

**Mortalidad infantil y en la niñez
de pueblos indígenas y afrodescendientes
de América Latina: inequidades estructurales,
patrones diversos y evidencia de
derechos no cumplidos**



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 6 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.348

Copyright © Naciones Unidas, octubre de 2010. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

Índice

Resumen	5
I. Presentación	7
II. Panorama de la mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina	11
III. Análisis de la situación de la mortalidad infantil y en la niñez por condición étnica a partir de censos y encuestas	13
IV. Componentes de la mortalidad infantil indígena	17
V. Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes según área de residencia	19
VI. Mortalidad infantil indígena por pueblo de pertenencia	25
VII. Mortalidad infantil y en la niñez por condición étnica, según escolaridad de la madre	27
VIII. Mortalidad infantil indígena según idioma hablado por la madre	31
IX. Mortalidad infantil indígena según acceso y atención en salud	33
X. Tendencias de la mortalidad infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes	37
XI. Conclusiones y orientaciones para acciones futuras	39
1. Orientaciones para acciones futuras	40
Bibliografía	43

Índice de Cuadros

Cuadro 1	Tasas de mortalidad infantil y en la niñez indígenas y no indígenas, según zona de residencia. Censos 2000.....	14
Cuadro 2	Tasas de Mortalidad infantil y en la niñez indígenas y resto de la población, según componentes. Países seleccionados.....	18
Cuadro 3	Tasas de mortalidad infantil y en la niñez. indígenas, afrodescendientes y resto de la población, según zona de residencia. Censos 2000	20
Cuadro 4	Tasa de mortalidad infantil según años de estudio de la madre, total, indígena, afro y resto de la población. Censos 2000.....	28
Cuadro 5	Brechas relativas de mortalidad infantil por país, según años de estudio de la madre y condición étnica. Censos 2000.....	29
Cuadro 6	Tasas de mortalidad infantil indígena (por mil nacidos vivos) por país, según lengua hablada por la madre. Censos 2000.....	31
Cuadro 7	América Latina (13 países): Tasa de mortalidad infantil según condición étnica y zona de residencia. Censos 1990 y 2000	38

Índice de Gráficos

Gráfico 1	Mortalidad infantil indígena, afro y resto de la población según países. Censos 2000	15
Gráfico 2	Componentes de la Mortalidad en la Niñez según condición étnica y países seleccionados (Encuestas).....	18
Gráfico 3	Tasas de Mortalidad Infantil según condición étnica y área de residencia. Censos 2000	21
Gráfico 4	Tasas de Mortalidad Infantil según condición étnica y área de residencia. Censos 2000	22
Gráfico 5	Mortalidad infantil según país y pueblo indígena/territorio. Censos 2000	26
Gráfico 6	Tasa mortalidad infantil indígena y no indígena en Bolivia por lugar del parto. Censos 2001	33
Gráfico 7	Tasa mortalidad infantil indígena y no indígena en Bolivia por personal de atención del parto. Censos 2001	34
Gráfico 8	Tasa de mortalidad infantil indígena y no indígena en México según atención médica del parto. Censos 2000	35

Índice de Recuadros

Recuadro 1	La disminución de la mortalidad infantil y en la niñez en las convenciones internacionales	8
Recuadro 2	Mortalidad infantil, pueblos indígenas y afrodescendientes de Ecuador: heterogeneidad étnica y territorial.....	23

Resumen

La mortalidad en los primeros años de vida es un indicador fundamental de las condiciones de vida de una comunidad, nación o pueblo, y su reducción es una prioridad de salud en todos los países del mundo.

En este documento se presenta información sobre mortalidad infantil y en la niñez de Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina, a partir de datos de 13 países cuyos censos contienen información desagregada según condición étnica y de cuatro países donde se incorpora esta distinción en las encuestas de demografía y salud.

A pesar del importante descenso que se ha logrado en los niveles de mortalidad en América Latina, los resultados de este estudio muestran una sistemática sobre-mortalidad de los menores indígenas respecto del resto de la población. Además se constata una situación de heterogeneidad en la intensidad de la mortalidad, según países. En el caso de la población afrodescendiente, para los seis países analizados, el patrón de la mortalidad es dispar: hay países donde existen importantes diferenciales, y otros donde las probabilidades de supervivencia no muestran diferencias entre afrodescendientes y el resto de la población.

También la probabilidad de morir de menores indígenas varía según zona de residencia, y pueblos e incluso al interior de éstos; el riesgo más bajo, se observa en menores que residen en las ciudades. No obstante, en algunos países la brecha entre indígena y no indígena se acentúa en los espacios urbanos.

La tendencia en la mortalidad infantil y en la niñez en los pueblos indígenas (censos de las rondas de 1990 y 2000) muestra una disminución importante en éstos respecto del resto, aun cuando las brechas incluso se incrementan en las zonas rurales de varios países.

En síntesis, el panorama de la mortalidad infantil y en la niñez que aquí se presenta es un elocuente indicador de la marginalidad y desmedro en las condiciones de vida de estos menores y constituye una violación fundamental de su derecho a la salud y a la vida, situación inaceptable a la luz de los acuerdos internacionales que los diversos países de América Latina han suscrito.

Considerando lo anterior, existe la necesidad urgente de desarrollar estrategias de salud comprensivas y pertinentes, con la plena participación de los pueblos indígenas y afrodescendientes. Asimismo, se perfila como una prioridad mundial el reposicionar la salud desde un enfoque de determinantes sociales estructurales, promoviendo el efectivo cumplimiento de los derechos humanos individuales y colectivos de estos pueblos, eliminando la discriminación y redistribuyendo el poder político y económico en la búsqueda de un mundo más diverso y equitativo.

I. Presentación

La reducción de la mortalidad infantil constituye una prioridad de salud en todos los países del mundo y es 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 ha sumado, en las dos últimas décadas, la reducción de la mortalidad materna como un tema urgente (Gruskin, 2008).

La mortalidad en la infancia es un indicador fundamental para conocer las condiciones de vida y salud de un país, nación o pueblo. Sus tendencias en el tiempo permiten examinar los cambios que se van produciendo a medida que las personas, y comunidades pueden acceder a una situación de bienestar colectivo en un contexto de equidad.

Es un hecho conocido que la mortalidad infantil en el mundo ha descendido a mínimos históricos. Así lo demuestra un estudio reciente de la UNICEF llevado a cabo en 50 países, que concluye que, en el período comprendido entre el año 1990 y el bienio 2005-2006, la tasa de mortalidad en menores de cinco años (por 1000 nacidos vivos) ha descendido en un 23%. En cifras absolutas, esto significa una disminución desde 20 millones a 9,7 millones de muertes en el período (UNICEF y CEPAL, 2007).

Pese a esta ostensible disminución, el mismo trabajo destaca que las cifras alcanzadas son todavía inaceptables, dada la persistencia de desigualdades entre continentes, países, áreas territoriales, y grupos sociales. Más aún, como tendencia general, se ha observado que en el mundo las brechas entre los países más ricos y los más pobres han ido en aumento (Victoria et al, 2003; UNICEF y CEPAL, 2007).

América Latina es uno de los continentes donde la tasa de mortalidad infantil ha disminuido sostenidamente en los últimos 40 años. De 102 por mil nacidos vivos, a inicios de la década de 1960 a 26 por mil, en la actualidad (CEPAL 2006). Por ello se señala que en esta región se está en vías de conseguir los Objetivos de Desarrollo del Milenio (UNICEF y CEPAL, 2007). No obstante estos logros, varios estudios muestran que es la región menos equitativa del mundo (CEPAL, 2006).

De manera similar al patrón descrito internacionalmente, en general los países latinoamericanos más pobres presentan los más altos riesgos de muerte temprana. Conjuntamente, las desigualdades entre países, territorios y sectores sociales no sólo se mantienen, sino que se han incrementado en desmedro de las poblaciones rurales, pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes (CEPAL, 2006; Del Popolo y Oyarce, 2005; Rangel, 2006; CEPAL, 2008).

Estas disparidades entre regiones y/o grupos sociales representan una expresión de injusticia social. Más aún, estarían significando un ejercicio desigual de los derechos humanos, siendo en este caso en particular, el derecho elemental a la vida.

En todo el mundo, y sin distinción de condición étnica, económica o de género, la mortalidad infantil y en la niñez es la expresión de una brecha en la implementación del derecho humano a 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, entre las enfermedades que proporcionalmente más contribuyen a la mortalidad infantil se cuentan las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas, el paludismo, el sarampión y la malnutrición, todas ellas posibles de enfrentar con intervenciones seguras y eficaces (Claeson y Walkman, 2000).

Diversos estudios muestran que las inequidades en la mortalidad infantil se concentran de forma más clara en determinados grupos. Así, por ejemplo, se evidencia la persistencia de altas tasas de mortalidad infantil, así como brechas sistemáticas entre menores de los pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina en relación a menores del resto de la población (CEPAL, 2006; 2007; Montenegro y Stephens, 2006; Stephens et al, 2006). Estas brechas se mantienen incluso en países como Canadá y Estados Unidos, donde, si bien los niveles son mejores, la mortalidad no ha tenido el descenso esperado (Bustos et al, 2005).

RECUADRO 1 LA DISMINUCIÓN DE LA MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ EN LAS CONVENCIÓNES INTERNACIONALES

Los organismos internacionales han concordado en la necesidad de abordar las inequidades observadas en la mortalidad infantil en el mundo. Así, tanto en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD, 1994)¹, como en la formulación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Naciones Unidas, 2000) se han planteado metas específicas vinculadas a la reducción de la muerte temprana.

La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo estableció que en los países con poblaciones indígenas se debería *“lograr que los niveles de mortalidad de lactantes y de niños menores de cinco años de dichas poblaciones, fuesen iguales que en la población en general”* (Naciones Unidas, 1995).

Además, en el Plan de Acción Regional Latinoamericano y del Caribe sobre Población y Desarrollo, sobresalen como parte de las metas, i) *Disminuir en una tercera parte las tasas de mortalidad de niños menores de un año y las de menores de cinco años —o hasta 50 y 70 defunciones por 1000 nacidos vivos, respectivamente, si ello representa una tasa de mortalidad menor—, tomando como referencia los valores observados en 1990... Reducir, por lo menos en 50%, las diferencias de mortalidad infantil...que se observan entre distintas zonas de residencia, áreas geográficas y grupos sociales* (Del Popolo y Oyarce, 2005).

Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (septiembre de 2000) incluyen como uno de sus objetivos centrales la reducción de la mortalidad de los niños menores de cinco años (objetivo 4) y la meta de “reducir en dos terceras partes, entre 1990 y 2015, la mortalidad de los niños menores de cinco años” (meta 5). En su formulación, se asumió implícitamente el fortalecimiento del respeto de los derechos humanos, incluyendo a las minorías, promoviendo la armonía entre todos los pueblos.

Fuente: elaboración propia.

