



UNIVERSIDAD BÍBLICA
LATINOAMERICANA
PENSAR • CREAR • ACTUAR

BACHILLERATO EN CIENCIAS TEOLÓGICAS
BACHILLERATO EN CIENCIAS BÍBLICAS

LECTURA SESIÓN 10

CTX 122 HISTORIA DE LA RELIGIOSIDAD INDÍGENA Y AFRO-LATINOAMERICANA

Damman, Siri. “Vulnerabilidad nutricional de los niños indígenas de América: una cuestión de derechos humanos”. En *Pueblos indígenas y pobreza*, coordinado por Alberto D. Cimadamore, Robyn Eversole y John-Andrew McNeish, 89-114. Buenos Aires: CLACSO, 2006.

Reproducido con fines educativos únicamente, según el Decreto 37417-JP del 2008 con fecha del 1 de noviembre del 2012 y publicado en La Gaceta el 4 de febrero del 2013, en el que se agrega el Art 35-Bis a la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, No. 6683.

SIRI DAMMAN*

VULNERABILIDAD NUTRICIONAL DE LOS
NIÑOS INDÍGENAS DE AMÉRICA
UNA CUESTIÓN DE DERECHOS HUMANOS

DURANTE LAS SESIONES DE 2003 del Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) se puso en relieve que existe escasa información completa sobre la situación de los pueblos indígenas. Por consiguiente, el Foro recomendó que los organismos de la ONU suministrasen más información sobre la situación y las condiciones de vida de los pueblos indígenas, en particular con referencia a los niños y los jóvenes (ONU, 2003).

De acuerdo con una compilación de datos disponibles sobre América Latina patrocinada por el Banco Mundial, los pueblos indígenas tienden a ser pobres y a experimentar distintas áreas de vulnerabilidad superpuestas (Banco Mundial, 1994). Otro estudio internacional indica que los pueblos indígenas también son vulnerables en relación con la salud (Alderete, 1998). No sólo carecen de lo indispensable, sino además de educación formal, igualdad de oportunidades, e influencia política (PNUD, 2000).

* Estudiante de Doctorado. Su tesis en elaboración aborda la temática de los Pueblos Indígenas y su derecho a la alimentación. En los últimos dos años formó parte del equipo interdisciplinario del Proyecto Internacional sobre el Derecho a la Alimentación en el Desarrollo, llevado adelante por la Universidad de Oslo y la Universidad de Akershus, Noruega.

Diversas organizaciones y conferencias internacionales agregaron a los pueblos indígenas a la lista de grupos vulnerables¹, que merecen una atención especial en cuanto a la salud, la nutrición y el desarrollo (OPS, 1994; OMS, 2001; CMFI, 1990; FAO/OMS, 1992; CMDS, 1995; CMA, 1996). Dado que varias iniciativas internacionales intentan encarar las desigualdades sociales (como la Organización Mundial de la Salud con su objetivo de buscar "salud para todos" y el más reciente que procura la "igualdad en la salud"), concentraron su atención en los grupos vulnerables que por diversos motivos no se benefician por igual con los avances de la sociedad mayoritaria. En forma paralela, durante los últimos quince años el sistema de derechos humanos de la ONU realizó notables esfuerzos para explicar en detalle el contenido y las implicaciones de derechos económicos y sociales específicos, incluyendo la no discriminación con respecto a la alimentación y la salud².

Resulta un poco curioso que los pueblos indígenas³, un conjunto de pueblos de todo el mundo muy diversos, genéticamente muy distin-

1 Según el tema de que se trate, la vulnerabilidad puede estar asociada con ciertos grupos etarios (como los niños menores de 5 años de edad o las personas mayores), con el género, con afecciones o impedimentos mentales o físicos, con el embarazo o con la orientación sexual. Los análisis de la salud en relación con la geografía (por ejemplo urbana/rural), la economía (niveles socio económicos y salud), la raza o la etnicidad, ayudan a agregar nuevas reflexiones relacionadas con los determinantes de la buena y la mala salud.

2 Extraído del Comentario General N° 14 sobre el derecho a tener el nivel de salud más alto que pueda alcanzarse (Naciones Unidas/Consejo Económico y Social, 2000a): "Obligaciones esenciales 43 [...] Los estados parte tienen la obligación esencial de asegurar la satisfacción, como mínimo, de los niveles esenciales de cada uno de los derechos enunciados en el Pacto, incluyendo la atención sanitaria primaria esencial [...] estas obligaciones esenciales incluyen al menos las siguientes obligaciones: (a) Asegurar el derecho de acceso a las prestaciones, los productos y los servicios de salud en forma no discriminatoria, en particular para grupos vulnerables o marginales; (b) Asegurar el acceso a los alimentos mínimos esenciales que sean seguros y adecuados en lo nutricional, a fin de asegurar que nadie tenga que pasar hambre; (c) Asegurar el acceso a un refugio, una vivienda y servicios sanitarios básicos, y un suministro adecuado de agua segura y potable; (d) Proporcionar los medicamentos esenciales según los defina en cada momento el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS; (e) Asegurar una distribución equitativa de todas las prestaciones, los productos y los servicios de salud; (f) Adoptar e implementar una estrategia y un plan de acción de salud pública nacional sobre la base de la evidencia epidemiológica que aborde las inquietudes de salud de toda la población; la estrategia y el plan de acción serán diseñados y revisados periódicamente sobre la base de un proceso participativo y transparente; incluirán métodos, tales como indicadores y referentes del derecho a la salud, por medio de los cuales pueda hacerse un monitoreo cuidadoso del avance; el proceso por el cual se genere la estrategia y el plan de acción, así como su contenido, prestará atención particular a todos los grupos vulnerables o marginales".

3 El término "pueblos indígenas" no se define, a pedido de los pueblos indígenas mismos. No obstante, los países que ratificaron el Convenio 169 de la OIT (1989) toman como base la siguiente descripción, que aparece en el artículo I(b) del Convenio: pueblos de países independientes que son considerados indígenas dado que descienden de las poblaciones que habitaban el país, o una región geográfica a la cual pertenece el país, en el momento

tos y con una amplia variedad de estilos de vida, sean más vulnerables que otros. También es interesante advertir que, a pesar del amplio consenso sobre su vulnerabilidad, existe una carencia general de análisis sistemáticos transnacionales, indicador por indicador.

Un enfoque del desarrollo basado en los derechos concentrado en la no discriminación, el respeto, la equidad, la rendición de cuentas, la transparencia y la participación tendría un valor especial para los grupos vulnerables y para los pueblos indígenas en particular.

Los estados tienen el potencial de debilitar o asegurar el goce del derecho a contar con alimentos adecuados y el derecho a la salud, pero según las normas internacionales sobre derechos humanos tienen una responsabilidad moral y legal de garantizar estos derechos dentro de sus fronteras. Un supuesto subyacente de este capítulo es que la dedicación verdadera de un estado a los derechos económicos, sociales y culturales, incluyendo el derecho a la alimentación y a la salud y la justicia social, podría detectarse por medio de la manera en que trata a los pueblos indígenas que viven dentro de sus fronteras. En el mejor de los casos, los pueblos indígenas no están marginados y disfrutan de sus derechos humanos, incluyendo el derecho a la alimentación y a la salud, en igualdad de condiciones. Si sus indicadores de nutrición y salud fueran los mismos que el promedio del país o muy similares, reflejarían el compromiso de ese estado respecto de los derechos de los pueblos indígenas. Por otra parte, si la brecha entre los indicadores de los habitantes indígenas y los no indígenas es considerable o está en aumento, indica que se trata de una sociedad en la cual distintos grupos tienen un acceso no equitativo a recursos vitales.

El presente artículo propone, si bien limitándose al continente americano⁴, analizar la vulnerabilidad indígena en base a dos indicadores: la tasa de mortalidad infantil (TMI⁵) y el retraso del crecimiento (altura/edad) en los niños. Los indicadores relacionados con la nutrición se seleccionan cuidadosamente según la disponibilidad de los datos y su función adicional como indicadores sustitutos del nivel socioeconómico y la pobreza (OMS, 2001). En general, América Latina tiene un

de la conquista o la colonización o el establecimiento de las fronteras actuales entre estados y quienes, independientemente de su situación legal, conservan algunas o todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas. Según el Artículo 2(c), la auto-identificación como indígena o tribal será considerada un criterio fundamental para determinar los grupos a los cuales se aplican las disposiciones del Convenio,

4 Si bien esta presentación trata específicamente sobre los niños indígenas de América, las observaciones y las sugerencias efectuadas en relación con las obligaciones del estado pueden tener cierta relevancia respecto de los pueblos indígenas de otras partes del mundo y respecto de otros grupos marginales.

5 Probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente un año de edad expresada cada mil nacidos vivos (UNICEF, 2000).

muy buen desempeño en comparación con África y Asia en cuanto al retraso del crecimiento (OPS, 2002) y la tasa TMI. Sin embargo, como se verá en este artículo, los promedios regionales y nacionales pueden ocultar considerables variaciones internas⁶. Los resultados constituyen el punto de partida para la segunda parte del estudio aquí presentado, una exposición de las implicaciones prácticas de los hallazgos desde una perspectiva de derechos humanos.

