratory illnesses in Children. *Medical Anthropology* 15(4):309-408.
- Chackiel, Juan (2005), Métodos de estimación de la fecundidad y la mortalidad a partir de censos, una aplicación a pueblos de Panamá, *Notas de Población, No. 79,* CEPAL-CELADE/División de Población, Chile, pp. 171-210, Naciones Unidas.
- Cherian, T; J. Jabob, E. Simoes y JM. Steinhoff (1988), Evaluation of simple clinical signs for the diagnosis of acute lower respiratory tract infection. *Lancet.*
- Das Gupta, Monica (1989), The effects of discrimination on health and mortality. En *XXI Internacional Population Conference,* New Delhi, 20-27 de setiembre, Sesión 25 “Case studies in anthropological demography”.

- Del Popolo, Fabiana y Ana María Oyarce, (2005), “Población indígena de América Latina: perfil sociodemográfico en el marco de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo y de las Metas del Milenio”. *Notas de Población*, 79. CEPAL/CELADE, Santiago, Chile.
- De Morais y otros (2003), Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu em 1980 e 1992 e evolução pondero-estatural entre o primeiro e o quarto anos de vida. *Cadernos de Saúde Pública* 19:443-450
- Diez-Ewald M, E. Torres Guerra, M. Layrisse, I. Leets, G. Viscaíno, M. Artega Vizcaíno (1997), Prevalence of anemia, iron, folic acid and vitamin B12 deficiency in two Bari indian communities from wester Venezuela. *Invest Clinic* ,38: 191-201.
- Douglas, R.M. (1990), The impact of socio economics factors on respiratory infections in children. *Bulletin of the International union against tuberculosis and lung disease* 65 (4): 8-11.
- Enge, Kjell (1998), “Salud y reproducción: qué piensan, sienten y desean los mayas”, Documento de trabajo 20, Population Council.
- Encuesta Nacional de Salud materno Infantil ENSMI 2002 (2003). MSPAS, INE, UVG, CDC, USAID, ASDI, APRESAL/UE, PNUD, UNICEF, FNUAP, Proyecto POLICY II y Care Guatemala.
- Farmer, Paul (2004), An anthropology of structural violence. *Current Anthropologist* 45: 305–326
- Forsberg, Birger, Max Petzold, Göran Tomson y Peter Allebeck (2007), Dirrhoea case management in low-and middle-income countries-an unfinished agenda. *Bulletin of the World Health Organization* 85: 42-48.
- Foster, George M. and Barbara G. Anderson (1998), *Medical anthropology*. New York: John Wiley and Sons.
- Foster, Z. et al, (2005), Physical growth and nutritional of Tsimane’ amerindian children of lowland Bolivia. *Am J Phys Anthropol* 126:343-351
- Galindo, A.; P. Zúñiga, P y Y. Cabrera (coord.) (2007), La salud reproductiva en México. Análisis de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR 2003). México: Secretaría de Salud - Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias de UNAM.
- Gavilán, Vivian (2002), Buscando vida... Hacia una teoría aymara de la división del trabajo por género. En Chungará *Revista de Antropología Chilena*. Vol 34. pp 101-1170. Arica, Chile.
- Goldam N. y D. Gleit (2003), Evaluation of Midwifery Care: A case study of rural Guatemala. *Social Science and medicine*. 56: 685-700.
- González, Enrique y Susana Cunil (2002), Diagnóstico y tratamiento de la diarrea persistente en un servicio de enfermedades diarreicas agudas. *MEDISAN* 6(2): 42-49.
- González-Cosío T, H. Moreno-Macías, J. Rivera, S. Villalpando, T. Shamah –Levy, E. Monterrubio, A. Hernández Ganduno (2003), Breast feeding practices in México: results from the second national nutrition survey 1999. *Salud Pública de México* 45 (suplemento 4) S: 477-89.