Esta situación descrita una y otra vez para los pueblos indígenas y afrodescendientes tiene al menos tres implicancias directas para la salud pública: i) que existe una situación de violación sistemática al derecho fundamental a la vida que los afecta desproporcionadamente más que a los

¹ Celebrada en El Cairo en 1994 por las Naciones Unidas. Los 179 países participantes acordaron una serie de metas que se articularon en el Programa de Acción de la Conferencia, que además de las mencionadas en el Recuadro 1, enfatizan el mejoramiento en el acceso a salud y educación de la mujer, en el marco de la salud reproductiva (Naciones Unidas, 1995).

ciudadanos no indígenas de los países en que se insertan; ii) que hay determinantes sociales estructurales que están produciendo una vulnerabilidad y una exposición diferencial en estos pueblos; y, iii) 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).

Considerando lo anterior, existe un consenso internacional en torno a que, para lograr el objetivo de Desarrollo del Milenio (UNICEF y CEPAL, 2007), los esfuerzos se deberían focalizar en disminuir las tasas de los grupos más vulnerados, entre los que se cuentan los pueblos indígenas y afrodescendientes. (CEPAL, 2007)

Atendiendo a esta situación, y como una forma de tener un panorama regional de la mortalidad infantil y en la niñez² de estos pueblos y poblaciones, que sirvan como punto de partida para monitorear la disminución de las brechas de equidad en este ámbito y los avances en el cumplimiento de las Metas del Milenio, se analizan a continuación algunos aspectos relacionados con la mortalidad de menores de cinco años en trece países de la región. En este análisis se compara la situación de los pueblos indígenas, los afrodescendientes y el resto de la población, así como su relación con algunos determinantes próximos posibles de conocer a través de la información proporcionada por censos y encuestas, tales como área de residencia, educación de la madre, lengua hablada y atención en el parto, entre otros. Complementariamente, se intenta relevar algunos determinantes estructurales que pueden estar en la base de la generación de las desigualdades de la mortalidad infantil y en la niñez.

² La metodología utilizada para derivar las estimaciones de la probabilidad de morir en la infancia y la niñez, proviene de la información censal sobre hijos nacidos vivos y sobrevivientes tenidos por las mujeres entre 15 y 49 años de edad. El detalle del procedimiento aplicado, sus debilidades y fortalezas, así como los supuestos en que se basan, pueden consultarse en general en Naciones Unidas (1986) y una aplicación a pueblos indígenas en Chackiel (2005). En el caso de los componentes de la mortalidad infantil, la información proviene de encuestas y su estimación ha sido directa. Finalmente en el caso de las tendencias de la mortalidad infantil y en la niñez y para efectos de comparabilidad, se ha usado otros criterios como la lengua hablada. En este documento se denominará mortalidad infantil a la probabilidad de morir entre el nacimiento y el primer año de vida (q 1) y mortalidad en la niñez a la probabilidad de morir entre el nacimiento y los cinco años de vida (q 5).

II. Panorama de la mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina

En el ámbito internacional, y a pesar de lo fragmentario de la información disponible, los estudios evidencian que la mortalidad infantil y en la niñez es más alta entre los pueblos indígenas que en las poblaciones no indígenas. Estas diferencias reflejan las inequidades estructurales que sufren estos grupos sociales a nivel mundial.

En países desarrollados, como Canadá y Nueva Zelanda, pese a que los niveles de mortalidad infantil son más bajos y se asocian a una transición epidemiológica más avanzada, subsisten las brechas en desmedro de los indígenas. Un patrón similar se ha observado en pueblos originarios de Australia y Columbia Británica, con diferenciales de mortalidad perinatal y post neonatales (Montenegro y Stephens, 2006). La misma sobremortalidad se observa en países más pobres. Por ejemplo, algunos pueblos indígenas como los nanti (Perú), xavante (Brasil), kuttiya kandhs (India) y pigmeos (Uganda), cuyas tasas de mortalidad infantil indígena no solo son más altas que el promedio nacional, sino que incluso más altas que las comunidades económicamente más pobres dentro de esos mismos países (Stephens et al, 2006).

En América Latina, la mortalidad infantil de los niños indígenas es un 60% mayor que la de los no indígenas (48 por mil nacidos vivos frente a 30 por mil, respectivamente). Si consideramos la probabilidad de morir antes de los cinco años de vida, la brecha es aún mayor, con una sobremortalidad del 70% (Del Popolo y Oyarce, 2005). Estudios específicos han documentado que los menores de los pueblos Campa Ashaninka y Machiguenga del Perú, Wayu de La Rep. Bolivariana de Venezuela, Tzoztil de México y Xavante en Brasil tienen más riesgo de morir antes de cumplir un año que los no indígenas (Montenegro y Stephens, 2006).

La relación entre inequidades étnico-raciales y la mortalidad infantil de los afrodescendientes ha sido sistemáticamente estudiada en las últimas décadas en Estados Unidos (Krieger, 2000). En efecto, investigaciones llevadas cabo en ese país, muestran de manera consistente, en el período 1989-1991, mayores tasas de mortalidad infantil en los afrodescendientes comparadas con las de indígenas, hispanos y “blancos”. Asimismo, otros estudios han puesto en evidencia el vínculo entre inequidad, etnia y otros factores. Por ejemplo, en menores afrodescendientes se encontró que la mortalidad neonatal estaba asociada con altos niveles de segregación espacial, pobreza y bajos niveles relativos de poder político (Krieger, 2000).

III. Análisis de la situación de la mortalidad infantil y en la niñez por condición étnica a partir de censos y encuestas

Para los pueblos indígenas, el análisis de la situación en los 13 países incluidos en este estudio confirma las tendencias descritas a nivel internacional, con elocuentes indicadores en desmedro de los niños de los pueblos originarios.

El panorama regional es heterogéneo en términos de la intensidad de la mortalidad. En un extremo se ubican Paraguay y el Estado Plurinacional de Bolivia con las más altas probabilidades de morir en la infancia; y en el otro extremo se encuentran Chile y Costa Rica con las menores tasas. Vale la pena señalar que tasas relativamente bajas de mortalidad infantil a nivel nacional, no necesariamente implican los mismos beneficios para los menores indígenas, como en el caso de Panamá (Ver gráfico 1).

Los riesgos más altos se encuentran en Panamá, Ecuador, Rep. Bolivariana de Venezuela y Paraguay. En el primero, un niño indígena tiene tres veces más probabilidades de fallecer antes de cumplir un año que un niño no indígena, riesgo que se incrementa para los menores de cinco años. En los otros tres países, el riesgo de muerte es el doble para los indígenas tanto para la mortalidad infantil como en la niñez.

En el caso de la población afrodescendiente, para los seis países analizados, el patrón de la mortalidad es dispar comparado con los no afrodescendientes. Las inequidades son claras en Brasil, Colombia y Nicaragua, no así en Costa Rica y Honduras (Ver gráfico 1 y cuadro 1).

Los riesgos más altos se encuentran en Brasil, Nicaragua, Colombia y Ecuador. En Costa Rica y Honduras, en cambio, los menores afrodescendientes tienen probabilidades de supervivencia similares que el resto de los niños(as).

Al contrastar la situación de la mortalidad infantil y en la niñez de indígenas y afrodescendientes, se observa que, en general, los menores indígenas tienen una mayor probabilidad de morir antes de cumplir un año que un niño afrodescendiente. Tal es el caso de Costa Rica, Honduras y Ecuador; no así en Nicaragua y Brasil, donde los menores afrodescendientes tienen incluso un poco más de riesgo que los indígenas.

CUADRO 1
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS,
SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. CENSOS 2000
(Por mil nacidos vivos)

Censo ^a	Mortalidad infantil Total				Brecha relativa ^b	
	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena ^a	Afro ^b
Bolivia (Estado Plurinacional de)	66,7	73,9		53,1	1,39	
Brasil	34,0	39,7	40,2	26,7	1,49	1,50
Chile	11,6	12,8		11,5	1,11	
Colombia	25,6	39,5	31,7	23,9	1,65	1,33
Costa Rica	11,7	20,9	11,2	11,5	1,82	0,97
Ecuador	33,3	67,6	37,2	29,3	2,30	1,27
Guatemala	45,5	51,1		41,0	1,25	
Honduras	35,1	43,5	31,9	34,5	1,26	0,92
México	27,7	43,0		26,5	1,62	
Nicaragua	27,3	34,0	38,0	26,4	1,29	1,44
Panamá	23,7	53,4		17,3	3,10	
Paraguay	39,2	78,5		37,7	2,08	
Venezuela (República Bolivariana de)	20,6	44,4		19,6	2,27	

Censo ^a	Mortalidad en la Niñez Total				Brecha relativa ^b	
	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena	Afro
Bolivia (Estado Plurinacional de)	85,4	96,2		66,6	1,44	
Brasil	42,2	50,0	50,9	32,5	1,54	1,57
Chile	13,7	15,3		13,6	1,13	
Colombia	33,1	55,7	43,0	30,3	1,84	1,42
Costa Rica	14,0	24,9	13,4	13,7	1,82	0,98
Ecuador	41,3	93,4	46,7	36,2	2,58	1,29
Guatemala	58,7	67,2		51,9	1,30	
Honduras	49,7	62,9	45,1	48,7	1,30	0,93
México	38,2	63,8		36,2	1,76	
Nicaragua	36,4	46,6	52,9	35,1	1,33	1,51
Panamá	26,9	73,2		18,9	3,87	
Paraguay	48,5	109,2		46,5	2,35	
Venezuela (República Bolivariana de)	31,0	75,0		29,5	2,54	

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

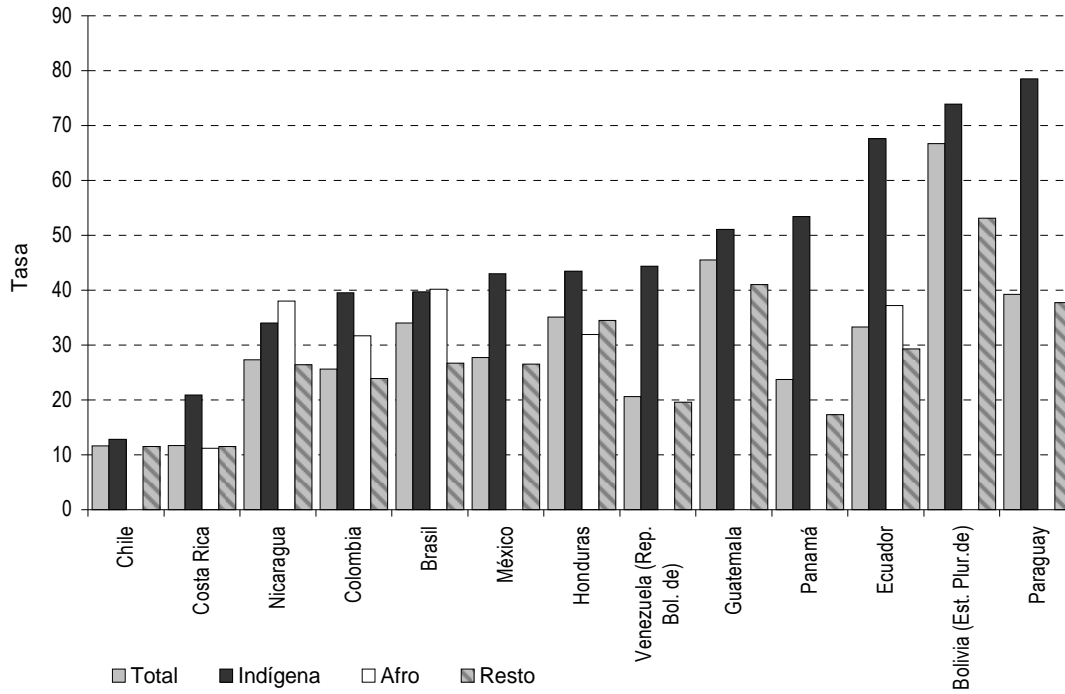
^a Los países están ordenados en forma alfabética.