La tierra suele representar la base de los ingresos y, en muchos casos, la fuente de alimento, los medios de vida y la supervivencia económica para los pueblos indígenas.

Con todos los animales y plantas que viven y crecen en ella, simboliza sus tradiciones, su cultura y su espiritualidad, y al vivir en la tierra y utilizar sus recursos los pueblos indígenas refuerzan su identidad como pueblo. Por consiguiente, los derechos territoriales son esenciales para los pueblos indígenas. Históricamente, por lo general los estados hicieron caso omiso de los derechos territoriales tradicionales y del uso colectivo de la tierra que hacen los pueblos indígenas. Esta actitud beneficiaba al estado mismo y a intereses comerciales y de otra índole.

Los pueblos indígenas, en general, se ven atrapados en un rápido proceso de aculturación, o mejor dicho de desculturización, a menudo acelerado por la confiscación de territorios indígenas. Aquellos que viven en las zonas rurales de América y se ganan la vida de la manera tradicional tienden a experimentar un deterioro en su acceso a los recursos alimenticios tradicionales cosechados. En el Ártico, los alimentos tradicionales están contaminados con metales pesados y otras toxinas (AMAP, 1997). Además de los cambios dietarios y el estilo de vida potencialmente perjudiciales, las comunidades indígenas también son proclives a la pobreza y a todo lo que esta implica en relación con las condiciones de vida, el desempleo, los altos índices de suicidio, el consumo de drogas, la violencia y la desintegración sociocultural (IWGIA, 1999; MRGI, 1977).

En los países desarrollados y en vías de desarrollo, los pueblos indígenas parecen especialmente propensos a sufrir e incluso morir por enfermedades y trastornos que en principio son fáciles de curar, incluyendo enfermedades infecciosas del sistema respiratorio y digestivo y afecciones crónicas a raíz de deficiencias nutricionales (Alderete, 1998). Asimismo, los niños que estuvieron desnutridos durante sus primeros años de vida presentan una mayor tendencia a la obesidad y a sufrir las denominadas enfermedades causadas por el estilo de vida, tales como hipertensión arterial, diabetes tipo 2, y cardiopatías coronarias más ade-

⁶ Algunos países, como Canadá y EE.UU., ya no recogen datos nacionales sobre retraso del crecimiento dado que no lo consideran un problema; sin embargo, las minorías carenciadas dentro del país pueden todavía sufrir retraso del crecimiento.

lante. Así, los niños indígenas son más proclives a ser diabéticos u obesos y a sufrir afecciones cardíacas al llegar a adultos. Por consiguiente, lo que observamos es una “doble carga” de enfermedad: en una misma población coexisten elevados niveles de enfermedades relacionadas con la pobreza junto con enfermedades que hasta hace poco estaban asociadas con la riqueza y un estilo de vida sedentario y acomodado.

Esta situación se denomina “la transición de la nutrición”, y está vinculada con la rápida occidentalización de la dieta y del estilo de vida tradicionales. El aumento en las enfermedades relacionadas con el estilo de vida es particularmente marcado en los países en desarrollo, incluida América Latina (Bermúdez y Tucker, 2003). Este es un panorama terrible, dado que los presupuestos de salud de estos países tienden a estar sobrecargados en la situación actual (OMS, 2003). En los países desarrollados, la obesidad, la diabetes y las cardiopatías coronarias son particularmente notorias en los grupos más pobres de la población, entre los cuales suelen encontrarse las comunidades indígenas. La dieta de estas personas está tornándose rica en harina refinada, azúcar y grasa saturada a un ritmo alarmante, y sus niveles de actividad también tienden a cambiar, de un estilo de vida activo a uno sedentario (Kuhnlein y Receveur, 1996; OPS, 2002). No es sorprendente que la obesidad haya aumentado entre los niños indígenas, tanto en los países ricos como en los países en desarrollo (Albala et al., 2002; Nakano, 2003).

Con frecuencia se afirma que los pueblos indígenas son “genéticamente pequeños”. Sin embargo, una investigación realizada por Habicht et al. mostró que la estatura infantil a los siete años presentaba diferencias considerables entre los niveles socioeconómicos más altos y más bajos, y que los niños de la misma clase socioeconómica de distintos continentes tendían a presentar más similitudes que diferencias entre los grupos étnicos (Habicht et al., 1974). Así, la desnutrición crónica en las primeras etapas de la vida deriva en una menor estatura corporal, de modo que una persona que sufre desnutrición crónica no llegará a la altura para la cual estaba genéticamente programada. Un punto interesante es que se demostró que la altura promedio de una población cambia con el tiempo, lo que implica que la altura es consecuencia de las condiciones de vida. Mientras que la altura de los mayas de América Central disminuyó casi 12 cm en los últimos veinte siglos (McCullough, 1982), la altura de los niños de madres mayas que migraron a Estados Unidos es en promedio casi 12 cm mayor que la de niños de un grupo etario comparable de Guatemala (Bogin et al., 2002).

Una gran proporción de los pueblos indígenas de Sudamérica viven en zonas montañosas, a veces a tres mil metros de altura o más, y a menudo se los considera de corta estatura. Se ha sugerido que las personas que viven a gran altura no desarrollan la misma estatura que quienes viven a un nivel más bajo a raíz de un supuesto efecto fisiológico de la altura sobre

el crecimiento (Stinson, 1980). No obstante, estudios posteriores indican que el efecto atribuido a la altura es despreciable o muy reducido. Es más probable que los factores causales sean las humildes condiciones de vida y la inseguridad alimenticia provocada por las breves estaciones agrícolas de las zonas montañosas (Bustos et al., 2001; Greksa et al., 1985).

Así, los elevados niveles de retraso del crecimiento que suelen observarse en los pueblos indígenas de la región andina y de Mesoamérica deberían interpretarse como un reflejo de las limitaciones de recursos y la pobreza. Un crecimiento menor se debe a una combinación de inseguridad alimenticia y dietas deficientes, infecciones frecuentes, y la incapacidad de quienes tienen a los niños a su cargo de brindarles una atención adecuada (Bustos et al., 2001). Aun cuando muchos sean autosuficientes en relación con los alimentos y las necesidades básicas, a menudo las enfermedades infecciosas curables adoptan un cariz más grave en los pueblos indígenas, dado que no suelen beneficiarse por igual de los servicios de atención sanitaria pública. Uno de los motivos es geográfico, ya que los pueblos indígenas en general viven en zonas geográficamente marginales, donde los servicios sanitarios son escasos y dispersos. Además, aun si cuentan con un puesto sanitario en las cercanías, si no tienen ahorros la atención sanitaria y los medicamentos pueden seguir siendo inaccesibles. Las áreas marginales también son a menudo las que poseen menor potencial económico. Además de los temas de disponibilidad económica y geográfica, los autores mencionan la desconfianza y los prejuicios con bases culturales, la discriminación, y los problemas de comunicación a raíz de diferencias lingüísticas o culturales, como motivos de la baja atención de servicios sanitarios (OPS, 2002).

¿QUÉ TIENE PARA OFRECER UN ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS?

Un enfoque del desarrollo basado en los derechos humanos parte del imperativo ético de que todas las personas tienen derecho a gozar de cierto nivel de vida. Brinda así una visión del desarrollo no discriminatoria y "centrada en el ser humano". Por motivos obvios, la buena salud no puede ser provista y garantizada por un estado, ni tampoco pueden los estados brindar protección contra todas las causas posibles de enfermedades en el ser humano. Por consiguiente, el derecho a la salud debe entenderse como el derecho a gozar de una variedad de prestaciones, productos, servicios y condiciones necesarias para obtener el nivel de salud más alto que pueda alcanzarse (ONU/Consejo Económico y Social, 2000a y 2000b).

Dado que carecen de un estado propio, los pueblos indígenas no pueden ser miembros formales de las Naciones Unidas. No obstante, esta situación no les impidió ganarse un lugar y presentar con bastante éxito sus inquietudes dentro y fuera del contexto explícito de los dere-

chos humanos de la ONU. Desde la década del noventa, los derechos económicos, sociales y culturales han adquirido cada vez más influencia dentro de las organizaciones internacionales de desarrollo. Los pueblos indígenas son los sujetos explícitos de dos instrumentos internacionales de derechos humanos, el Convenio de la OIT N° 107 sobre poblaciones indígenas y tribales (en adelante, OIT 107) y el Convenio de la OIT N° 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes (en adelante, OIT 169). El convenio OIT 169 data de 1989, y resultó más del agrado de los pueblos indígenas que la perspectiva asimilacionista del convenio anterior (OIT 107). El OIT 169 presenta la idea de que las culturas indígenas y sus estilos de vida, historia, idiomas, religiones, valores y recursos deberían defenderse mediante medidas protectoras con fundamento legal. El convenio OIT 169 abre asimismo el camino para lograr un cierto grado de autodeterminación de las comunidades indígenas (OIT, 1989). En América, el convenio OIT 169 fue ratificado por Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú y Venezuela (OIT, 2003), mientras que Canadá y EE.UU. aún no lo han ratificado (ver Tabla 2).