- Good, B. (1977), The heart of what’s the matter: The semantic illness in Iran. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 1: 25-28
- Gorter, Anna Cornelia; Sánchez, Germana; Pauw, Johanna; Pérez, Rosa María; Sandiford, Peter; Davey Smith, George (1995) Diarrea infantil en la Nicaragua rural: creencias y prácticas de salud tradicionales. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)*; 119(5): 377-90
- Gove, S. and G. H. Pelto (1994) Focused Ethnographic Studies in the WHO Programme for the control of acute respiratory infections. *Medical Anthropology* 15(4):409-424.
- Gracey, M (1993) Persitent childhood diarrhea: patterns pathogenesis and prevention. *J Gastroenterol Hepatol* 8:259-66.
- Gracey, Michael y Malcom King (2009), Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. www.thelancet.com vol 374, July 4

- Green, Edward (1985), Traditional healers, Mothers and Childhood Diarrheal Disease in Swaziland: The interfase of anthropology and health education. *Social Science and Medicine* 20 (3): 277-285
- Gruskin, Sofía et. al. (2008), Using human rights to improve maternal and neonatal health: history, connections and proposed practical approach. En *Boletín de la OMS* 86:589-593.
- Helman, Cecil (2000), Culture, Health and illness. An introduction for the health professionals. Oxford University Press.
- Hernández, I. y S. Calcagno (2003), Los pueblos indígenas y la sociedad de la información en América Latina y el Caribe Un marco para la acción. Santiago de Chile, CEPAL.
- Hokerberg YH, MP. Duchiad and C. Barcellos (2001), Organization and quality of Elath care for Kaingang Indians in Rio Grande do Sul. *Cad. Saúde Publica* 17: 261-72.
- Hudelson, P., T. Huanca, D. Charaly and V. Cirpa (1995), Ethnography studies of ARI in Bolivia and their use by the national ARI programme. *Social Science and Medicine*. Vol 41. 12 pp 1677-1683
- Hudelson, P. (1993), Intra-household differential in women status: household functions and focus as determinants of children illness management and care in rural Mali. *Health Transition* 3(2): 137-157.
- Ibacache J. y A.M. Oyarce (1998), Factores Socioculturales en niños muertos por Bronconeumonía en la IX Región-Chile. *Encuentros en Salud Intercultural*. S.S.A.S. p 20-25.
- INEC - MINSA (2002), Encuesta Nicaragüense de Demografía y Salud 2001 (ENDESA 2001). Managua: INEC, MINSA, USAID, ASDI, BM/FISE, BID/PMSS, PNUD, FNUAP, DHS+/ORC Macro.
- INEI (2001), Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar 2000 (ENDES 2001). Lima: INEI, USAID, UNICEF y DHS+/ORC Macro.
- Iyun, B. Foladade and Goran Tomson (1996), Acute respiratory infections-mother's perceptions of etiology and treatment in South-Western Nigeria. *Social Science and Medicine* 42(3) 437-445.
- Kane Erin, Reina Turcios, Melissa Arvay, Salvador Garcia, Joseph Bresse y Glass (2004), The epidemiology of rotavirus diarrhea in latin America. Anticipating rotavirus vaccines. *Revista Panamericana de Salud Pública*. Vol 16 N°6. Washington ISSN 1020-4989
- Kendall, Carl (1990), Public health and the domestic domain: lesson anthropological research on diarrheal deases. *Anthropology and primary health care*. J Coril and J Mulls eds. PP 173-195. Boulder. Westview Press
- Khan Khalid et al, (2006), WHO. Analysis of causes of maternal death. A systematic review. *The lancet*. Vol 367 N 9516 1 April p 1069.
- King Malcolm, Alexandra Smith y Michael Gracey (2009), Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. www.thelancet.com. Vol 374, july 4.
- Kresno, S. G. G Harrison, B. Sutrisisna, and A. Reingold (1994). Acute respiratory illness in children under five years in Indramayu, West Java, Indonesia: A Rapid Ethnographic Assessment. *Medical Anthropology* 15(4):425-434.
- Latham, M. C. (1997), Human nutrition in the developing world, Food and Agriculture Organization of the United Nations (FAO), Roma.
- Larrea y Kawachi (2005), Does economic inequality affect child malnutrition? The case of Ecuador. *Soc Sci Med* 2005; 60:165-178. (En Bustos 2006).