^b Cociente entre la tasa de mortalidad indígena y resto (excluye afrodescendientes).

^c Cociente entre la tasa de mortalidad afrodescendientes y resto (excluye indígenas).

Nota: las estimaciones se corrigieron con el factor de ajuste que permitía reproducir el total nacional censal con las cifras oficiales vigentes.

GRÁFICO 1
MORTALIDAD INFANTIL INDÍGENA,
AFRO Y RESTO DE LA POBLACIÓN SEGÚN PAÍSES.
CENSOS 2000
(Por mil nacidos vivos)



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

IV. Componentes de la mortalidad infantil indígena

En el proceso de descenso de la mortalidad infantil, se ha observado que primero disminuyen las muertes por causas vinculadas al entorno, que se consideran evitables e inciden principalmente en el período post neonatal, como por ejemplo los fallecimientos causados por diarrea y bronconeumonía. Cuando estas muertes disminuyen, aumenta el peso relativo de la mortalidad neonatal asociada principalmente a factores endógenos, como son por ejemplo, las malformaciones congénitas y los problemas asociados al embarazo y parto.

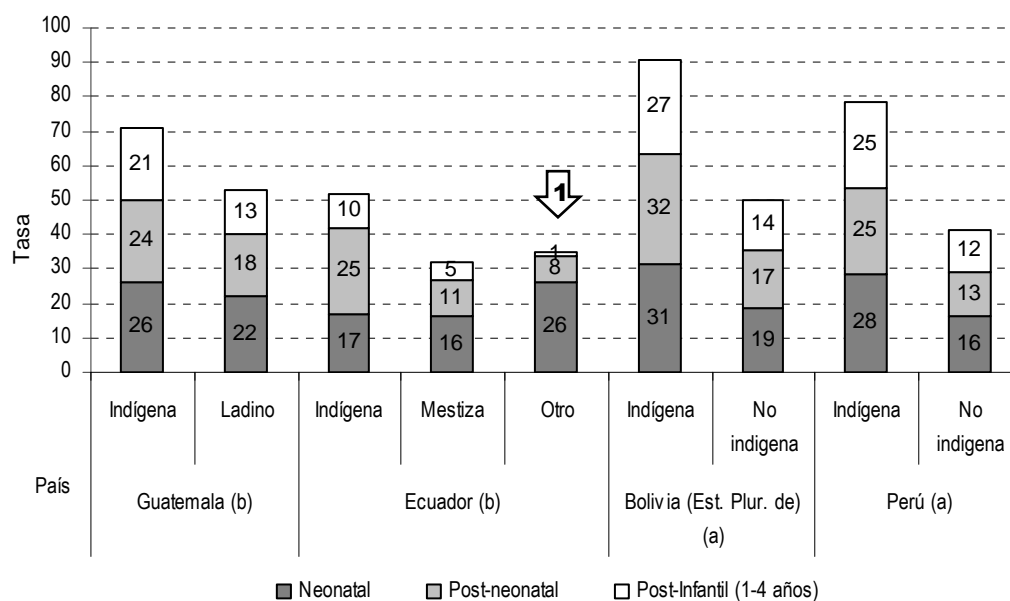
La información proporcionada por encuestas de demografía y salud³ en cuatro países permite hacer una aproximación al comportamiento de los componentes de la mortalidad infantil. (Ver gráfico 2 y cuadro 2). Una limitación de estas fuentes es que las categorías de desagregación étnica no son las mismas en los todos ellos. Por ejemplo, las categorías “ladino” o “mestizo”, en Guatemala o Ecuador, no distinguen tan claramente entre indígenas y no indígenas, como en el caso del Estado Plurinacional de Bolivia y Perú.

En los cuatro países analizados, la mortalidad en menores de cinco años (la suma acumulada de la mortalidad neonatal, post-neonatal y post-infantil) es más alta en indígenas que en los otros grupos, presentándose las mayores brechas en el Estado Plurinacional de Bolivia y Perú. En relación a los componentes de la mortalidad infantil, es posible observar una sobremortalidad indígena para todos los componentes, excepto en la mortalidad neonatal en Ecuador.

Otro hecho relevante al analizar los componentes de la mortalidad en la niñez es que las muertes consideradas evitables, que se vinculan en mayor medida con un medio ambiente adverso y factores agresores, presentan un mayor peso relativo en los menores indígenas que en los otros grupos. Dado que la mayor parte de estas muertes son evitables en condiciones de vida adecuadas, especialmente nutrición y una atención médica oportuna, estos datos podrían estar indicando que la situación de inequidad se va agudizando en la medida que el niño crece y disminuye la lactancia materna, que es uno de los factores protectores propios de los pueblos indígenas, dado el valor y la duración que le otorgan a la lactancia materna.

³ Tal como se señaló anteriormente, estas son estimaciones directas basadas en la declaración de la madre.

GRÁFICO 2
COMPONENTES DE LA MORTALIDAD EN LA NIÑEZ SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA
Y PAÍSES SELECCIONADOS (ENCUESTAS)



Fuente: CEPAL/CELADE.

a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

Nota: Guatemala: 1992 a 2002. Ecuador: 1999 a 2004. Bolivia: 1998 a 2003. Perú: 1995 a 2000.

CUADRO 2
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ INDÍGENAS Y RESTO DE LA
POBLACIÓN, SEGÚN COMPONENTES. PAÍSES SELECCIONADOS.

País	Condición Étnica	Neonatal	Post-neonatal	Infantil (0 años)	Post-Infantil (1-4 años)	Niñez (Menores 5 años)	Brecha relativa	
							Post-Neonatal / Infantil	Post-Infantil / Niñez
Guatemala	Indígena	26	24	49	21	69	0,49	0,35
	Ladino	22	18	40	13	52	0,45	0,25
Ecuador	Indígena	17	25	41	10	51	0,61	0,20
	Mestiza	16	11	28	5	32	0,39	0,16
	Otro	26	8	34	1	35	0,24	0,03
	(Total)	34	19	61	6	70	0,48	0,08
Bolivia (Estado Plurinacional de)	Indígena	31	32	63	27	89	0,50	0,31
	No indígena	19	17	36	14	50	0,48	0,29
Perú	Indígena	28	25	54	25	77	0,47	0,32
	No indígena	16	13	29	12	41	0,44	0,29

Fuente: CEPAL/CELADE.

a Procesamiento de microdatos de encuestas seleccionadas.

b Publicaciones de encuestas seleccionadas.

Nota: Guatemala: 1992 a 2002. Ecuador: 1999 a 2004. Bolivia: 1998 a 2003. Perú: 1995 a 2000.

V. Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes según área de residencia

Ha sido tradicional incluir la distinción por urbano-rural en el estudio de las poblaciones, lo que ha permitido documentar de manera sistemática una mayor mortalidad infantil en las áreas rurales. Es en el medio urbano donde se han producido las mayores reducciones relativas de este indicador, ya que el descenso de la mortalidad infantil en cada país va de la mano con el proceso de urbanización (CEPAL, 2008a).

Esta situación también se observa en los pueblos indígenas⁴. En los 13 países estudiados (Ver gráficos 3 y 4), los menores indígenas que residen en áreas rurales tienen una mayor probabilidad de morir antes de los cinco años que aquellos que viven en las áreas urbanas, patrón que ya se ha documentado a nivel regional (Montenegro y Stephens, 2006; Del Popolo y Oyarce, 2005; Rangel, 2006; CEPAL, 2007). Las tasas de mortalidad infantil indígena más altas en el ámbito rural se encuentran en el Estado Plurinacional de Bolivia y Paraguay.

No obstante, las brechas entre indígenas y no indígenas son sistemáticas también en las áreas urbanas. (Ver cuadro 3). Incluso, en Guatemala, Brasil, Costa Rica y México las diferencias relativas en desmedro de los indígenas son más altas en el medio urbano que en el rural.

En un estudio reciente sobre mortalidad temprana para las ciudades con mayor población indígena (Del Popolo, Oyarce y Ribotta, 2007) se observó que 10 ciudades de América Latina con alta presencia indígena (La Paz, Sao Paulo, Santiago, San José, Quito, Guatemala, San Pedro Sula, Ciudad de México, Ciudad de Panamá, Fernheim y Maracaibo), presentaban una sobremortalidad de los menores indígenas con una gran variabilidad entre las tasas que no se aprecia en los no indígenas. Los riesgos más altos se ubican en Fernheim (Paraguay) con valores que superan los 70 por mil nacidos vivos y La Paz (Estado Plurinacional de Bolivia), que alcanzan a 65 por mil nacidos vivos. La menor vulnerabilidad la tienen los niños indígenas residentes en Santiago de Chile con tasas de 11 por mil nacidos vivos.

⁴ En el caso de los pueblos indígenas hay que considerar que sus derechos colectivos trascienden las categorías convencionales con que se abordan los asuntos de población, entre éstas, la dicotomía urbano-rural.