En la superficie, las diferencias entre los enfoques referidos a los alimentos y la nutrición basados en los derechos humanos, y los convencionales de necesidades básicas, pueden parecer sutiles. Sin embargo, al examinarlos en mayor detalle las diferencias son fundamentales. El enfoque "de necesidades básicas" define a los beneficiarios y a sus necesidades, pero los beneficiarios potenciales no tienen un reclamo activo para asegurar que sus necesidades sean satisfechas, y no existe deber ni obligación vinculante hacia ninguna persona para que satisfaga las mismas. En sí, los enfoques de necesidades básicas se basan en decisiones de política y consideraciones económicas y de otro tipo, y son voluntarios. Por otra parte, al estar basado en la legislación, el enfoque de los derechos económicos, sociales y culturales y del desarrollo basado en los derechos humanos reemplaza el "enfoque de la voluntad política", en el cual el estado tiene la libertad de elegir si actúa o no, por un sistema basado en imperativos legales, deberes, obligaciones y la supervisión del desempeño del estado. Al enfatizar las responsabilidades del estado, los beneficiarios son reconocidos como sujetos activos y "poseedores de reclamos" a quienes debe consultarse y permitirse participar en la toma de decisiones y su implementación. Se establecen deberes u obligaciones y debe definirse claramente quiénes tienen la responsabilidad de actuar (los "poseedores de deberes") (PNUD, 2000).

Los conceptos de *poseedores de reclamos* y *poseedores de deberes* allanan el camino para una mayor rendición de cuentas. Este es un punto clave para mejorar la influencia del grupo de destino y aumentar la efectividad de las acciones. En sí, el "valor agregado" potencial puede desprenderse de la aplicación de un enfoque basado en los derechos (Kracht,

1997). Los procesos democráticos a nivel central y local se verán fortalecidos, siendo probable que los programas se vuelvan más sostenibles al poner énfasis en la rendición de cuentas, la toma de decisiones y la implementación. Una mayor rendición de cuentas, consulta, inclusión y empoderamiento de los beneficiarios facilitaría la identificación de referentes e indicadores para evaluar los procesos y los resultados (PNUD, 2000)⁷.

Los tratados sobre derechos humanos son legalmente vinculantes para los estados y no meras aspiraciones, como sucede con las recomendaciones de conferencias y cumbres globales. Los aspectos éticos y jurídicos cobran una importancia singular en un mundo dominado por la ideología del "libre comercio", que otorga una relevancia sin precedentes a los derechos y los intereses de las empresas, al tiempo que amenaza con marginar a grandes grupos de la población. Un enfoque basado en los derechos humanos obliga a que los estados regulen a los actores nacionales en pro del interés de los tenedores de derechos y desafíen las tendencias que llevan a debilitar al estado. Los derechos humanos, al menos en teoría, se imponen a todos los otros acuerdos internacionales. Si la comunidad mundial decide dar mayor predominio a los derechos humanos, el sistema de derechos humanos bien podría proporcionar un baluarte contra los procesos internacionales que tienden a aumentar la brecha entre ricos y pobres.

MORTALIDAD INFANTIL Y RETRASO DEL CRECIMIENTO ENTRE LOS NIÑOS INDÍGENAS DE AMÉRICA

LA TASA DE MORTALIDAD INFANTIL Y EL RETRASO DEL CRECIMIENTO COMO INDICADORES DE POBREZA

En los países en desarrollo, más del 40% de todos los niños sufren retraso en el crecimiento⁸ y más del 50% de todas las muertes infantiles se deben directa o indirectamente a la desnutrición (UNICEF, 2000). La evaluación del crecimiento (medición de la prevalencia de retraso del crecimiento/desnutrición crónica) en este momento constituye la mejor medida del estado sanitario y nutricional de los niños porque es resul-

7 Un foro reciente se está encargando de este tema. La Subcomisión de Derechos Humanos, que se ocupa de la necesidad de contar con una nueva arquitectura social para complementar la arquitectura financiera, resultó clave para establecer el Foro Social (ONU/ECOSOC). Este foro sobre derechos económicos, sociales y culturales se reunirá en la sede de la ONU en Ginebra dos días al año, y tratará temas tales como la pobreza y los derechos humanos, el efecto del comercio internacional, las finanzas y las políticas económicas sobre la distribución de los ingresos, y la igualdad y la no discriminación a nivel nacional e internacional y en relación con grupos vulnerables, incluyendo a los pueblos indígenas. Todavía está por verse qué influencia tendrá este foro.

8 Retraso del crecimiento/desnutrición crónica, moderado y grave, definido como una desviación del estándar inferior a menos 2 respecto de la altura mediana de la población de referencia.

tado de la enfermedad y de una ingesta alimenticia inadecuada con un efecto combinado sobre el crecimiento infantil.

El retraso del crecimiento y las tasas de mortalidad infantil (TMI) guardan una correlación relativamente buena. Ambos sirven como indicadores sustitutos de la pobreza, ya que reflejan las condiciones socioeconómicas generales de una sociedad. Lo que las distingue es que el retraso del crecimiento es especialmente sensible a las condiciones socioeconómicas generales, incluyendo la inseguridad alimenticia, la carga de las enfermedades, las condiciones sanitarias y la pobreza generalizada, mientras que la tasa TMI refleja mejor la disponibilidad y accesibilidad de servicios sanitarios generales, incluyendo la asistencia en el parto (OPS, 2002). Este trabajo considera que tanto la tasa TMI como el retraso del crecimiento son indicadores de pobreza, y no busca correlacionarlos con otras medidas de la pobreza, tales como niveles de ingreso o clasificación de desarrollo humano, principalmente a raíz de la escasez de este tipo de datos en referencia a grupos indígenas específicos.

COMPARAR MATERIALES DE DATOS NO ESTANDARIZADOS

Prácticamente no existen estudios comparativos que analicen la salud indígena en forma sistemática, indicador por indicador. Algunos de los motivos pueden ser la tendencia a no considerar que la etnicidad conforma una variable importante para elaborar modelos de inequidad, un reflejo de ciertas ideologías nacionales o de los problemas metodológicos involucrados (OPS, 2002). Ciertamente, los problemas metodológicos no deben subestimarse. En la actualidad, los estándares metodológicos no están muy armonizados -por ejemplo, al comparar estudios sobre salud indígena, los individuos indígenas aparecen identificados según criterios diferentes⁹- y pocos países reúnen y analizan estadísticas vitales y de servicios de salud en función de la etnicidad (OPS, 1998). Los conjuntos de datos generalmente están desglosados por género, por ubicación urbana/rural o por región (ver Tabla 1). La disponibilidad de datos específicos de cada región abre realmente la posibilidad de utilizar la zona geográfica como sustituto de la etnicidad, dado que los pueblos indígenas suelen estar ubicados en zonas geográficas bien definidas (Tabla 1 de "áreas sustituidas")¹⁰.

⁹Se utilizaron criterios tales como el nombre, el idioma, el lugar de nacimiento, el color de la piel, la vestimenta o la afiliación a comunidades (OPS, 2002). Desde una perspectiva de los derechos humanos, la auto-identificación se elige por opción (Convenio 169 de la OIT, ver OIT, 1989). Utilizando fuentes secundarias y terciarias de información, en este trabajo no se realizó ninguna elección independiente de una definición sino que se aceptaron los criterios de inclusión utilizados por los autores de cada estudio.

¹⁰ Cuando las encuestas nacionales estaban desglosadas sólo por regiones, se identificaron las áreas que presentaban la mayor proporción de individuos indígenas utilizando el

PUEBLOS INDÍGENAS Y POBREZA

Tabla 1
Mortalidad infantil y desnutrición crónica en los niños indígenas de América,
comparado con los valores promedio de sus países.