- McNee, A., N. Khan, S. Dawson et al, (1995), Responding to Cough: Boholano Illness classification and resort to care in response to childhood ARI. *Social Science and Medicine* 40(9): 1279-1289.

- Mattos, MB. Morais, DA. Rodrigues, RG. Baruzzi (1999), Nutritional status and habits of indian children from Alto Xingu (central Brazil) according age. *Journal of the American College of Nutrition* 18 pp 88-94
- Méndez, Rosa y María Cervera (2002), Comparación de la atención del parto normal en los sistemas hospitalario y tradicional. *Salud Pública*; 44:129-136. México
- MIDEPLAN (2006), Sistematización parto humanizado en población aymara. Informe de trabajo. Chile.
- MINSAL-MIDEPLAN (2008), Sistematización de la experiencia sobre el parto aymara. Hospital de Iquique. Informe de proyecto.
- Montenegro, Raúl y Carolyn Stephens (2006), Indigenous health in Latin America and the Caribbean. En *The Lancet*, Vol 367, junio 3.
- Mosley, W. Henry y Lincoln C. Chen. (1984), "An Analytical Framework for the Study of Child survival in developing countries", *Population and Development Review* 10(Supp):25-45.
- Mull, D., D. Mull, M.Z. Kundi, and M. Anyum. (1994), Mother's perception of severe pneumonia in their own children: A Controlled Study in Pakistan. *Social Science and Medicine* 38(7): 937-987.
- Naciones Unidas (1986), Manual X: Técnicas Indirectas de Estimación Demográfica, New York.
- Nations, Marilyn (1982), Illness of the Child: The cultural context of Child diarrhoea in Northeast Brazil. Ph D diss. University of California. Berkeley. USA
- Nations, Marilyn and Cristina MG. Monte (1996), 'I'm not Dog, No': Cries of resistance against Cholera control Campaigns. *Social Science and Medicine* 43 (6): 1007-1024
- Nichter, Mark (1989), *Anthropology and health international, South Asian case studies*. Kluwer Academic Publishers.
- _____ (1993), Science lessons from diarrhea research and their application to ARI. *Human Organization Volume 52, Nº 1* pp 53-67.
- _____ (1994), Introduction. *Medical Anthropology* 15(4):319-334.
- _____ (1995), Rethinking the household and community in the context of international health. *Anthropological Association*. Invited Paper.
- _____ (2008), *Global Health. Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter* University Arizona Press
- Nichter, Mark and Mimi Nichter (1996), Acute respiratory illness: Popular health culture and mothers knowledge in the Philippines. *Medical Anthropology* 15(4):353-374.
- Oliveira, Fátima. (2003), Políticas públicas, salud de la mujer negra y la agenda feminista. *Mujeres negras e indígenas alzan su voz*. Cuaderno Mujer Salud Nº 8. RSMLAC. Adriana Gómez. Ed.
- Olsen O. (1997), "Meta-analysis of the safety of home birth" ("Meta análisis de la seguridad del parto en casa"), *Birth* 24:1, pp 4-16
- OMS, 1994. OPS/OMS (1994), Como asesorar a la madre para que traten la diarrea en casa: guía para el personal de salud. Washington?: OPS; (CDD; 93.1).
- _____ (1995), Beneficios de la Planificación familiar en salud. WHO/FHE/95.11
- OPS (2002b), Cuantificación de los beneficios de la lactancia materna: reseña de la evidencia científica OPS-LINKAGES-USAID-AED. Programa de Alimentación y Nutrición. División de Promoción de la Salud.
- Oyarce, Ana María (1989a), Sistemas médicos que coexisten en la Novena Región. PAESMI 18 (45-50)
- _____ (1989b), Conocimientos, creencias y prácticas en torno al ciclo vital en una comunidad mapuche. PAESMI, Santiago, Chile. Serie Documentos de trabajo No. 2, mayo.
- _____ (2004), Una perspectiva antropológica crítica sobre el embarazo en la adolescencia: el caso de los pueblos indígenas. Inédito.