CUADRO 3
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ. INDÍGENAS, AFRODESCENDIENTES
Y RESTO DE LA POBLACIÓN, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA. CENSOS 2000
(Por mil nacidos vivos)

País	Mortalidad infantil Área de Residencia											
	Urbano						Rural					
	Total		Brecha Relativa				Total		Brecha Relativa			
	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena ^b	Afro ^c	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena ^b	Afro ^c
Bolivia (Estado Plurinacional de)	57,6	63,3		50,5	1,25		79,4	85,4		60,2	1,42	
Brasil	31,5	37,2	37,6	24,7	1,51	1,52	43,0	41,8	48,1	35,0	1,19	1,37
Chile	11,5	12,0		11,4	1,05		12,3	12,7		12,0	1,06	
Colombia	24,4	30,9	30,0	23,5	1,31	1,28	28,1	39,8	33,8	25,0	1,59	1,35
Costa Rica	10,7	20,4	8,2	10,7	1,91	0,77	12,8	21,5	15,1	12,3	1,75	1,23
Ecuador	25,0	39,1	33,4	23,9	1,64	1,40	44,0	73,8	45,0	37,5	1,97	1,20
Guatemala	39,2	47,2		35,3	1,34		49,9	52,6		46,7	1,13	
Honduras	25,2	27,1	30,1	25,1	1,08	1,20	42,1	45,2	33,7	41,8	1,08	0,81
México	24,3	34,2		23,9	1,43		36,2	47,3		33,7	1,40	
Nicaragua	19,2	24,4	24,1	18,8	1,30	1,28	34,8	39,1	47,4	33,9	1,15	1,40
Panamá	16,1	31,6		15,7	2,01		32,6	57,4		19,5	2,94	
Paraguay	38,9	72,1		38,8	1,86		39,1	79,1		36,3	2,18	
Venezuela (República Bolivariana de)	19,4	31,9		19,1	1,67		26,4	58,1		22,6	2,57	

País	Mortalidad en la Niñez Área de Residencia											
	Urbano						Rural					
	Total		Brecha Relativa				Total		Brecha Relativa			
	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena ^b	Afro ^c	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena ^b	Afro ^c
Bolivia (Estado Plurinacional de)	72,9	81,0		62,9	1,28		104,3	113,1		76,6	1,47	
Brasil	38,7	46,6	47,2	30,2	1,54	1,56	55,0	53,1	62,8	43,6	1,21	1,44
Chile	13,6	14,3		13,5	1,05		14,6	15,2		14,2	1,07	
Colombia	31,0	41,5	40,2	29,6	1,40	1,35	37,8	57,1	47,5	32,6	1,75	1,45
Costa Rica	12,8	24,3	10,0	12,8	1,89	0,78	15,2	25,7	17,9	14,6	1,76	1,22
Ecuador	30,8	49,5	41,5	29,4	1,68	1,41	56,4	103,3	57,8	47,1	2,19	1,22
Guatemala	49,2	67,2		43,8	1,53		65,4	69,6		60,4	1,15	
Honduras	35,4	38,0	42,6	35,2	1,07	1,21	60,8	65,7	48,0	60,3	1,08	0,79
México	33,0	48,6		32,3	1,50		52,0	71,3		47,7	1,49	
Nicaragua	25,2	32,2	32,0	24,7	1,30	1,29	47,9	54,8	68,7	46,4	1,18	1,48
Panamá 2000	17,5	38,2		17,0	2,24		39,4	79,7		21,7	3,67	
Paraguay 2002	48,3	99,2		48,1	2,06		48,6	110,0		44,5	2,47	
Venezuela (República Bolivariana de), 2001	29,2	50,8		28,7	1,77		40,8	101,9		34,4	2,96	

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

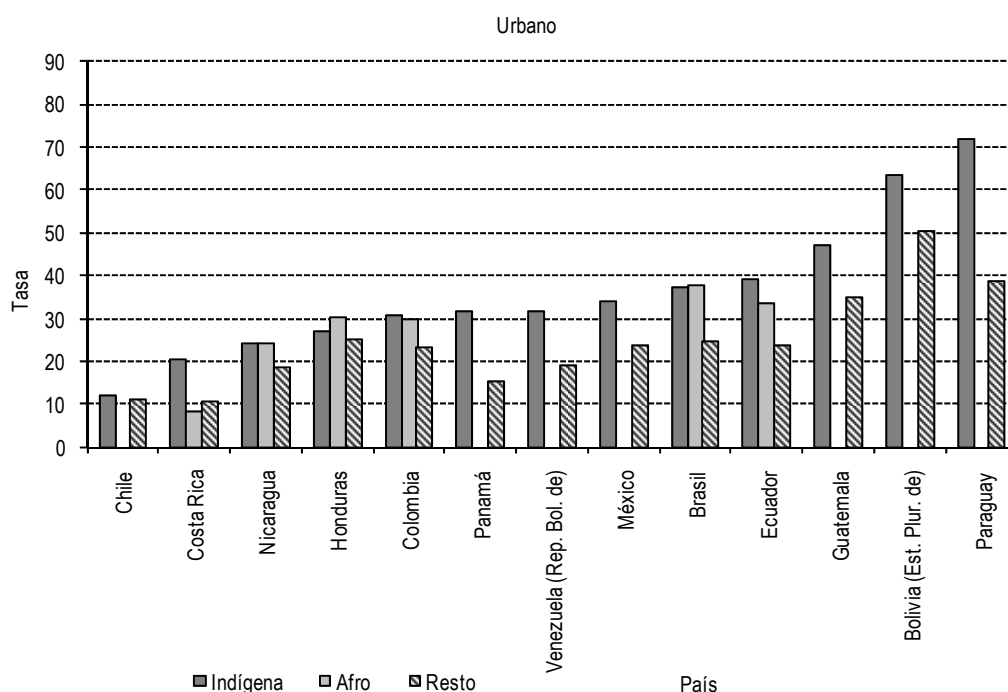
^a Los países están ordenados en forma alfabética.

^b Cociente entre la tasa de mortalidad indígena y resto. (excluye afrodescendientes).

^c Cociente entre la tasa de mortalidad afrodescendientes y resto (excluye indígenas).

Nota: las estimaciones se corrigieron con el factor de ajuste que permitía reproducir el total nacional censal con las cifras oficiales vigentes.

GRÁFICO 3
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA Y
ÁREA DE RESIDENCIA. CENSOS 2000
(Por mil nacidos vivos)



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

El mismo estudio, muestra que, en términos de brechas relativas, las mayores inequidades entre indígenas y no indígenas se ubican en las ciudades de Ferheim (Paraguay) y San José (Costa Rica). En la primera, la probabilidad de morir de un niño indígena es casi cuatro veces mayor que la de un niño no indígena, mientras en la segunda el riesgo de estos menores se duplica⁵.

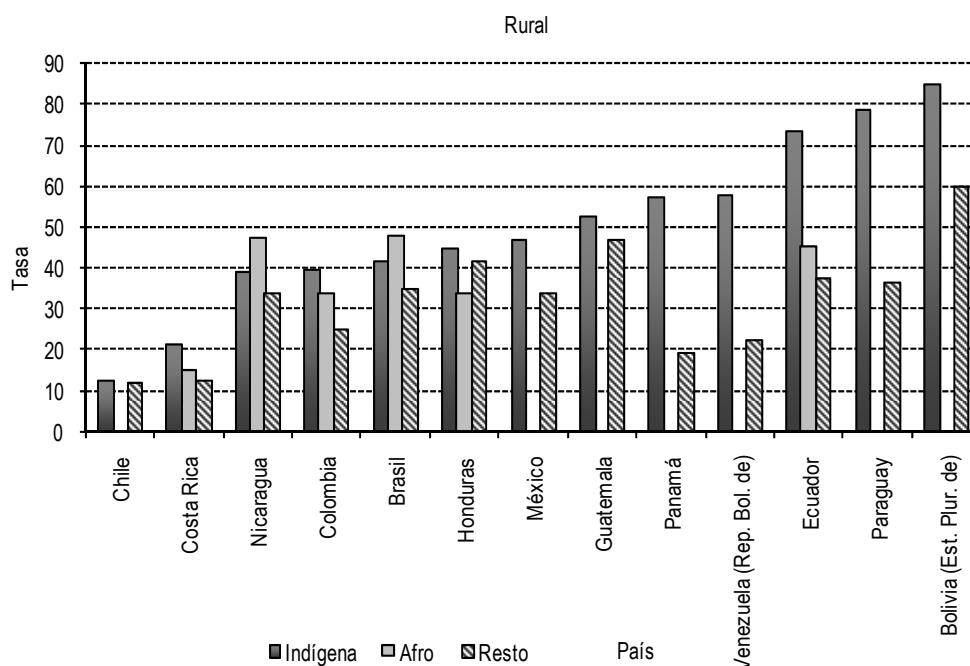
La misma fuente señala que en San José, La Paz y Ciudad de México las tasas de mortalidad temprana superan la tasa de mortalidad de indígenas urbanos a nivel nacional. La heterogeneidad de pueblos y los distintos tipos de residentes que habitan las ciudades hacen compleja la comprensión de esta sobremortalidad urbana a partir de esta información; no obstante el caso de Costa Rica permite constatar que una mortalidad baja para el total del país o incluso para una área como la ciudad capital, no necesariamente implica una mejor situación para la población indígena.

En efecto, San José (al igual que Costa Rica) tiene una de las tasas de mortalidad temprana más bajas de Latinoamérica (alrededor de 10 por mil nacidos vivos) y uno de los sistemas de seguridad social más eficientes de la región, no obstante estos beneficios parecieran no llegar de la misma manera a los niños indígenas⁶.

⁵ Las tasas de mortalidad temprana más bajas para los niños indígenas, observadas en Sao Paulo (Brasil) y San Pedro Sula (Honduras), pueden deberse, entre otros factores, a que la categoría de no indígenas incluye a otros grupos étnicos, como los afrodescendientes, que podrían tener tasas más elevadas.

⁶ Recientemente, el Hospital Maximiliano Peralta de Cartago ha implementado diversas iniciativas para enfrentar la alta mortalidad infantil y desnutrición de los inmigrantes ngobe bugle, potenciando un trato más humano e integral (Calvo, 2005).

GRÁFICO 4
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN CONDICIÓN ÉTNICA
Y ÁREA DE RESIDENCIA. CENSOS 2000
(Por mil nacidos vivos)



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

Estos hallazgos parecen confirmar la situación de exclusión social asociada a la discriminación que se ha descrito para los indígenas que viven en las ciudades (León, 2003; Molnar, Carrasco Johns-Swartz, 2003; Vigo y Chávez, 2003). En la reproducción de la inequidad se pueden distinguir la dimensión espacial-territorial y la sociocultural. Respecto de la primera, e independientemente si se trata de residentes o migrantes, los indígenas tienden a instalarse en zonas precarias y barrios marginales donde no existen o hay poca dotación de centros de salud (Quesnel, 2006). Asimismo, la dimensión sociocultural se revela en la poca pertinencia de los servicios de salud existentes y se expresa en la imposición del modelo biomédico sobre los indígenas, el uso exclusivo del lenguaje oficial, y sobre todo en la discriminación e inadecuada organización de la atención médica que se entrega a estas poblaciones⁷.