País	Pueblos Indígenas como % del total*	Médicos x10.000 hab.**	Índice de Mortalidad Infantil (IMI)***					Desnutrición Crónica (DC)****				
			Año de ref.	IMI Nacional (x/1.000)	Proporción: Valores indígenas/Promedio Nacional		Pequeños Estudios	Año de ref.	DC Nacional (x/100)	Proporción: Valores indígenas/Promedio Nacional		Pequeños Estudios
					Valor ind. Nac.	Área Proxy				Valor ind. Nac.	Área Proxy	
Bolivia	71	3,2	1998	67		1,9		1998	26,8		1,8	
Guatemala	66	9,0	1999	45	1,2	1,3		1999	47	1,4		
Perú	47	10,4	1996	43		1,5	2,6-3,6	2000	25,4		1,2/1,4	
Ecuador	43	13,2	1999	30		1,8-2,1		1998	26,4		1,7	
Belice	19	7,4	1996	26		1,2		1996	15		2,6	
Honduras	15	8,3	1995	36				1992	36,3			1,9
México	14	15,6	1995	29	1,9		3,0	1996	33,9	1,7	1,3-1,4	1,8
Chile	8	13,0	1999/93	10,1		Superior a 4,1		2002	1,5		1,4	1,8
El Salvador	7	11,8	1998	35				1998	23,3		1,3	
Panamá	6	12,1	1999	21,3		1,8		1997	14,4	3,5	1,6	
Nicaragua	5	6,2	2000	45,2				2001	20,2		1,1/1,7	
Surinam	6	5,0	1999	29								
Guyana	6	1,8	1998	23				1997	10			1,7-1,9
Paraguay	3	4,1	1992	36	3,0		1,9/5,1	1997/98	10,9			
Colombia	2	9,3	1993	32,1			2,0	2000	13,5			
Venezuela	2	19,3	1995	23,1		1,4/1,6		2000	12,8		2/2,2	
Argentina	1	26,8	2001	17,6		1,2		1995/96	12,4		1,3	
Costa Rica	1	15,0	2000	10,2				1992			2,7/2,2	
Brasil	0,2	14,4	1998	33				1988/90	15,4			3,6
Canadá	1	22,9	1996	7	1,9/2,2	3,1						
Estados Unidos	0,65	27,9	1998/96	7,2	1,6							

* Organización Panamericana de la Salud (1998) "La salud en las Américas", Volumen 2, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, Washington, citando Banco Interamericano de Desarrollo, Proyecto Preliminar para la Creación del Fondo para el Desarrollo de Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, Washington, D.C. 1991; Instituto Indigenista Interamericano, Banco de Datos, México, 1992, en OPS/OMS, SILOES 34, 1993 ** OPS (2002) "La salud en las Américas", Vol. 1 Publicación Científica y Técnica 587, p. 381 (Proporción de doctores, enfermeras... 1999) *** Probabilidad de morir entre el nacimiento y exactamente un año de edad expresado por 1.000 nacimientos vivos (UNICEF, 2000) **** Porcentaje de desnutrición crónica, moderado y severo bajo menos 2 desviaciones estándares de altura media de población de referencia (UNICEF, 2000).

Directorio Mundial de Minorías (MRGI, 1997), publicaciones de la OPS ("La salud en las Américas", OPS, 1994; 1998; 2002) o fuentes similares. Este trabajo incluyó asimismo estudios más reducidos sobre comunidades indígenas. No obstante, estos estudios reducidos podrían no ser representativos de la situación de todos los pueblos indígenas de un país y llevar a subestimar y sobreestimar la situación general.

HALLAZGOS

Los promedios de cada país correspondientes al grupo etario relevante en las encuestas nacionales de salud se tomaron como valores de referencia. Los datos sobre poblaciones indígenas se dividieron por el promedio nacional respectivo para obtener una proporción (valor en la población indígena/promedio nacional). Comparar los datos obtenidos en poblaciones indígenas con los promedios nacionales era la mejor opción disponible, dado que en general no estaban disponibles datos comparables sobre tasa TMI y retraso del crecimiento en poblaciones no indígenas.

Los resultados muestran que todas las proporciones disponibles (valor en la población indígena/promedio nacional) sobre mortalidad infantil y retraso del crecimiento de la Tabla 1 son mayores que 1, lo cual indica que los niños indígenas de América son más proclives a morir antes de cumplir el año de edad y a sufrir retraso del crecimiento que la población en general en el mismo país. Cuando la tasa TMI es elevada, la proporción de retraso del crecimiento también es elevada, lo que destaca la interconexión entre ambos elementos.

Como puede verse en la tabla, en algunos países existe una diferencia relativamente pequeña entre los valores registrados en la población indígena y el promedio del país, mientras que en otros los valores registrados en la población indígena son dos o tres veces mayores, o aun más. En Canadá la probabilidad de morir antes del año de vida es 2,2 veces mayor para los niños Inuit y 1,9 veces mayor para los Métis e indígenas canadienses. En Estados Unidos se registra la misma tendencia.

El conjunto de datos de Guatemala se desglosa según la etnia, el grado de urbanización y el nivel socioeconómico, lo que abre el camino a nuevas reflexiones. La tasa TMI nacional es de 45/1.000, la referida a poblaciones indígenas 56/1.000, y el valor correspondiente a los ladinos (“no indígenas”) es de 44/1.000. La proporción es pequeña (1,2), pero debe evaluarse en relación con la gran población indígena de Guatemala (66%), que influye en forma considerable en el promedio del país. Si se compara la tasa TMI de la población indígena con la TMI de los ladinos, la proporción trepa a 1,3.

El 47% de los niños de Guatemala tienen retraso del crecimiento. Ese porcentaje está compuesto en un 67% por niños indígenas y en 34% por niños ladinos. A raíz de la gran cantidad de niños indígenas con retraso del crecimiento y la elevada proporción de población de origen indígena, la proporción “valor en la población indígena/promedio nacional” es de 1,4. No obstante, cuando se compara a los niños indígenas con los ladinos, la proporción crece a 1,97, lo cual manifiesta una desventaja más marcada para los pueblos indígenas. Los datos revelan

que el retraso del crecimiento está asociado con una fuerte pendiente socioeconómica y afecta sólo al 18% de los más ricos, al 52% de los de nivel intermedio, y al 61% de los más pobres. Se observa una pendiente similar entre las grandes ciudades (29%), los pueblos más pequeños (41%) y las áreas rurales (57%) (Castillo et al., 2001). Así, los niños indígenas tienden a ser pobres, tener un crecimiento retrasado y vivir en áreas rurales de Guatemala, mientras que los niños ladinos tienen mayores probabilidades de estar en una mejor situación, crecer de acuerdo con su potencial genético y vivir en ciudades más grandes. La proporción de mortalidad infantil es menor que la del retraso del crecimiento, lo que indica que los servicios sanitarios están mejor distribuidos que la riqueza en Guatemala.

Los datos de México, Chile y varios otros países muestran que la tasa TMI y el retraso del crecimiento en comunidades más pequeñas pueden diferir en forma bastante significativa de la situación en áreas con predominio indígena y del promedio nacional relativo a los pueblos indígenas. El conjunto de datos sobre retraso del crecimiento en Bolivia es material interesante para realizar un análisis longitudinal de la brecha de salud existente entre un área geográfica con predominio indígena y el promedio del país.

En 1988-1990 la proporción de retraso del crecimiento entre la zona con predominio indígena de Potosí y el promedio nacional era de 1,25 (44,0/35,0), mientras que en 1996 era de 1,4 (40,3/29,1) y en 1998 de hasta 1,8 (47,4/26,8). Se observa que en Potosí el índice de retraso del crecimiento no cambia mucho, mientras que a nivel nacional se observan mejoras. Una nueva inspección de los datos revela que los centros urbanos experimentan mejoras notables, mientras que los índices de retraso del crecimiento en las zonas rurales permanecen relativamente sin cambios.

En resumen, la Tabla 1 indica lo siguiente:

- Los promedios nacionales pueden ocultar variaciones significativas entre regiones y grupos étnicos.
- La diferencia entre comunidades indígenas dentro del mismo país puede ser considerable.
- Los países y las regiones de América que cuentan con grandes poblaciones indígenas presentan los índices más altos de retraso del crecimiento y tasas TMI. Los problemas parecen ser más graves en la región andina, en las áreas selváticas de Sudamérica y en América Central.
- Los niños indígenas de América son más vulnerables a la mortalidad infantil y al retraso del crecimiento que la población promedio de esos países.

- En países medianamente ricos como Argentina, Chile, EE.UU., Canadá y Brasil, llama la atención que, a pesar de su economía relativamente fuerte y sus pequeñas poblaciones indígenas, las proporciones se mantienen iguales a grandes rasgos que en otras partes de América.

En este contexto más amplio, la Tabla 1 sugiere que existe una división socioeconómica entre pueblos indígenas y no indígenas en toda América, y que los pueblos indígenas, más que la población en su conjunto, están sujetos a factores de riesgo que comprometen su salud nutricional y sus probabilidades de sobrevivir a la niñez. La mortalidad infantil guarda estrecha relación con el retraso del crecimiento, pero la atención prenatal y la presencia de asistentes capacitados en el parto tienen una notable influencia sobre las tasas de mortalidad.

Una cuestión clave es hasta qué punto las necesidades de salud de los pueblos indígenas difieren de las necesidades de los pobres en general. El patrón "pan-americano" de vulnerabilidad indígena está explicado en la publicación de la Organización Panamericana de Salud, "La salud en las Américas", que vincula la vulnerabilidad indígena con la pobreza, la discriminación y la falta de enfoques de atención sanitaria culturalmente sensibles y participativos (OPS, 2002). Si bien los pobres en general pueden experimentar la discriminación, los pueblos indígenas además tienden a sufrir la insensibilidad cultural, las barreras idiomáticas y en general barreras de comunicación basadas en diferencias de pensamiento sobre la salud y la enfermedad, las causas de la enfermedad, las formas de curarla, la definición de "bienestar humano", etcétera.