- Oyarce, A. y Malva-Marina Pedrero (2006), Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Arica. Serie *Análisis de situación de salud de los pueblos indígenas de Chile* Nº 1.
- _____ (2007), Perfil epidemiológico básico de la población aymara del Servicio de Salud Iquique. Serie *Análisis de Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile* Nº 3.
- _____ (2009), Perfil epidemiológico básico de la población mapuche. Comunas del área lafkenche del Servicio de Salud Araucanía Sur. Serie *Situación de salud de los pueblos indígenas de Chile* Nº 4. MINSAL. Santiago, Chile
- Pagliari Heloisa y María Marta Azevedo (2008), Comportamiento reproductivo de povos indígenas no Brasil. Interface entre a demografia e a antropologia. In: Laura Wong. (Org.). Población y salud sexual y reproductiva en América Latina. Serie *Investigaciones*. Córdoba: ALAP/FNUAP, 2008.
- PAHO (2004), Gender, Equity and Indigenous Women's health in the America. Gender and Health Unit. Washington USA
- Palomo, Nellys (2003). La muerte materna en zonas indígenas. La otra mirada a la salud. *Mujeres negras e Indígenas alzan su voz*. Cuaderno Mujer Salud Nº 8. RSMLAC. Adriana Gómez. Ed.
- Pelcastre, Blanca; Norma Villegas, Verónica De León, Agustín Díaz, Doris Ortega, Manuel Santillana, Juana De Los Ángeles Mejía (2005), Embarazo, parto y puerperio: creencias y prácticas de parteras en San Luis Potosí, México. *Revista Escuela de Enfermería USP*. Nº 39. pp: 375-82.
- Peralta, Alba (2005), Comité de usuarias de la amazonía: Maternidad intercultural de Orellana-Ecuador. *Memorias del Seminario Internacional Enfoque intercultural y de género en salud materna*. Ministerio de Salud Pública, Ecuador y Otros.
- Quidel Jose y Fernando Jineo (1999), Las raíces para nuestro cultivo. En Caro Aracely, Durán Teresa y Julio Tereucan. Editores. Estilos de desarrollo en América latina. Universidad Católica de Temuco. Universidad de la Frontera. Temuco (p 147-158)
- Ribas, DL., A. Sganzerla, JR. Zorzatto, y ST. Philippi (2001), Nutricao e saúde infantil em uma comunidade indígena Teréna, Mato Grosso do Sul, Brasil. *Cad. Saúde Pública* Nº 17: 223-231
- Rivera, J; E. Monterrubio, T. González-Cossio, R. García-Feregrino, A. García-Guerra y J. Sepúlveda-Amor, J. (2003). Estado nutricional de los niños indígenas menores de cinco años de edad en México: resultados de una encuesta nacional probabilística. *Salud Pública Mex*; 45, supl 4:S466-S476.
- Rivera, Tarcila (2003). Hacia la visibilidad. Indígenas luchando por sus derechos. *Mujeres negras e indígenas alzan su voz*. Cuaderno Mujer Salud Nº 8. RSMLAC. Adriana Gómez. Ed.
- Rivera et al, (2003), E. Monterrubio, T. González-Cossío, R. García-Feregrino, A. García-Guerra, J. Sepúlveda-Amor. Estado nutricional de los niños indígenas menores de cinco años de edad en México: resultados de una encuesta nacional probabilística. *Salud Pública Mex* 45(Supl 4):1-11.
- Rojas, Rocio (2003), Crecer Sanitos. Estrategias, metodologías, e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas. OPS. ISBN 92 75 32 483 2
- _____ (2006), Condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas de las Américas. En *Pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina*. Serie Documento de Proyectos, CELADE, CEPAL, Santiago, Chile.p 521-528
- Rudan, Igor et al, (2008), Epidemiology and etiology of childhood pneumonia. *Bull World Health Organ*, May 2008, vol.86, no.5, p.408-416
- Sardán, M.; L. Ochoa y W. Castillo (2004), Encuesta Nacional de Demografía y Salud 2003 (ENSAR 2003). Miraflores: INE, MSD, PRS, USAID, FORSA (Canadá), UNFPA, UNICEF, PMA, PROSIN y MEASURE DHS+/ORC Macro.