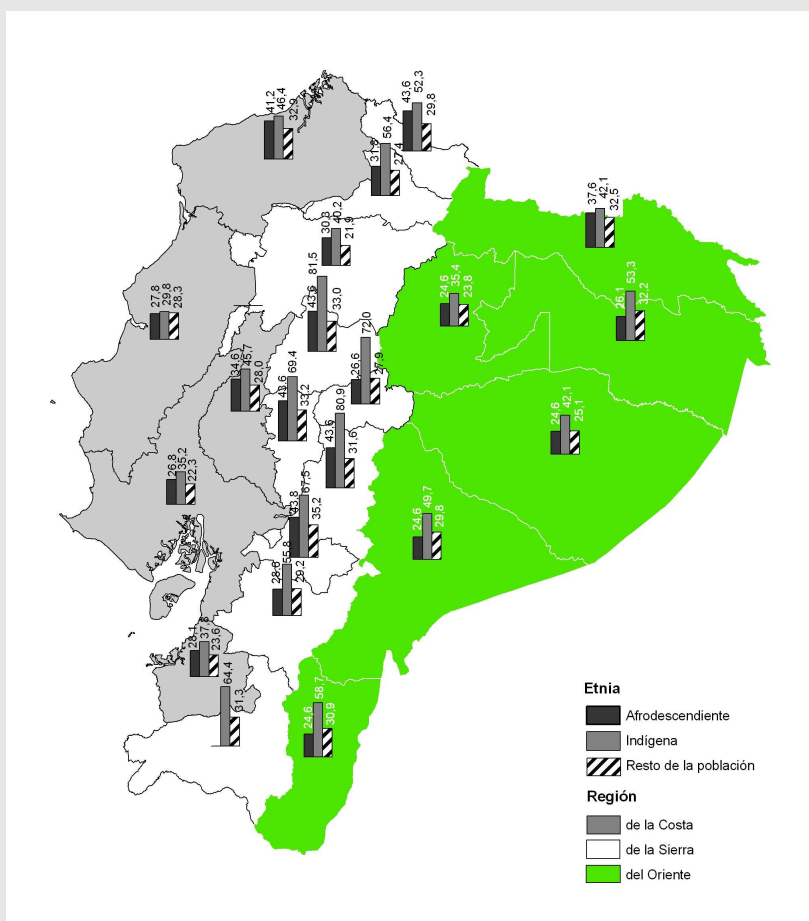
El diferencial de la mortalidad según área de residencia también se observa entre los menores afrodescendientes en los seis países analizados (Ver cuadro 3). Brasil y Nicaragua presentan las tasas de mortalidad más altas en el ámbito rural. No obstante, a diferencia de lo que ocurre con la situación descrita para los pueblos indígenas, para quienes las brechas siempre se agudizan en contextos urbanos, para los afrodescendientes esta tendencia no es homogénea. Por ejemplo, las inequidades son mayores en la ciudad que en el campo en Brasil, Ecuador y Honduras; en cambio, en Colombia, Costa Rica y Nicaragua, la situación es la inversa.

⁷ Un estudio reciente en indígenas urbanos de Perú muestra que la exclusión social en salud se manifiesta tanto en una mayor percepción de enfermedades, malestares crónicos, accidentes y síntomas como en menores porcentajes de atención médica que los no indígenas (León, 2003). En Guatemala se hace notar que, aún cuando las mujeres indígenas se atiendan en los hospitales y reconozcan que puede ser más seguro, el trato es deficiente y los horarios son restrictivos e inconvenientes (Enge, 1998).

El elemento común en la situación de inequidad étnica que afecta a los pueblos indígenas y afrodescendientes son las desigualdades territoriales, que se expresan en la segregación espacial en la ciudad.

RECUADRO 2 MORTALIDAD INFANTIL, PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES DE ECUADOR: HETEROGENEIDAD ÉTNICA Y TERRITORIAL

En Ecuador, la tasa de mortalidad infantil ha descendido proporcionalmente un 75% en los últimos 40 años: desde 119,2 por mil nacidos vivos en el periodo 1960-1965, hasta 29,2 en el periodo 1995-2000 (Guerrero, 2005). Sin embargo persisten brechas de acceso según origen étnico y área de residencia. Como se observa en el mapa, las tasas de los indígenas son siempre más elevadas que las de los afroecuatorianos y del resto de la población, especialmente en la región de la Sierra. Con respecto a los afroecuatorianos, las estimaciones muestran que las tasas no son tan altas como las de los no indígenas, siendo en algunas provincias, incluso más bajas comparadas con las del resto de la población



Fuente: CEPAL/CELADE-BID (2005).

“Los límites y los nombres que figuran en este mapa no implican su apoyo o aceptación oficial por las Naciones Unidas”.

VI. Mortalidad infantil indígena por pueblo de pertenencia

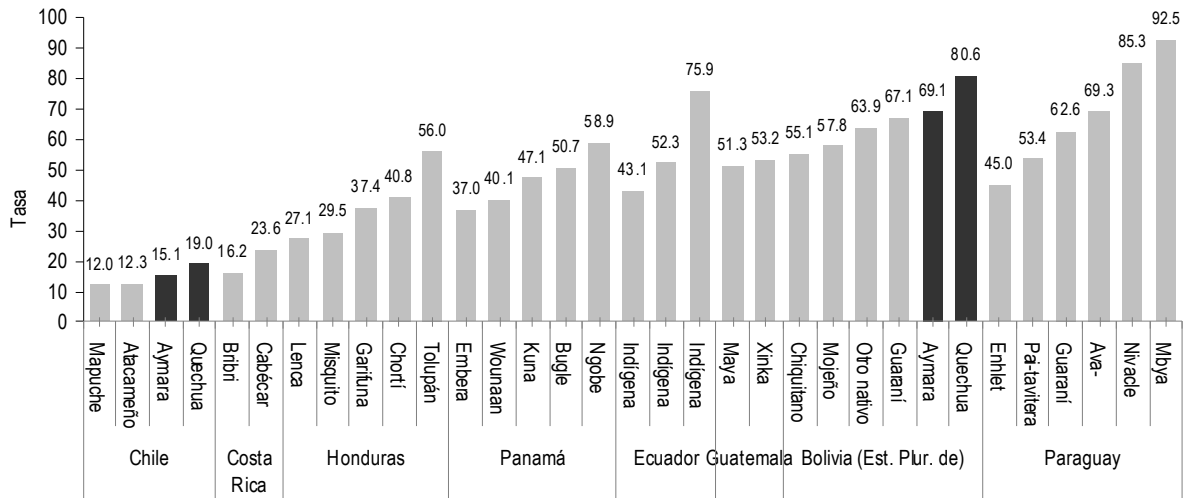
A la heterogeneidad entre países y áreas urbanas, se suma el hecho de que la mortalidad infantil también varía entre pueblos indígenas y al interior de éstos. Así por ejemplo, los mbya y nivacle de Paraguay y el pueblo quechua del Estado Plurinacional de Bolivia son los que presentan las probabilidades más altas de morir en la infancia (Ver gráfico 5). A su vez, los pueblos indígenas que presentan probabilidades más bajas, son los mapuches y atacameños de Chile con 11 y 12.5 por mil nacidos vivos. Cabe notar que sus asentamientos son mayoritariamente urbanos. El contexto nacional condiciona los niveles de mortalidad infantil, tal como se aprecia en los pueblos quechua y aymara, insertos en el Estado Plurinacional de Bolivia y Chile; así un niño quechua en el Estado Plurinacional de Bolivia tiene cinco veces más probabilidades de morir antes de cumplir su primer año de vida que un niño quechua en Chile; entre los aymara el diferencial es de cuatro veces.

Esta heterogeneidad no se explica solamente por las condiciones estructurales del país de residencia y el acceso a los servicios, sino también por la historia de contacto de los pueblos con el mundo occidental y la destrucción de los ecosistemas. Tal como se mencionó anteriormente, los conquistadores europeos introdujeron enfermedades a las cuales la población indígena no había sido expuesta, produciendo un colapso demográfico masivo (Kunitz, 1994; Montenegro y Stephens, 2006). Por ejemplo, en pleno siglo XX en Brasil desaparecieron alrededor de 60 grupos amazónicos. La vulnerabilidad demográfica es aún mayor para pueblos aislados y pequeños, donde el contagio de enfermedades agudas, puede significar la destrucción total y explica, en parte, la decisión de algunos pueblos de permanecer en aislamiento voluntario (Kunitz, 1994; Montenegro y Stephens, 2006).

Incluso en aquellos países que tienen tasas muy bajas de mortalidad infantil, los niños indígenas tienen más riesgo de fallecer que los niños no indígenas, presentándose diferencias territoriales al interior de los mismos pueblos. Un claro ejemplo de esta heterogeneidad, se puede observar por ejemplo en Chile, país que en el año 2002 tenía una tasa de 7,8 por mil nacidos vivos. No obstante los niños aymaras tenían un riesgo de morir superior en un 90% al de los no indígenas en la Región de Tarapacá y un 110% en la Región de Arica y Parinacota⁸ (Oyarce y Pedrero, 2006 y 2007).

⁸ Datos calculados en base a estadísticas vitales.

GRÁFICO 5
MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN PAÍS Y PUEBLO INDÍGENA/TERRITORIO.
CENSOS 2000
(Por mil nacidos vivos)



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

VII. Mortalidad infantil y en la niñez por condición étnica, según escolaridad de la madre

La influencia de la escolaridad de la madre en las condiciones de salud de los niños es uno de los determinantes próximos más descritos en la literatura especializada, pues está asociada tanto a un mayor acceso a los servicios, como a la posibilidad de disponer de la información necesaria, mejores ingresos y, en general, mejores condiciones de vida; aspectos que evidentemente inciden en la mortalidad infantil.

Consistentemente con ello, los antecedentes aportados por esta investigación, muestran que en los pueblos indígenas un acceso desigual a la educación formal por parte de la madre produce una situación más desventajosa para sus hijos

En el cuadro 4, es posible apreciar los niveles que alcanza la mortalidad infantil indígena según escolaridad de la madre. En el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador y Paraguay, se observan las tasas más altas, independientemente del nivel de escolaridad de la madre; en el otro extremo las menores tasas se encuentran en Chile y Costa Rica⁹.

En todos los países la probabilidad de morir en los niños disminuye a mayor educación de las madres. Las brechas en los riesgos para los hijos de madres con 0-3 años de estudios comparados con los de aquellas que tienen una escolaridad mayor de siete años oscilan entre un 40% (Guatemala y Chile) y un 160% (Honduras). En el caso de los de los afrodescendientes, estas brechas fluctúan entre un 40% (Colombia) y un 190% (Nicaragua).

Si bien, la mortalidad infantil y en la niñez disminuye a medida que aumenta la educación de la madre sin distinción de condición étnica, las brechas entre indígenas y el resto de la población y entre afro y el resto de la población aumentan incluso en los niveles más altos de educación (siete años y más). Es así como en Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras y Nicaragua el riesgo relativo de mortalidad infantil indígena es más alto incluso en los mismos niveles educativos de las madres no indígenas (Ver cuadro 5).

⁹ Situación que puede deberse a los pocos casos considerados para el análisis.