Los esfuerzos de los estados individuales por tratar los temas de salud de los pueblos indígenas parecen algo erráticos. En gran medida se han caracterizado por un enfoque que parte de lo general hacia lo particular, adaptándose a todos los casos (OPS, 2002). Como puede verse en la Tabla 1, los resultados a la fecha no han sido muy dignos de admiración. No obstante, están gestándose nuevos enfoques, y la iniciativa de reforma propuesta por la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002) puede ayudar a sintonizar las políticas de desarrollo y de salud con las realidades locales mediante la participación y la asociación. Tales enfoques tomarían en cuenta que los servicios de salud deben adaptarse a distintas circunstancias y necesidades y, de esa forma, probablemente serían mucho más favorables para la salud de los pueblos indígenas (Victoria et al., 2003).

Además, la concentración actual (nacional e internacional) en la salud de los pueblos indígenas, los derechos humanos y las obligaciones de los estados puede dar lugar a nuevas resoluciones para abordar los temas de salud de los pueblos indígenas con mayor efectividad.

LOS ESTADOS Y SUS OBLIGACIONES DE DERECHOS HUMANOS
RELACIONADAS CON LA SALUD Y LA ALIMENTACIÓN

El sistema de derechos humanos proporciona enfoques y conceptos que deberían resultar particularmente útiles para los pueblos indígenas. En primer lugar, los principios clave del derecho a la salud, incluyendo su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad, fueron expuestos por el Comité de las Naciones Unidas sobre el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (en adelante, PIDESC) en su Comentario General sobre el derecho a la salud (GC14), que aclara las obligaciones del estado relativas a la salud (ONU/Consejo Económico y Social, 2000a). En segundo lugar, las obligaciones del estado de respetar, proteger y satisfacer el derecho de las personas a la alimentación (Eide, 1987; ONU/Consejo Económico y Social, 1999) ponen de relieve el derecho a las condiciones en las cuales las personas pueden alimentarse gracias a su propio esfuerzo y conseguir ayuda cuando aquello ya no sea posible. En tercer lugar, el principio de derechos humanos de no discriminación, combinado con la reivindicación y las medidas de protección, destacan la necesidad de que exista justicia social y en ocasiones discriminación positiva y tratamiento especial para obtener resultados equitativos. Por último, los principios de rendición de cuentas, transparencia, participación de los individuos y descentralización¹¹, también presentes en el concepto de "buena gobernabilidad", potencialmente podrían brindar cierta guía sobre la manera de gobernar que favorezca el bienestar humano y el desarrollo basado en los derechos humanos.

EL DERECHO A TENER UNA ALIMENTACIÓN ADECUADA Y EL NIVEL DE SALUD MÁS ALTO QUE PUEDA LOGRARSE

Un enfoque de la alimentación y la salud basado en los derechos y su desarrollo en esa línea son inseparables de la justicia social, y requieren la adopción de políticas económicas, ambientales y sociales apropiadas a nivel nacional e internacional orientadas a erradicar la pobreza y hacer cumplir todos los derechos humanos para todos (Naciones Unidas /Consejo Económico y Social, 1999). El estado puede crear y sustentar/perpetuar la pobreza, pero asimismo puede hacer mucho por eliminarla y evitarla. Al ratificar los tratados relevantes sobre derechos

11 Comentario General 12 (párrafo 23). "La formulación y la implementación de estrategias nacionales referidas al derecho a la alimentación requieren el cumplimiento pleno de los principios de rendición de cuentas, transparencia, participación popular, descentralización, capacidad legislativa e independencia del poder judicial. La buena gobernabilidad resulta esencial para la concreción de todos los derechos humanos, incluyendo eliminarla pobreza y asegurar un medio de vida satisfactorio para todos" (Naciones Unidas/Consejo Económico y Social, 1999).

humanos, los estados asumieron obligaciones directas. En la Tabla 2 el lector encontrará una lista de diversos instrumentos de derechos humanos que incluyen párrafos sobre el derecho a la salud o el derecho a la alimentación, así como un panorama del estado de ratificación de varios estados americanos. Estos instrumentos de derechos humanos incluyen el derecho a la salud o a la alimentación como partes integrales del bienestar humano y un nivel de vida adecuado, denotando la posición sólida de estos derechos hoy en día.

En relación con el derecho a la salud, los estados tienen la obligación esencial de asegurar la distribución equitativa de todas las prestaciones de salud, en especial a grupos vulnerables o marginales (Naciones Unidas/Consejo Económico y Social, 1999; 2000a; 2000b).

Los estados-partes del Pacto sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales deben adoptar e implementar estrategias nacionales y planes de acción con el objeto de asegurar una distribución equitativa y, sobre la base de las pruebas epidemiológicas, los indicadores y los referentes, prestar atención particular a todos los grupos vulnerables o marginales.

El Comentario General 14 (ONU/Consejo Económico y Social, 2000a) trata sobre las inquietudes referidas a la equidad en la salud bajo los principios clave que se enuncian a continuación.

Disponibilidad', debe haber una cantidad suficiente de prestaciones, productos y servicios de atención sanitaria y salud pública en funcionamiento, así como programas, disponibles para todos.

Accesibilidad', las prestaciones, los productos y los servicios de salud deben ser accesibles para todos sin discriminación. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones que se superponen: no discriminación (acceso para todos, incluyendo los segmentos vulnerables y pobres de la sociedad); accesibilidad física para todos; accesibilidad económica (que pueda costearse); y accesibilidad de la información (formatos lingüísticamente apropiados).

Aceptabilidad', los servicios sanitarios deben ser apropiados en el aspecto cultural.

Calidad', las prestaciones, productos y servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista científico y médico, y de buena calidad. Para este fin se requiere personal médico calificado, medicamentos y equipos hospitalarios aprobados en el aspecto científico y no vencidos, agua segura y potable, higiene adecuada, y actitudes favorables de los prestadores. En teoría, los servicios de salud deben ser de la misma calidad sea el paciente rico o pobre, rural o urbano, indígena o no indígena.

Respecto del cumplimiento del derecho a contar con alimentación adecuada, la función clave del estado ha sido analizada en gran profundidad

PUEBLOS INDÍGENAS Y POBREZA

(Eide, 1987; Oshaug et al., 1994; ONU/Consejo Económico y Social, 1999). Este aspecto incluye respetar lo que las personas ya hacen y protegerlas contra los perjuicios que les impongan otros individuos. Las obligaciones del estado se establecen en primer lugar sobre el respeto y la protección de las estrategias de obtención de alimentos y las estrategias para sobrelevar la situación que utiliza la población. De ser necesario, el estado debe asimismo dedicarse en forma proactiva a facilitar y fortalecer a las personas en sus esfuerzos por mantener un medio de vida, y así la seguridad de su alimentación. Por último, cada vez que los individuos o los grupos no puedan, por motivos ajenos a su control, gozar del derecho de acceder a alimentación adecuada por los medios a su disposición, los estados tienen la obligación de cumplir (satisfacer) ese derecho directamente (Eide, 1987; Oshaug et al., 1994). Así, el derecho a la alimentación es un derecho a una serie de condiciones que nos permiten alimentarnos a nosotros mismos (y a nuestros dependientes) con dignidad.

De acuerdo con el Comentario General 12 (ONU/Consejo Económico y Social, 1999), “los grupos con desventajas especiales pueden requerir atención especial y en ocasiones consideración prioritaria con respecto a la accesibilidad de los alimentos. Una vulnerabilidad particular es la de muchos grupos de población indígena cuyo acceso a sus tierras ancestrales puede verse amenazado”. A fin de analizar si los estados-parte respetan sus obligaciones en relación con la alimentación y la salud, podemos primero revisar las estadísticas de nutrición y salud sobre grupos marginales y vulnerables para luego revisar la política de los estados hacia estos grupos.