- Schuler S, M. Choque y S. Rance (1994), Misinformation, mistrust, and mistreatment: family planning among Bolivian market women. *Stud Fam Plann* 1994; 25(4):211-21

- Senties, Yolanda, Fernando Herrera, Diana Leticia Alvarez e Isaias Daniel Gutierrez (1994), *El perfil de la partera tradicional en México*. OPS. Secretaria de Salud México.
- Shamah-Levy, T.; M. Villalpando, J. Rivera, F. Mejía Rodríguez, B. Camacho-Cisneros y B. Monterrubio (2003), "Anemia in Mexican women: A public health problem". *Salud Pública Mex*; 45 suppl. 4: S499-S507.
- Simon, A., M. Janabi, G. Kalmayem, et al, (1996), Caretakers' management of childhood acute respiratory infections and the use of antibiotics, Bohol, the Philippines. *Human Organizations* 55 (1): 76-83.
- Smith, George, Anna Porter y Joost Hoopenbrowner et al, (1993), The cultural construction of Childhood diarrhea in Rural Nicaragua: Relevance for Epidemiology and Health promotion. 36 (12): 1613-1624
- Stephens, Carolyn, John Porter, Clive Nettleton y Ruth Willis (2006), Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for indigenous health worldwide. *www.thelancet.com*
- Stewart, K., B. Parker, J. Chakraborty, and H. Begum (1994), Acute respiratory infections (ARI) in Rural Bangladesh: perceptions and practices. *Medical Anthropology* 15(4):377-391.
- Streatfield, K y M. Singarinbum (1988), Social factors affecting the use of immunization in Indonesia. *Social Science and Medicine*. 27 (11): 1237-1244.
- Strine, TW, AH. Mokdad, LE. Barke, AV. Groom, R. Singleton, CS. Wilkins y CHU SY (2003), Vaccination coverage of American Indians /Alaska native children aged 19 to 35 months: findings from the National Immunization Survey, 1998-2000. *American Journal of Public Health* N 39: 2046-9.
- Tanaka, AC. (2001), Mortalidad materna. In: Rocha MIB, Araújo MJO, Ávila MB, organizadores. *Saúde da mulher e direitos reprodutivos: dossiê*. São Paulo (SP): Rede Nacional Feminista de Saúde e Direitos Reprodutivos;. p. 23-39.
- Taucher, Erica (2004), Efectos de los niveles de fecundidad en la salud reproductiva y la mortalidad infantil. La fecundidad en America Latina: ¿transición o revolución? C. *Serie de Seminarios y Conferencias N° 36* (LC/L.2097-P), Santiago de Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) Mayo.
- UNICEF (2009), Estado mundial de la infancia. Salud materna y neonatal. UNICEF's flagship publication: The state of the world's children 2009: Child Survival. www.unicef.org/spanish/sowc09/
- United Nations (2000), Administrative Committee on Coordination. 4 th Report on the World Nutrition Situation.
- Universidad de Chile (1997), Vicisitudes y cambios en el mundo rural chileno. La última modernización agraria ¿La gran solución de fin de siglo? *Anales de la Universidad de Chile, Sexta Serie*, N° 5, Octubre.
- Valsiner, Jaan. (1989), *Child development in cultural context*. Hogrefe and Huber Publishers. Toronto and Lewiston, N.Y.
- Vargas, Yolanda y Víctor Alemán (2003), La Maternidad en mujeres indígenas quechuas. Caso de 10 Ayllus de los Municipios de Caiza "D" y Cotagaita del Departamento de Potosí-Bolivia. Centro de Desarrollo Comunitario Causananchispaj-Population Concern Andes
- Weiss, MG (1988), Cultural models of diarrheal illness: conceptual framework and review. *Soc Sci Med*; 27(1):5-15
- WHO/ARI Reports 1989, 1991
- WHO (2005), *World Health Report 2005. Make every mother and child count*. Geneva.
- _____ (2007), *Commission of Social Determinants of Health (CSDH) framework for action*.
- WHO/ARI Reports 1989, 1991