CUADRO 4
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE,
TOTAL, INDÍGENA, AFRO Y RESTO DE LA POBLACIÓN. CENSOS 2000
(Por mil nacidos vivos)

País	Tasa de mortalidad infantil											
	Indígena				Afro				Resto			
	0-3	4-6	7+	Total	0-3	4-6	7+	Total	0-3	4-6	7+	Total
Bolivia (Estado Plurinacional de)	92,1	73,2	52,1	73,9					72,6	60,1	41,3	53,1
Brasil	44,9	37,2	30,2	39,7	54,6	34,2	26,0	40,2	43,7	24,8	18,6	26,7
Chile	16,1	14,0	11,8	12,8					16,0	13,2	11,4	11,5
Colombia	45,8	32,6	26,7	39,5	38,7	29,6	27,0	31,7	29,8	23,7	21,4	23,9
Costa Rica	23,7	19,3	16,1	20,9	18,8	10,7	9,2	11,2	18,7	11,1	8,9	11,5
Ecuador	79,1	63,5	43,1	67,6	49,9	39,2	28,1	37,2	41,2	34,3	20,9	29,3
Guatemala	52,3	44,5	36,3	51,1					48,6	36,6	27,4	41,0
Honduras	49,8	35,4	19,5	43,5	40,6	34,3	20,9	31,9	48,5	28,7	15,6	34,5
México	50,9	36,4	25,2	43,0					39,4	28,7	19,7	26,5
Nicaragua	43,2	31,3	20,0	34,0	49,3	26,6	17,1	38,0	38,2	23,0	12,6	26,4
Panamá	64,0	43,3	25,1	53,4					27,4	18,0	15,6	17,3
Paraguay	78,7	71,8	*	78,5					47,4	37,9	29,7	37,7
Venezuela (República Bolivariana de)	55,2	35,7	24,3	44,4					25,5	20,4	17,8	19,6

País	Tasa de mortalidad en la niñez											
	Indígena				Afro				Resto			
	0-3	4-6	7+	Total	0-3	4-6	7+	Total	0-3	4-6	7+	Total
Bolivia (Estado Plurinacional de)	123,0	95,3	65,2	96,2					94,3	76,5	49,9	66,6
Brasil	57,9	46,5	37,2	50,0	72,8	42,4	31,7	50,9	55,9	30,3	22,8	32,5
Chile	19,8	16,9	14,0	15,3					19,7	15,8	13,2	13,6
Colombia	66,5	44,6	34,5	55,7	55,2	40,2	35,3	43,0	40,5	30,4	26,2	30,3
Costa Rica	28,6	22,8	19,0	24,9	22,2	12,9	11,1	13,4	22,2	13,3	10,7	13,7
Ecuador	111,8	86,7	55,0	93,4	65,3	49,5	34,7		52,4	42,7	25,9	36,2
Guatemala	69,2	57,1	45,0	67,2					63,4	45,6	33,3	51,9
Honduras	73,7	50,1	27,6	62,9	58,3	48,8	29,7	45,1	71,5	40,3	22,3	48,7
México	77,5	52,3	34,3	63,8					57,4	39,7	26,4	36,2
Nicaragua	61,5	42,4	26,2	46,6	71,8	36,0	22,5	52,9	53,2	30,4	16,8	35,1
Panamá	90,4	56,8	28,8	73,2					31,9	19,9	16,9	18,9
Paraguay	109,4	98,7		109,2					60,8	46,8	35,7	46,5
Venezuela (República Bolivariana de)	96,2	58,1	37,2	75,0					39,2	30,6	26,6	29,5

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

* El escaso número de casos no permitió hacer la estimación

Para el caso de los afrodescendientes se observa la misma tendencia: en Brasil, Ecuador, Honduras y Nicaragua la brecha entre afro y el resto se incrementa aún cuando la madre ha alcanzado los mismos niveles de escolaridad formal.

CUADRO 5
BRECHAS RELATIVAS DE MORTALIDAD INFANTIL POR PAÍS, SEGÚN AÑOS
DE ESTUDIO DE LA MADRE Y CONDICIÓN ÉTNICA. CENSOS 2000.

Censo	Condición étnica					
	Indígena/resto			Afro/resto		
	0-3	4-6	7+	0-3	4-6	7+
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1,3	1,2	1,3			
Brasil	1,0	1,5	1,6	1,2	1,4	1,4
Chile	1,0	1,1	1,0			
Colombia	1,5	1,4	1,2	1,3	1,2	1,3
Costa Rica	1,3	1,7	1,8	1,0	1,0	1,0
Ecuador	1,9	1,9	2,1	1,2	1,1	1,3
Guatemala	1,1	1,2	1,3			
Honduras	1,0	1,2	1,3	0,8	1,2	1,3
México	1,3	1,3	1,3			
Nicaragua	1,1	1,4	1,6	1,3	1,2	1,4
Panamá	2,3	2,4	1,6			
Paraguay	1,7	1,9				
Venezuela (República Bolivariana de)	2,2	1,8	1,4			

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

Es claro que una menor instrucción formal de las madres indígenas refleja una importante brecha de acceso a la educación como un derecho humano primordial; sin embargo, en la contextualización de este indicador, no hay que perder de vista que, por el carácter homogeneizador de la educación, un mayor acceso a ella no garantiza el ejercicio del derecho a la integralidad cultural, que sólo se lograría a través de programas de educación intercultural bilingüe (CEPAL, 2007).

VIII. Mortalidad infantil indígena según idioma hablado por la madre

Este indicador, que se analiza sólo para seis de los 13 países considerados en este estudio, no sólo permite conocer el uso y vigencia de las lenguas indígenas, sino que remite al universo cognitivo de los pueblos y es un importante medio de autoidentificación¹⁰. El lenguaje reviste una gran importancia para comprender la situación de salud indígena, pues la lógica homogenizante-castellanizante de la atención de salud, limita el real acceso a ella de estos grupos. Junto con ser un medio de transmisión de conocimiento dentro de las culturas y sus correspondientes sistemas de salud (Montenegro y Stephens, 2006), la lengua es también un determinante próximo de acceso a la atención.

En concordancia con este enfoque, se observa en el cuadro 6, que la mortalidad de niños cuyas madres sólo hablan lenguas indígenas es mayor que la de hijos de mujeres bilingües o que sólo hablan castellano.

CUADRO 6
TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL INDÍGENA (POR MIL NACIDOS VIVOS) POR PAÍS,
SEGÚN LENGUA HABLADA POR LA MADRE. CENSOS 2000.

País	Lengua hablada por la madre		
	Sólo Indígena	Sólo castellano	Indígena-castellano
Bolivia (Estado Plurinacional de)	103,1	52,9	71,8
Guatemala	53,8	47,8	49,8
Paraguay	79,8	*	78,0
Ecuador	83,2	53,2	71,2
México	59,1	29,6	40,3
Costa Rica	24,3	12,8	*

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

* El escaso número de casos no permitió hacer la estimación

¹⁰ Se calcula que existen alrededor de 34 familias lingüísticas en América Latina y el Caribe y se hablan alrededor de 400 idiomas.

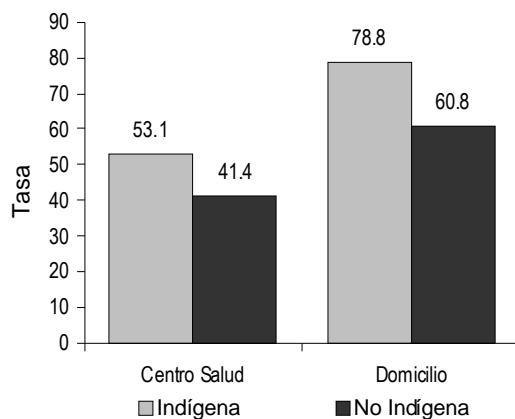
Las diferencias más notables en este ámbito se presentan en el Estado Plurinacional de Bolivia, con una probabilidad de morir en la infancia para la población monolingüe en un idioma indígena, de 103 por mil nacidos vivos, en contraposición a la de 52.9 por mil para los monolingües en castellano.

IX. Mortalidad infantil indígena según acceso y atención en salud

En el Estado Plurinacional de Bolivia y México, los censos incluyen variables relativas al acceso a la atención de salud. En el primero de estos países, se introdujo una pregunta sobre el lugar de ocurrencia y persona que atendió el último parto; en el segundo país, sobre el acceso a la atención en salud. La inclusión de estos aspectos permite hacer un análisis preliminar de los determinantes sociales próximos de atención médica.

En el caso del Estado Plurinacional de Bolivia (Ver gráfico 6), se observa que la mortalidad infantil es menor en aquellos niños que nacieron en un centro de salud, independientemente de su condición étnica. Sin embargo, los niños indígenas, indistintamente del lugar donde se produzca el nacimiento, tienen un 30% más de riesgo de morir antes de cumplir un año, que los niños no indígenas. Esto podría ser una expresión del daño acumulado, que opera más allá del momento del parto.

GRÁFICO 6
TASA MORTALIDAD INFANTIL INDÍGENA Y NO INDÍGENA EN BOLIVIA
POR LUGAR DEL PARTO. CENSOS 2001
(Por mil nacidos vivos)



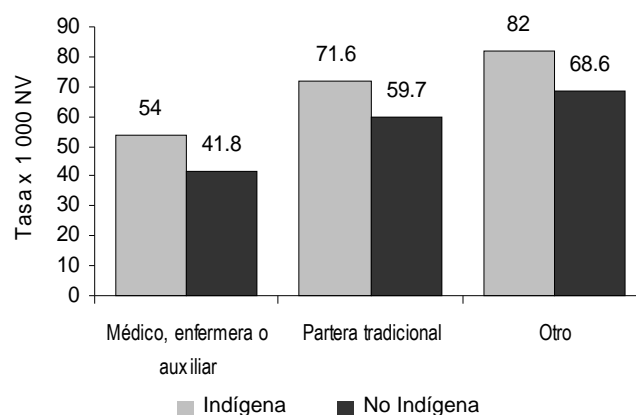
Fuente: CEPAL/CELADE, procesamientos especiales de los microdatos censales.

De manera consistente con estos datos, la mortalidad infantil es también menor entre aquellos niños cuyas madres contaron con atención profesional o técnica institucional del parto, sean éstas indígenas o no indígenas. No obstante, cualquiera sea la atención al parto, el riesgo de morir es un 20-30% mayor en indígenas (Ver gráfico 7).

En el caso de México (Censo 2000), se observa que la relación entre mortalidad infantil y atención médica al parto muestra la misma estructura que en Bolivia: esto es, mayor mortalidad infantil en niños cuyas madres no contaron con atención al parto, indistintamente si son o no son indígenas, aunque el riesgo en indígenas es mayor (60%-70%), independientemente de si recibe o no atención médica (Ver gráfico 8).