Tabla 2
Ratificación del estatus de los estados de las Américas

Estado-parte	ODESC ⁱ	CIDCP ⁱⁱ	CEDR ⁱⁱⁱ	CON ^{iv}	CEDCM ^v	ILO 169 ^{vi}	CAOH ^{vii}	AP-ACHR ^{viii}	Aceptación jurisdicción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos ^{ix}	Reconocimiento Constitucional de los Derechos de los Pueblos Indígenas ^x	Derecho a la Alimentación en la Constitución Nacional ^{xi}
Argentina	1986	1986	1968	1994	1985	2000	1984		Si	Si	No
Belize		1996	2001	1990	1990	-	-	-	No		No
Bolivia	1982	1982	1970	1990	1990	1991	1979		Si	Si	Si
Brasil	1992	1992	1968	1990	1984	2002	1992	1996	No	Si	Si
Canadá	1976	1976	1970	1991	1981	-	-	-	No	Si	No
Chile	1972	1972	1971	1990	1989	-	1990		Si	Si	No
Colombia	1969	1969	1981	1991	1982	1991	1973	1997	Si	Si	Si
Costa Rica	1968	1968	1967	1990	1986	1993	1970	1999	Si		No
Ecuador	1969	1969	1966	1990	1981	1998	1977	1993	Si	Si	Si
El Salvador	1979	1979	1992	1990	1981	-	1978	1995	Si		No
Guatemala	1988	1988	1983	1990	1982	1996	1978	2000	Si	Si	Si
Guinea	1978	1978	1977	1990	1982	-	-	-	No		No
Guyana	1977	1977	1977	1991	1980	-	-	-	No		No
Honduras	1961	1981	2002	1990	1983	1995	1977	-	Si	Si	No

Tabla 2 - continuación

Estado-parte	CIDESC ⁱ	CIDCP ⁱⁱ	CEDR ⁱⁱⁱ	CDN ^{iv}	CEDCM ^v	ILO 169 ^{vi}	CADH ^{vii}	AP-ACHR ^{viii}	Aceptación jurisdicción de la Corte Interamericana de Derechos Humanos ^{ix}	Reconocimiento Constitucional de los Derechos de los Pueblos Indígenas ^x	Derecho a la Alimentación en la Constitución Nacional ^{xi}
México	1981	1981	1975	1990	1981	1990	1981	1996	No	Sí	No
Nicaragua	1980	1980	1978	1990	1981	-	1979	-	Sí	Sí	Sí
Panamá	1977	1977	1967	1990	1981	-	1978	1992	Sí	Sí	No
Paraguay	1992	1992	2003	1990	1987	1993	1989	1997	Sí	Sí	Sí
Perú	1978	1978	1971	1998	1982	1994	1978	1995	Sí	Sí	No
Surinam	1976	1976	1984	1993	1993	-	1987	1990	Sí		No
Estados Unidos		1977	1994			-	-	-	No	Sí	No
Uruguay	1970	1970	1968	1990	1981	-	1985	1995	Sí		No
Venezuela	1978	1978	1967	1990	1983	2002	1977	-	Sí	Sí	No

i CIDESC: Convenio Internacional en Derechos Económicos, Sociales y Culturales. ii CIDCP: Convenio Internacional en Derechos Civiles y Políticos. iii CEDR: Convención de la Eliminación de Discriminación Racial. iv CDN: Convención en los Derechos del Niño. v CEDCM: Convención de la Eliminación de Discriminación Contra Mujeres. vi Organización Internacional de Trabajo 169: Convenio N° 169 en los Derechos de Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. vii CADH: Convención Americana en Derechos Humanos (Pacto San José, Costa Rica). viii Protocolo Adicional a la Convención Americana en Derechos Humanos en el Área de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (Protocolo de San Salvador). ix Los países que han aceptado la jurisdicción obligatoria del Tribunal Interamericano de Derechos Humanos. x Los países que incluyen los derechos de pueblos indígenas en su Constitución. xi Los países que mencionan el derecho a la alimentación en su Constitución.

REIVINDICACIÓN Y MEDIDAS DE PROTECCIÓN RELACIONADAS CON LA SALUD

Está establecido que todos tienen el mismo derecho a la salud sin distinciones de ninguna naturaleza. No obstante, pocos objetarían que existe una tendencia a que los servicios de salud rurales de zonas pobres estén menos equipados y cuenten con personal menos capacitado y competente. Con respecto a los grupos vulnerables, como los pueblos indígenas, necesitamos asimismo instrumentos de reivindicación. En muchos casos, los grupos más vulnerables están tan rezagados en los indicadores de salud que para que puedan llegar al nivel del resto de la población es necesario aplicar medidas compensatorias o “discriminación positiva” durante un período limitado hasta que se eliminen las diferencias en salud nutricional. Puede necesitarse reivindicación en casos en que los servicios o las áreas indígenas hayan estado mucho tiempo desprovistos de fondos suficientes. Tanto los Comentarios Generales del Comité de las Naciones Unidas sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales referidos a la alimentación y la salud como el Convenio 169 de la OIT contemplan tales disposiciones.

En el caso de los pueblos indígenas, como ocurre en la investigación de los géneros, la diferencia entre igualdad y equidad es muy marcada. No se trata de que mujeres y varones –ni de que indígenas y no indígenas– sean lo mismo, sino de lograr la equidad, es decir, eliminar las diferencias injustas al tiempo que se permiten, se respetan e incluso se facilitan las “diferencias que hacen la diferencia”. Así, el objetivo no consiste solamente en que el estado mejore el alcance de los

PUEBLOS INDÍGENAS Y POBREZA

servicios de salud convencionales, sino en que, teniendo en mente la equidad, comprenda que las comunidades indígenas tal vez necesiten otros procesos y modelos distintos de los convencionales a fin de lograr el bienestar y la salud nutricional. El Convenio 169 de la OIT establece que los estados-parte están “obligados a asistir a los integrantes de los pueblos involucrados para que eliminen las brechas socioeconómicas que existan entre los miembros indígenas y los otros miembros de la comunidad nacional, de una manera compatible con sus aspiraciones y sus formas de vida” (OIT, 1989).

Cuando el paciente y el sanador pertenecen a distintas culturas sanitarias, la falta de conceptos comunes puede derivar en confusión y falta de confianza (Sachs, 1987). Por consiguiente, las prestaciones, productos y servicios sanitarios deben ser apropiados en el aspecto cultural. En América el personal de salud tiende a ser reclutado en forma predominante de entre la clase media latina/mestiza/blanca, y suele no hablar idiomas indígenas. Las diferencias culturales aumentan la posibilidad de que se cometan errores profesionales, y es más probable que los pacientes hagan caso omiso del diagnóstico y elijan no continuar con la medicación si no comprenden o no están de acuerdo con el criterio del médico. Los pueblos indígenas con frecuencia utilizan otros modelos para explicar los síntomas y las enfermedades, y aplican distintas estrategias referidas a la forma de recobrar la salud.

Las medidas de protección relativas a la salud deberán sintonizarse con la cultura y las necesidades específicas de la comunidad indígena individual. Sobre la base de experiencias de Canadá, Nueva Zelanda y Australia, pareciera que la forma de obtener resultados sustentables respecto de la salud de los pueblos indígenas requiere de enfoques participativos, del desarrollo de la capacidad y de la apertura y receptividad ante las necesidades culturales en los servicios de salud (Victoria et al., 2003; British Medical Journal, 2003). Esto implica que las comunidades indígenas deberían formar parte del proceso de toma de decisiones. El Comentario General 14 (párrafo 27) (ONU/Consejo Económico y Social, 2000a) entra en detalles sobre los temas de la salud de los pueblos indígenas y adopta un enfoque equitativo, participativo y con sensibilidad cultural hacia la salud¹².

12 "El Comité considera que los pueblos indígenas tienen derecho a contar con medidas específicas para mejorar su acceso a los servicios de salud y la atención sanitaria. Estos servicios de salud deben ser apropiados en el plano cultural, tomando en cuenta la atención preventiva, las prácticas de sanación y los medicamentos tradicionales. Los estados deben suministrar recursos para que los pueblos indígenas diseñen, implementen y controlen tales servicios de modo que puedan gozar del nivel más alto alcanzable de salud física y mental. También deben protegerse los minerales, los animales y las plantas medicinales vitales necesarios para que los pueblos indígenas puedan disfrutar de una salud plena. El Comité observa que en las comunidades indígenas la salud del individuo suele estar vincu-

TRANSPARENCIA, RENDICIÓN DE CUENTAS, PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS Y
DESCENTRALIZACIÓN

La transparencia y la rendición de cuentas son principios clave en un proceso de desarrollo participativo, sólido y democrático. El acceso libre a la información y las líneas de responsabilidad claras permiten debatir si los medios y los objetivos son apropiados, la interacción entre todos los grupos interesados, y los ajustes y las correcciones de las políticas y las acciones.

Al prestar servicios a grupos con diferencias culturales o sociales, es de vital importancia consultar con los usuarios a quienes se pretende llegar. Un enfoque de esta índole tiene mayores probabilidades de generar resultados sustentables y aceptables, además de ser un ejercicio de buena gobernabilidad, conforme con los principios de derechos humanos. El Convenio 169 de la OIT (artículo 25) aborda la importancia de que los servicios de salud estén basados en la comunidad y sean apropiados a las condiciones locales, como alternativa a la simple ampliación de la cobertura de servicios de salud de estilo occidental en forma verticalista¹³.

Los pueblos indígenas suelen conservar el conocimiento médico de su cultura y lo aplican en paralelo al sistema médico occidental. En algunas áreas los sanadores tradicionales pueden constituir la única opción disponible, como ocurre en ciertas zonas de Bolivia, Guatemala, México, Perú y Ecuador (OPS, 1998 y 2002). Contemplar la existencia de servicios de salud basados en la comunidad con personal indígena o una mayor disponibilidad de profesionales de la salud sensibles/ "bilingües" en lo cultural podría ayudar no sólo en la comunicación ver-

lada con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva. En este aspecto, el Comité considera que las actividades relacionadas con el desarrollo que derivan en el desplazamiento de los pueblos indígenas contra su voluntad de sus territorios y su ambiente tradicionales, y que por ende les niegan su fuente de nutrición y destruyen su relación simbiótica con sus tierras, ejercen un efecto pejudicial sobre su salud" (Naciones Unidas/Consejo Económico y Social, 2000a).

13 OIT 169 Art. 25 (OIT, 1989): "1. Los gobiernos asegurarán que se pongan a disposición de los pueblos involucrados servicios de salud adecuados, o bien les proporcionarán los recursos para permitirles diseñar e implementar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, de modo que puedan disfrutar del nivel más alto alcanzable de salud física y mental. 2. Los servicios de salud, en la medida que sea posible, estarán basados en la comunidad. Estos servicios serán planificados y administrados en cooperación con los pueblos en cuestión y tomarán en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales así como su atención preventiva, prácticas de sanación y medicamentos tradicionales. 3. El sistema de atención sanitaria dará preferencia a la capacitación y al empleo de trabajadores de salud de la comunidad local y se centrará en la atención sanitaria básica al tiempo que mantendrá fuertes vínculos con los otros niveles de los servicios de salud. 4. La prestación de tales servicios de salud estará coordinada con las otras medidas sociales, económicas y culturales del país".

bal entre distintos idiomas, sino también en la traducción de ideas médicas y 'visiones del mundo" entre dos (o más) culturas. Sin embargo, en la mayoría de los países los pueblos indígenas tienen una muy baja representación dentro de los servicios de salud. Según el Convenio 169 de la OIT (artículos 26 y 27), debe reclutarse activamente a los jóvenes indígenas en las facultades de medicina y otros institutos de educación de la salud y trabajo para la salud, incluyendo una participación activa en el desarrollo del plan de estudio de las carreras.

DERECHOS: MEDIANTE DECISIONES POLÍTICAS O MECANISMOS LEGALES

A nivel regional, las actitudes parecen estar en estrecha sintonía con un enfoque de derechos humanos y ser muy favorables para lograr una mejor salud en los pueblos indígenas. En el Plan de Acción de la Cumbre de las Américas realizada en Miami, Florida, en 1994, firmado por 34 jefes de estado, el acceso equitativo a los servicios de salud básicos se definió como parte clave para erradicar la pobreza y la discriminación en nuestro hemisferio. No obstante, a pesar de ciertos avances en el continente, las limitaciones en el acceso y la calidad de los servicios sanitarios dieron por resultado una mortalidad infantil y materna continuamente alta, en particular entre los grupos indígenas y pobres rurales.

Una mayor rendición de cuentas a nivel nacional e internacional podría brindar un gran apoyo a las tareas que buscan lograr un proceso de desarrollo efectivo y equitativo. Sin embargo, el estado debe también hacer su parte. A fin de analizar si un estado tiene la intención de cumplir con sus obligaciones referidas al derecho a la salud de los pueblos indígenas podemos revisar su historial de ratificaciones de tratados de derechos humanos, su Constitución, su legislación y sus políticas. Sin embargo, aun si las leyes son buenas podría registrarse una falta de voluntad política que se reflejaría en la impunidad para los infractores, por lo cual los avances concretos serían escasos. Por consiguiente, debemos ampliar el análisis y estudiar hasta qué punto las obligaciones se cumplieron en la práctica, lo cual incluye que se hayan respetado los principios de transparencia, rendición de cuentas y participación, en qué medida están claras las responsabilidades, y si se proporcionaron fondos y otros recursos. De existir limitaciones de recursos, el estado debe solicitar asistencia de la comunidad internacional.

Las decisiones del gobierno pueden tener un efecto determinante sobre la situación de la población en cuanto a la alimentación y la salud. Sin embargo, los gobiernos se ven presionados entre un deseo de equilibrar los intereses de las fuerzas del mercado y los actores económicos respecto de los intereses de los pobres. La sociedad civil puede ayudar a crear una fuerza compensatoria ante las consecuencias negativas de

la globalización económica. Los grupos de la sociedad civil pueden “recordarles” a los políticos que en una sociedad democrática ellos representan al pueblo y por tanto tienen ciertas obligaciones. Asimismo, si puede desarrollarse un consenso internacional firme, las obligaciones internacionales referidas a los derechos humanos pueden constituirse en un argumento poderoso para presionar por el alivio de la carga de la deuda o por el no pago de la deuda, y así liberar recursos para que los estados financien mejoras en el acceso a la alimentación y la salud.

El sistema internacional de derechos humanos es tal vez más fundamental para los pueblos indígenas que para otros grupos. En primer lugar, sus recursos naturales son tan atractivos para el estado y otros actores que puede necesitarse presión externa para que se delimiten las tierras indígenas y se respeten la propiedad y los derechos territoriales, en la legislación y en la práctica. En segundo lugar, los pueblos indígenas pueden necesitar apoyo externo para sus reclamos por la igualdad de derechos a los servicios del estado. Así como derechos especiales que los protejan contra las amenazas a sus valores y a su forma de vida. El sistema de derechos humanos ofrece disposiciones y mecanismos que protegen a los pueblos indígenas para que no tengan que abandonar su cultura, su identidad ni su estilo de vida a fin de recibir su parte del bienestar y el desarrollo de una sociedad. El sistema internacional de derechos humanos es a menudo más contemplativo de los reclamos de los pueblos indígenas que las leyes nacionales, lo cual brinda a los individuos y las organizaciones indígenas una herramienta en la lucha contra leyes y políticas de estado que no respetan sus derechos.

CONCLUSIÓN

Este estudio abre el camino para realizar nuevas investigaciones sobre por qué los pueblos indígenas de todos los países de América tienen una mayor prevalencia de retraso del crecimiento y son más proclives a morir durante la infancia que las otras personas de los países en que viven. Los hallazgos indican que los niños indígenas de América están en mayor desventaja que los niños promedio de los países en que viven.

Existen pocos motivos para creer que la salud está determinada por la etnicidad, y cabría suponer que si el derecho de todos a la alimentación y a la salud hubiese sido respetado, independientemente de la etnicidad o del nivel económico del individuo, esta brecha en el estado de salud probablemente no existiría.

Existen buenos motivos para suponer que los pueblos indígenas, a raíz de su diferencia cultural y de la discriminación que suelen sufrir, se beneficiarían con políticas que los consideraran diferentes de los pobres en general y les brindaran servicios culturalmente aceptables, reivindicación y derechos especiales dentro de un marco de participa-

ción y respeto. Debido a su cultura, los pueblos indígenas pueden tener estrategias, visiones del mundo y objetivos distintos, no necesariamente congruentes con las ideas de la sociedad mayoritaria.

Los estados-parte del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales informan al Comité de la ONU sobre derechos económicos, sociales y culturales, suministrando datos desglosados por grupo vulnerable. En la formulación de políticas sobre nutrición y salud dirigidas a los pueblos indígenas, los estados se beneficiarían si desglosaran los datos nacionales sobre salud con respecto a la etnicidad.

Así se sabría si los pueblos indígenas son vulnerables, de qué manera, y por qué motivos.

Podría ser de ayuda si estuvieran disponibles datos específicos sobre los pueblos indígenas suministrados por organismos de desarrollo internacional. Las tendencias dentro del desarrollo humano se informan anualmente en publicaciones como el Informe sobre el Desarrollo Mundial del Banco Mundial, el Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD, el Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS, y el Estado Mundial de la Infancia de UNICEF. Aun así sería conveniente que un organismo, en consonancia con las recomendaciones del Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas, generara y actualizara periódicamente información sobre el estado de la salud de los pueblos indígenas y trabajara para resolver los problemas metodológicos en cuestión.

En ocasiones requiere armarse de mucho valor que una nación investigue las diferencias étnicas en la salud, a raíz de las posibles tensiones que generaría concentrarse en ese tema. Poner de manifiesto la discriminación y el abandono de ciertos grupos podría ser considerado un tema "político" demasiado sensible de abordar. Sin embargo, hasta el momento varios países de América han adoptado una actitud abierta y positiva para analizar los problemas de salud de los pueblos indígenas. Al hacerlo, dieron un paso hacia identificar los factores causales y reducir las brechas en la salud.

El sistema internacional de derechos humanos podrá en última instancia recibir la facultad plena que necesita para funcionar como un verdadero mecanismo de apelación y monitoreo. Sin embargo, incluso en las circunstancias actuales, el imperativo moral de monitoreo internacional de los derechos humanos no debe subestimarse. Las decisiones de las comisiones de derechos humanos, los comités o los tribunales, además de la presión política internacional, pueden impulsar a que los países cumplan con sus obligaciones.