La situación ya descrita para el Estado Plurinacional de Bolivia y México, puede observarse también en otros países latinoamericanos, a partir del análisis de encuestas específicas de salud materno infantil. Por ejemplo, en Guatemala, donde el 84% de las mujeres indígenas ha tenido partos domiciliarios, y sólo 19% ha contado con atención profesional, la mortalidad infantil indígena es más alta que para los hijos de mujeres no indígenas, que tienen mayor acceso a estos servicios (ENSMI, 2003). Del mismo modo, en Ecuador, país donde $\frac{1}{4}$ de las mujeres indígenas y $\frac{3}{4}$ de las no indígenas accedieron a atención profesional del parto, las tasas de mortalidad infantil indígena son también mayores. (ENDEMAIN, 2006)¹¹.

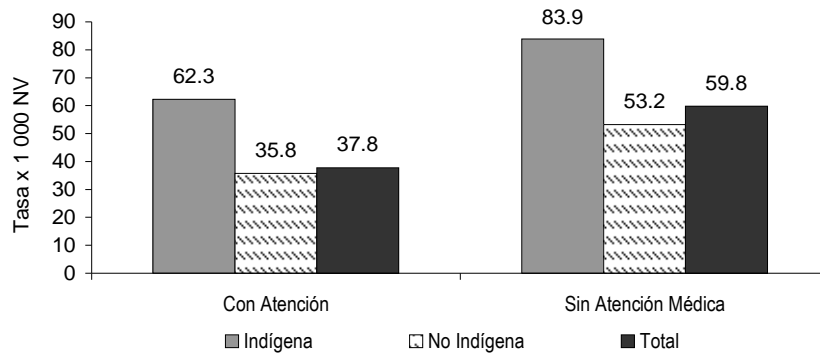
GRÁFICO 7
TASA MORTALIDAD INFANTIL INDÍGENA Y NO INDÍGENA
EN BOLIVIA POR PERSONAL DE ATENCIÓN DEL PARTO. CENSOS 2001
(Por 1000 nacidos vivos)



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

¹¹ Llama la atención también que en Ecuador el 81% de la población total del país y el 84% de los pueblos indígenas, no tienen ningún tipo de seguro de salud. (ENDEMAIN., 2006)

GRÁFICO 8
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL INDÍGENA Y NO INDÍGENA EN MÉXICO
SEGÚN ATENCIÓN MÉDICA DEL PARTO. CENSOS 2000



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

X. Tendencias de la mortalidad infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes

Pese a que varios países destacan como un logro significativo la reducción de la mortalidad infantil y materna tanto de los pueblos indígenas como el de las poblaciones afrodescendientes, únicamente Brasil presenta información que permite sustentar estos logros para los pueblos indígenas; cifras oficiales de la Fundación Nacional de Salud (FUNASA) indican que entre el año 2000 y el 2006 la mortalidad infantil indígena descendió de un 74,6 por mil nacidos vivos a un 38,5 por mil¹².

Al menos dos afirmaciones se desprenden de estos hechos. Por una parte, que si existe voluntad política es posible avanzar significativamente en garantizar el derecho a la salud. En este sentido, es necesario recalcar la ausencia generalizada de información sistemática sobre la situación de salud y perfiles epidemiológicos de los pueblos indígenas y poblaciones afrodescendientes en América Latina; situación que sin duda constituye uno de los principales obstáculos para definir objetivos sanitarios y evaluar resultados en el cumplimiento de los derechos de estos grupos sociales. A ello se agrega la poca disponibilidad de recursos humanos capacitados para entregar una atención de salud con pertinencia y eficacia, escaso financiamiento, discontinuidad en la asignación de recursos y poca participación de los pueblos indígenas.

Es indudable que, al examinar las tendencias de la mortalidad infantil en un período de aproximadamente 15 años, ésta ha disminuido sostenidamente en el tiempo, tanto para los pueblos indígenas como para los no indígenas, aunque en diversas proporciones como se aprecia en el cuadro 7.

La comparación de los resultados de los censos de la ronda de 1990 con la de 2000 muestra una disminución importante en la mortalidad infantil de los pueblos originarios aunque los esfuerzos son aún insuficientes (Ver cuadro 7). El descenso puede ser el resultado de dos aspectos: una disminución real y el efecto de una menor mortalidad infantil de personas que se declararon indígenas en el segundo censo y no en el primero.

¹² Estas estimaciones se refieren a la población indígena que se asienta en el área de cobertura de la Política Nacional de Atención de los Pueblos Indígenas de Brasil. A través de ella se define el Distrito Sanitario Especial Indígena (DSEI) como un modelo de organización territorial de servicio orientado para un espacio etno-cultural dinámico, geográfico, poblacional y administrativo bien delimitado; a la fecha existen 34 DSEI, que abarcan un total de 3751 aldeas, cubriendo una población indígena de 470 mil (CEPAL, 2008a).

CUADRO 7
AMÉRICA LATINA (13 PAÍSES): TASA DE MORTALIDAD INFANTIL SEGÚN
CONDICIÓN ÉTNICA Y ZONA DE RESIDENCIA. CENSOS 1990 Y 2000
(Por mil nacidos vivos)

País	Año del censo	Total país			Área de residencia					
		Indígena	Afro	Resto	Urbano			Rural		
					Indígena	Afro	Resto	Indígena	Afro	Resto
Bolivia (Estado Plurinacional de)	1992	104,0	-	65,9	82,7	-	52,9	121,0	-	93,8
	2001	77,7	-	50,5	67,8	-	48,1	87,8	-	57,1
Brasil	1990	61,1	63,9	39,4	76,7	59,7	36,1	56,7	73,1	50,5
	2000	39,7	40,2	26,7	37,2	37,6	24,7	41,8	48,1	35,0
Ecuador	1990	101,8	-	53,3	61,5	-	39,6	108,0	-	69,4
	2001	72,2	-	30,5	42,9	-	24,7	76,6	-	39,1
Guatemala	1994	61,1	-	49,7	56,9	-	41,0	62,1	-	55,2
	2002	51,1	-	41,0	47,2	-	35,3	52,6	-	46,7
México	1990	63,8	-	36,7	48,7	-	31,1	70,8	-	49,8
	2000	42,7	-	26,2	35,4	-	23,7	47,1	-	33,3
Panamá	1990	72,2	-	21,6	39,9	-	17,7	75,3	-	26,0
	2000	53,5	-	17,3	31,7	-	15,7	57,5	-	19,5
Paraguay	1992	96,2	-	45,8	90,8	-	45,9	96,5	-	45,8
	2002	78,5	-	37,7	72,1	-	38,8	79,1	-	36,3

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

Nota: En los casos del Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador y México, las estimaciones provenientes de los censos del 2000 son algo más elevadas que las presentadas en el cuadro 1 de este documento. Estas diferencias se deben a que los censos de estos países no incluyeron el criterio de autoidentificación en la ronda de 1990 y a fin de hacer comparables los resultados entre ambos censos tuvo que utilizarse el criterio de lengua hablada. La población indígena y afrodescendiente se definió a partir del criterio de autoidentificación, excepto en los casos de el Estado Plurinacional de Bolivia, Ecuador y México, para los cuales se trata de hablantes de idioma indígena a fin de poder hacer la comparación entre censos (solamente el último censo incluyó autopertenencia).

En el segundo caso, pueden incidir varios factores, siendo los más importantes los cambios conceptuales y metodológicos en la forma de registrar a las poblaciones indígenas y el proceso de revitalización étnico-cultural y político que se viene observando y que redundan en que un número mayor de personas se declare como indígena. Si bien esto requiere un análisis más profundo, por lo pronto se puede ver que no hubo logros en materia de equidad: las desigualdades se mantienen e incluso se observan leves incrementos en las zonas rurales de varios países. A su vez, el descenso de la mortalidad infantil que se registra en el total de la población indígena de cada país va de la mano del proceso de urbanización que está experimentando este colectivo junto con el hecho de que ha sido precisamente en el medio urbano donde se registran las mayores reducciones relativas. En el caso de la población afrodescendiente, aunque la información es fragmentaria, las inequidades son claras en Brasil (Ver cuadro 7).

XI. Conclusiones y orientaciones para acciones futuras

Todos los indicadores analizados en este artículo son una elocuente expresión del menoscabo de los pueblos indígenas y afrodescendientes en el contexto de las sociedades latinoamericanas y son el resultado de la brecha en la implementación de sus derechos fundamentales a la vida y la supervivencia cultural y de la falta de garantía estatal de sus derechos a la salud.

Los resultados de la mortalidad infantil y en la niñez muestran claramente la inequidad, es decir la falta de justicia social que afecta a estos pueblos y que a su vez refleja la posición subordinada que tienen en la estructura social latinoamericana. Es así como los niveles de mortalidad temprana son sistemáticamente más elevados entre los niños y niñas indígenas y afrodescendientes, comparada con el resto de la población menor de cinco años, tanto en áreas urbanas como rurales. Dado que estas brechas se observan incluso en aquellos países con bajas tasas, se puede deducir que asegurar una mejor situación general no garantiza una mayor supervivencia de los menores de estos pueblos. Vale decir, no hay una correlación entre la situación general del país y la de estos sectores sociales demostrando la inequidad que existe en el derecho a la salud en estos colectivos sociales y el resto de la población.

No obstante, la situación es heterogénea existiendo diversidad según países, pueblos y contextos socio-territoriales tanto para indígenas como para afrodescendientes. Se configura así un mosaico de situaciones producido, entre otros factores, por la interdependencia entre los determinantes estructurales de pobreza (posición socioeconómica), discriminación (estratificación social) y daño acumulado (exposición y vulnerabilidad diferencial); y los determinantes próximos, principalmente aquellos relacionados con la organización y acceso a los servicios de salud, la escasa seguridad alimentaria y el daño o destrucción de los ecosistemas.

Los procesos sociopolíticos que configuran lo indígena y lo afro en América Latina que se inician desde la conquista y colonización y que persisten, en mayor o menor medida, hasta nuestros días, se reflejan también en las brechas diferenciales de la mortalidad de menores de cinco años entre estos grupos. Una historia de discriminación y marginación de más larga data en el tiempo, asociada al colapso demográfico producido por la “invasión mórbida” europea, ubica a los niños indígenas en la posición más desventajosa del continente, situación que no sólo vulnera sus derechos individuales a la vida, sino que además pone en peligro la supervivencia biológica y cultural de estos pueblos. Vale la pena destacar que esta es una situación descrita para todos los pueblos indígenas del mundo tal como ha sido demostrado recientemente en una revisión exhaustiva sobre este tema, donde se

concluye que las brechas de equidad en salud que presentan los menores indígenas respecto del resto de la población, se deriva directamente de la situación de discriminación y marginalidad en que se encuentran producto de la historia de colonización y subordinación que les afecta (Gracey et al, 2009; King et al, 2009) .