Por los mismos motivos, los pueblos indígenas pueden beneficiarse recurriendo a los foros abiertos para ellos en la ONU, como el Grupo de Trabajo sobre las Poblaciones Indígenas, el Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas, el Foro Social y los organismos de tratados y conferencias internacionales, ejerciendo así una presión indirecta

sobre sus gobiernos. El imperativo moral de un lenguaje basado en los derechos también resulta útil para las ONGs de la sociedad civil y asociaciones de tenedores de derechos que reclaman justicia política, civil, económica, social y cultural.

La exposición pública de las estadísticas de salud constituye un recurso útil. Los estados buscan evitar acusaciones y reclamos de abusos y violaciones de los derechos humanos, por lo cual deberían aumentar el suministro de fondos para evitar esas situaciones.

En última instancia, un enfoque basado en los derechos humanos puede brindar estrategias y principios útiles para los defensores de la justicia social, incluso aquellos que propugnan el acceso equitativo a la nutrición y la salud. Un enfoque de este tipo, con peso moral y legal, proporcionará un marco práctico para cerrar las brechas de salud existentes para los pueblos indígenas, si los estados están dispuestos a brindarles el respaldo que se merece.

BIBLIOGRAFÍA

- Albala, C.; Vio, F.; Kain, J. and Uauy, R. 2002 "Nutrition transition in Chile: determinants and consequences" in *Public Health Nutr.*, Feb. 5(1 A): 123-8.
- Alderete, E. 1998 *The Health of Indigenous Peoples* (Geneva, Switzerland: World Health Organisation).
- AMAP 1997 "Forurensningen I Arktis: Tilstandsrapport om det arktiske miljøet" (Oslo: Arctic Monitoring and Assessment Programme) en <www.grida.no/amap>.
- Psacharopoulos, George and Patrinos, Harry Anthony (eds.) *Indigenous people and poverty in Latin América. An Empirical Analysis* (Washington DC: The World Bank) World Bank Regional and Sectorial Studies.
- Bermudez, O. I. and Tucker, K. L. 2003 "Trends in dietary patterns of Latin American populations" in *Cad Saude Publica*, 19 Suppl 1: S87-99.
- Bogin, B.; Smith, P.; Orden, A. B.; Varela Silva, M. I. and Loucky, J. 2002 "Rapid change in height and body proportions of Maya American children" in *American Journal of Human Biology* 14(6): 753-61.
- Bossuyt, M. 2000 "Comprehensive examination of the thematic issues relating to racial discrimination: The concept and practice of affirmative action". Preliminary report submitted by the Special Rapporteur in accordance with Sub-Commission resolution 1998/5 Document E/CN.4/Sub.2/2000/11, 19 de junio.
- British Medical Journal* 2003 327: 403-447, 23 de agosto.

- Burger, J. 1991 *Gaia atlas over de forste folk* (Danmark: Mellomfolkeligt Samvirke).
- Bustos, P; Amigo, H.; Muñoz, S. R. and Martoral 1, R. 2001 "Growth in indigenous and nonindigenous Chilean schoolchildren from 3 poverty strata" in *American Journal of Public Health*, 91(10): 1645-9.
- Castillo, R. M. y Bixby, L. R. 2001 "Equidad y salud materno-infantil en Guatemala, 1987-1999" (Washington DC: Coordinación de Investigaciones División de Salud y Desarrollo Humano y Organización Panamericana de la Salud), Investigaciones en Salud Pública, Documentos Técnicos, Proyecto ELAC 34.
- CMA (Cumbre Mundial sobre la Alimentación) 1996 "Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action" (Rome), Commitment 7.
- CMFI (Cumbre Mundial en Favor de la Infancia) 1990 "World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children" in <http://www.unicef.org/wsc/plan.htm>.
- CMDS (Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social) 1995 "Copenhagen Declaration on Social Development" in *Report of the World Summit for Social Development*, A/CONF. 166/9, 19 de abril.
- Eide, A. 1987 "Special Report on the Right to Adequate Food as a Human Right" in *UN Studies in Human Rights* (New York and Geneva: United Nations) N° 1.
- FAO/OMS 1992 *World Declaration on Nutrition* (Rome: ICN, FAO, OMS).
- Greksa, L. P; Spielvogel, H. y Caceres, E. 1985 "Effect of altitude on the physical growth of upper-class children of European ancestors" en *Annals of Human Biology*, 12(3): 225-32.
- Habicht, J. P; Martorell, R.; Yarbrough, C.; Malina, R. and Klein, R. 1974 "Height and weight standards for preschool children: how different are ethnic differences in growth potential?" in *Lancet*, 1: 611-14.
- IWGIA 1999 *The Indigenous World 1998-99* (Copenhagen: International Working Group on Indigenous Affairs).
- Kracht, U. 1997 "The Right to Adequate Food: Its Contents and Realization". An issues paper prepared for consideration by the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights at its Day of General Discussion, 1 de diciembre.
- Kuhnlein, H. V. and Receveur, O. 1996 "Dietary change and traditional food systems of Indigenous Peoples" in *Annual Review of Nutrition*, 16: 417-42.
- McCullough, J. M. 1982 "Secular trends for stature in adult male Yucotec Maya to 1968" in *American Journal of Physical Anthropology*, 58(2): 221-5.

- MRGI 1997 *World Directory on Minorities* (Madrid: Mateau Cromo).
- Nakano, T. 2003 Personal communication (Montreal; Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment -CINE-).
- OIT 1989 "Convention (N° 169) concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries" in <<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/62.htm>>.
- OIT 2003 "List over ratifications of International Labour Conventions: Indigenous and Tribal Peoples Convention, 1989 (N° 169)" in <<http://webfusion.ilo.org/public/db/standards/normes/appl/>> (acceso 30.07.2003).
- OMS 2001 "International Decade of the World's Indigenous People". Report by the 54th WHO World Health Assembly's Secretariat (Geneva: WHO).
- OMS 2003 *Shaping the Future. The World Health Report 2003* (Geneva: WHO).
- ONU 1948 *Universal Declaration of Human Rights* (New York: United Nations) in <<http://www.unhchr.ch/udhr/index.htm>> (acceso 4.10.2001).
- ONU 1966a *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights* (New York: United Nations) in <http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm>.
- ONU 1989 *Convention on the Rights of the Child* (New York: United Nations) in <<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/k2crc.htm>>.
- ONU 1994 "Draft United Nations declaration on the rights of indigenous peoples" (New York: United Nations) Document N° E/CN.4/SUB.2/RES/1994/45 in <[http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/E.CN.4.SUB.2.RES.1994.45.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/E.CN.4.SUB.2.RES.1994.45.En?OpenDocument)>.
- ONU 2003 "Report on the second session of the Permanent Forum on Indigenous issues" in *Economic and Social Council Official Records* (New York: United Nations) Supplement N° 23 (E/2003/43E/C.19/2003/22).
- ONU/Consejo Económico y Social 1999 "General Comment N° 12, The right to adequate food (art.11 of the ICESCR)", E/C.12/1999/5 en <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.1999.5.+ICESCR+General+comment+12.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.1999.5.+ICESCR+General+comment+12.En?OpenDocument)>.
- ONU/Consejo Económico y Social 2000a "General Comment N° 14, The right to the highest attainable standard of health (art. 12 of the ICESCR)" (New York: United Nations) E/C.12/2000/4.
- ONU/Consejo Económico y Social 2000b "Resolution 2000/10. The right to food", E/CN.4/RES/2000/10 in <<http://www.unhchr.ch/html/menu2/7/b/mfood.htm>>.

PUEBLOS INDÍGENAS Y POBREZA

- ONU/Consejo Económico y Social 2002 "General Comment N° 15, The right to water (art. 11 and 12, ICESCR)" E/C. 12/2002/11 in <<http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/gcl5.doc>>.
- OPS 1994 "Health Conditions in the Americas" (Washington DC: Pan American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization) Vol. 1 and 2.
- OPS 1998 "Health in the Americas" (Washington DC: Pan American Health Organization, Regional Office of the World Health Organization) Vol. 1 and 2.
- OPS 2002 "Health in the Americas" (Washington: Pan American Health Organization) Scientific and Technical Publication N° 587.
- Oshaug, A.; Eide, W. B. and Eide, A. 1994 "Human rights: a normative basis for food and nutrition-relevant policies" in *Food Policy*, 19 (6): 491-516.
- Sachs, L. 1987 *Medicinsk Antropologi* (Stockholm: Lieber).
- Stinson, S. 1980 "The physical growth of high altitude Bolivian Aymara children" in *American Journal of Physical Anthropology*, 52 (3): 377-85.
- PNUD 2000 *Human Development Report* (New York: Oxford University Press).
- UNICEF 2000 *The State of the World's Children* (New York: Oxford University Press).
- Victoria, C. G.; Wagstaff, A.; Scellenberg, J. A.; Gwatkin, D.; Claeson, M. and Habicht, J. P. 2003 "Applying an equity lens to child health and mortality: more of the same is not enough" in *Lancet*, 19: 362(9379): 233-41.