1. Orientaciones para acciones futuras

Expertos a nivel internacional han planteado la necesidad de desarrollar estrategias de salud integrales, comprensivas y apropiadas para enfrentar las inequidades observadas en los pueblos indígenas y afrodescendientes, asegurando su participación en el proceso (Stephens et al, 2006). El desafío consiste en desarrollar nuevos enfoques transformando en acción el conocimiento científico adquirido, donde la dimensión territorial adquiere una importancia central, dada la diversidad de situaciones observadas a nivel regional y mundial (Bryce et al, 2005). Asimismo, se releva la urgencia de reposicionar el tema de la salud de los niños en la agenda internacional, retomando el enfoque de determinantes sociales para el diseño de políticas públicas que impacten tanto en los determinantes próximos como estructurales (Victoria et al, 2003; Lee, 2003).

En el primer ámbito se requiere de intervenciones en salud para:

- a) Controlar las enfermedades con una atención de salud oportuna, eficiente y culturalmente pertinente, que no sólo incluya medidas preventivas como vacunas e inmunizaciones, sino también la disponibilidad y calidad de control prenatal y atención especializada del parto (especialmente para disminuir la mortalidad neonatal).
- b) Mejorar la salud materna, especialmente en embarazadas de edades extremas (menores de 15 y mayores de 40 años), asegurando a las parejas el acceso a servicios de planificación familiar pertinentes, para que las mujeres puedan programar y espaciar sus embarazos de acuerdo a sus patrones culturales.
- c) Garantizar una nutrición adecuada especialmente a través de la seguridad alimentaria y atención de salud. Esta es una tarea urgente considerando que la desnutrición está directamente asociada a la mortalidad en la niñez y subyace en la mayoría de las enfermedades como diarrea, bronconeumonía, malaria etc. El fomento de la lactancia materna es sumamente importante a este respecto; según un estudio del Organización Mundial de la Salud (OMS), más de la mitad de muertes debidas a diarrea e infecciones respiratorias podrían ser evitadas con amamantamiento exclusivo durante los primeros tres meses de vida y amamantamiento parcial durante el resto del primer año de vida
- d) Disminuir la contaminación ambiental y la degradación de los ecosistemas, como espacios vitales del bienestar indígena, asegurando un entorno saludable y un acceso adecuado al agua potable y servicios sanitarios, por su vínculo con la mortalidad debida a enfermedades transmisibles (principalmente respiratorias y diarrea).
- e) Por último, abordar la incidencia de accidentes y violencias en la mortalidad de menores de cinco años, que adquieren cada vez mayor relevancia en los pueblos indígenas y afrodescendientes, asociados a una entrada a la modernidad sin un control social adecuado.

Para cerrar las brechas de implementación de los derechos y alcanzar, con equidad, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, no basta con aumentar la cobertura del sistema de salud oficial. Es necesario, además, implementar programas específicos que, partiendo del reconocimiento de los derechos en salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes y basados en el principio de la autodeterminación e integridad cultural, promuevan estrategias de salud materno-infantil con la plena participación de los pueblos involucrados. Al respecto, hay que considerar además que los pueblos indígenas y algunas comunidades afrodescendientes tienen cosmovisiones y modos de entender la

realidad, y lenguajes particulares que deberían ser la base de políticas y programas enmarcados en el reconocimiento y garantía de los derechos.

Pese a la inclusión de los derechos y deberes de los pueblos indígenas en varios tratados y conferencias internacionales, así como en algunas cartas constitucionales de algunos países, falta mucho por hacer para implementar acciones que promuevan, reconozcan y garanticen los derechos de los pueblos indígenas y poblaciones afrodescendientes (CEPAL, 2008a). En términos generales, los avances en esta materia han sido insuficientes principalmente debido a la escasa participación de los pueblos involucrados, al poco contenido cultural de las intervenciones para reducir la mortalidad en la niñez y a la falta de información que impide monitorear la eliminación de las brechas (CEPAL, 2007).

Aún con limitaciones, la incorporación de la identificación étnica en los censos y otras encuestas, hace posible elaborar panoramas descriptivos generales, como el que se ha presentado aquí. No obstante, dada la urgente necesidad por comprender las múltiples dimensiones del problema, se requieren análisis más específicos a partir de estas mismas fuentes (en diferentes contextos territoriales, pueblos de pertenencia, situación de migración, etc.). Pero también se necesitan enfoques más amplios y comprensivos, combinando fuentes convencionales con otras alternativas, entre las que se cuentan metodologías cualitativas como estudios de casos, historias familiares, historias de nacimientos, narrativas de enfermedad y autopsias verbales (WHO, 2007).

Desde una perspectiva más amplia, es claro que la reducción de la mortalidad infantil y en la niñez de los pueblos indígenas y afrodescendientes sólo se logrará si se actúa sobre los determinantes estructurales, eliminando la inequidad, promoviendo el efectivo cumplimiento de los derechos humanos individuales y colectivos de estos pueblos, redistribuyendo el poder político y económico en la búsqueda de un mundo más diverso y equitativo. Esta tarea involucra no sólo a los estados y las organizaciones indígenas y afrodescendientes, sino también a la sociedad en su conjunto.

Bibliografía

- 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.
- 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)
- Bryce J, C. Boschi-Pinto, K. Shibuya, RE. Black, et al, (2005), WHO estimates of the causes of death in children. *Lancet* 2005; 365: 1147-1152.
- Calvo, María (2005), Efectos de la migración Ngöbe Buglè en el Servicio de Pediatría del Hospital Dr. Maximiliano Peralta de Cartago. En *Acta médica Costarricense*. Vol. 47, N° 2, abril- junio.
- CEPAL (2006), Panorama social de América Latina 2005, CEPAL, Santiago, Chile.
- _____ (2007), Panorama Social de América Latina 2006. Santiago, Chile.
- _____ (2008a), Agenda Social. Panorama Social de América Latina 2007. 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.
- Chackiel, Juan (2005), “Métodos de Estimación de la Fecundidad y la Mortalidad a partir de Censos, una Aplicación a Pueblos Indígenas de Panamá”, *Notas de Población*, No. 79, CEPAL-CELADE/División de Población, Chile, pp. 171-210, Naciones Unidas.
- CIPD, Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) (1994), NACIONES UNIDAS, www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html
- Claeson, Mariam y Ronald 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]. v. 78, n. 10, pp. 1234-1245. ISSN 0042-9686
- CONAPO (2000), Cuadernos de Salud Reproductiva. República Mexicana. México: Autor.

- Del Popolo, F.; M. Oyarce y B. Ribotta (2007), Condiciones de vida de indígenas urbanos en el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Documento presentado a la reunión de expertos “Urban Indigenous Peoples and Migration”, Santiago de Chile, 27-29 de marzo.
- 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, Nº 79*. CEPAL/CELADE, Santiago, Chile.
- ENDEMAIN-2004 (2006), “Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Ecuador”, CEPAR, MSP, CODNPE, UNFPA, Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas de la ONU, Quito, abril.
- Enge, Kjell (1998), “Salud y reproducción: qué piensan, sienten y desean los mayas”, Documento de trabajo, Nº 20, Population Council.
- ENSMI-2002 (2003), Guatemala, Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil, MSPAS, INE, UVG, CDC, USAID, ASDI, APRESAL/UE, PNUD, UNIFCEF, FNUAP, PROYECTO POLICY II, CARE, Guatemala.
- 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.
- Guerrero, Fernando (2005), Población indígena y afroecuatoriana en Ecuador: diagnóstico sociodemográfico a partir del censo de 2001. Proyecto BID-CEPAL/CELADE “Los pueblos indígenas y la población afrodescendiente en los censos”. CEPAL. *Serie Documentos de proyecto LC/W.16*. Santiago de Chile.
- Gracey, Michael y Malcom King (2009), Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. www.thelancet.com. Vol 374, July 4
- 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.
- 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.
- King Malcolm, Smith Alexandra y Michael Gracey (2009), Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. www.thelancet.com. Vol 374, July 4.
- Krieger, Nancy (2000), “Discrimination and health” *Social Epidemiology*. Beckman y Kawachi eds. Oxford press Nº 55 pp. 693-700
- Kunitz, Stephen J. (1994), “Disease and the Destruction of Indigenous Population” *Humanity, Culture and Social Life: An Encyclopedia of Anthropology*. London: Routledge.
- Lee J.W. (2003), Child survival: a global health challenge. *The Lancet* 362: 262.
- León, Guadalupe (2003), “Ecuador, etnicidad, pobreza y exclusión de los indígenas inmigrantes en Quito, Guayaquil y Tena”. *Exclusión Social y estrategias de vida de los indígenas urbanos de Perú, México y Ecuador*. Washington Dc. Banco Mundial.
- Molnar, A., T. Carrasco y K. Johns-Swartz (2003), “México: pueblos indígenas, identidad y pobreza en las ciudades de México, Cancún y Coatzacoalcos-Minatitlán”, *Exclusión social y estrategias de vida de los indígenas urbanos en Perú, México y Ecuador*, Washington, D.C., Banco Mundial.
- Montenegro, Raúl y Carolyn Stephens (2006), “Indigenous health in Latin America and the Caribbean”. En *The Lancet*, Vol 367, junio 3.

- Naciones Unidas (1986), Manual X: Técnicas Indirectas de Estimación Demográfica, New York.
- _____ (1995), “Población y Desarrollo”, Programa de Acción adoptado en la Conferencia.
- _____ (2000), “Declaración del Milenio” (A/RES/55/2), New York.
- Nichter (2008), Global Health: Why Cultural Perceptions, Social Representations, and Biopolitics Matter University Arizona Press
- Oyarce y 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.
- Quesnel, André (2006), “Dinámicas demo-sociales de la población indígena y afrodescendiente en América Latina”. *Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: información sociodemográfica para políticas y programas*, CELADE/CEPAL, Serie Documento de Proyectos, LC/W.72.
- Rangel, Marta (2006), La población afrodescendiente en América Latina y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: un examen exploratorio en países seleccionados utilizando información censal”. En *Pueblos indígenas y afrodescendientes en América Latina*. Serie Documento de Proyectos, CELADE, CEPAL, Santiago, Chile.
- 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.
- 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.
- 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.
- Stephens, Carolyn, Porter John, Nettleton Clive y Ruth Willis (2006), Disappearing, displaced, and undervalued: a call to action for Indigenous health worldwide. www.thelancet.com
- UNICEF-CEPAL (2007), El derecho a entornos saludables para la infancia y la adolescencia. Un diagnóstico desde América Latina y el Caribe. *Desafíos* N° 5, Julio de 2007.
- Victoria CG, A. Wagstaff, JA. Schellenberg, D. Gwatkin, M. Claeson y JP. Habicht (2003), Applying an equity lens to child health and mortality more of the same is not enough. *The Lancet* 362:323-27
- Vigo, M.M. y A. Chávez (2003), Perú. Etnicidad, pobreza, exclusión social: la situación de los inmigrantes indígenas en las ciudades de Cusco y Lima. En “*Exclusión Social y estrategias de vida de los indígenas urbanos en Perú, México y Ecuador*”, Banco Mundial.
- WHO 2007, Commission of Social Determinants of Health (CSDH) framework for action.
- WHO/ARI Reports 1989, 1991.