Mortalidad infantil y en la niñez de pueblos indígenas y afrodescendientes como indicador de derechos no cumplidos*

Ana María Oyarce ¹ Malva-Marina Pedrero² Bruno Ribotta³

Resumen

En este trabajo 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. Pese al importante descenso en los niveles de mortalidad alcanzado 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. 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.

^{*} Trabajo presentado en el IV Congreso de la Asociación Latinoamericana de Población, La Habana, Cuba, del 16 al 19 de noviembre de 2010.

¹ CELADE/CEPAL

² CELADE/CEPAL

³ CELADE/CEPAL

La reducción de la mortalidad infantil constituye una prioridad de salud en todos los países del mundo, y constituye un aspecto central de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, estrategia global para erradicar la pobreza y mejorar el bienestar de la humanidad para el año 2015. Con este fin, en la agenda de la salud pública internacional, se han desarrollado programas destinados a disminuir la mortalidad infantil, a las que se ha sumado, en la 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 NV) 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 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-CELADE, 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, 2006; Rangel, 2006; CEPAL, 2008b)

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, 2007). 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).

Esta situación descrita una y otra vez para los pueblos indígenas y afrodescendientes tiene al menos tres implicancias directas para la salud pública: 1) que existe una situación de violación sistemática al derecho fundamental a la vida que los afecta desproporcionadamente más que los ciudadanos no indígenas de los países en que se insertan; 2) que hay determinantes sociales estructurales que están produciendo una vulnerabilidad y una exposición diferencial en estos pueblos; y, 3) que los programas de salud no han tenido el efecto esperado en estos grupos, por lo que el desafío es conocer y comprender los contextos socioculturales locales en que se produce esta sobre-mortalidad, con el fin de diseñar programas e intervenciones culturalmente sensibles y epidemiológicamente eficaces (Nichter, 2008).

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 niñez⁴ 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 intentan relevar algunos determinantes estructurales que pueden estar en la base de la generación de las desigualdades de la mortalidad infantil y en la niñez.

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 la 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 indígenas 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 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

_

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 edad⁴. 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 han 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)

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)

En Brasil, además, se han observado diferenciales de mortalidad para indígenas y afrodescendientes comparadas con blancos y mestizos, que fluctúan entre 40 y 90% para los primeros; y, entre un 30 a 80% entre los segundos. (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 comparado con 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 confirman 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 encuentra 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)

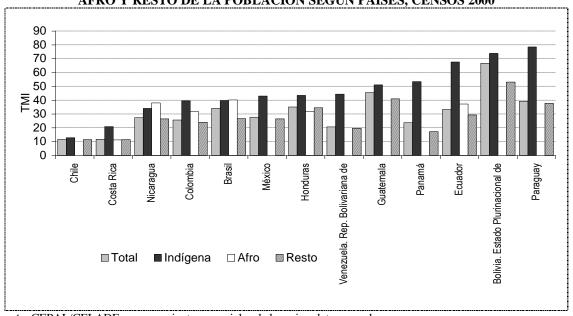
Los riesgos más altos se encuentran en Panamá, Ecuador, Rep. Bolivariana de Venezuela y Paraguay. En el primero, un niño indígena tiene tres veces más probabilidades de fallecer antes de cumplir un año que un niño no indígena, riesgo que se incrementa para los menores de cinco años. En los otros tres 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 riegos 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.

GRÁFICO 1 MORTALIDAD INFANTIL INDÍGENA, AFRO Y RESTO DE LA POBLACIÓN SEGÚN PAÍSES, CENSOS 2000



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

CUADRO 1 TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL Y EN LA NIÑEZ INDÍGENAS Y NO INDÍGENAS, SEGÚN ZONA DE RESIDENCIA, CENSOS 2000

Censo ^{a/}		ortalidad infar mil nacidos vi Total		Diferencia relativa ^{b/}			
	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena	Afro	
Bolivia. Estado Plurinacional de 2001	66,7	73,9		53,1	1.39		
Brasil 2000	34,0	39,7	40,2	26,7	1.49	1.50	
Chile 2002	11,6	12,8		11,5	1.11		
Colombia 2005	25,6	39,5	31,7	23,9	1.65	1.33	
Costa Rica 2000	11,7	20,9	11,2	11,5	1.82	0.97	
Ecuador 2001	33,3	67,6	37,2	29,3	2.30	1.27	
Guatemala 2002	45,5	51,1		41,0	1.25		
Honduras 2001	35,1	43,5	31,9	34,5	1.26	0.92	
México 2000	27,7	43,0		26,5	1.62		
Nicaragua 2005	27,3	34,0	38,0	26,4	1.29	1.44	
Panamá 2000	23,7	53,4		17,3	3.10		
Paraguay 2002	39,2	78,5		37,7	2.08		
Venezuela. Rep. Bolivariana de 2001	20,6	44,4		19,6	2.27		

5

Censo ^{a/}		talidad en la N mil nacidos v Total		Diferencia relativa ^{b/}			
	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena	Afro	
Bolivia. Estado Plurinacional de 2001	85,4	96,2		66,6	1.44		
Brasil 2000	42,2	50,0	50,9	32,5	1.54	1.57	
Chile 2002	13,7	15,3		13,6	1.16		
Colombia 2005	33,1	55,7	43,0	30,3	1.84	1.42	
Costa Rica 2000	14,0	24,9	13,4	13,7	1.82	0.98	
Ecuador 2001	41,3	93,4	46,7	36,2	2.58	1.29	
Guatemala 2002	58,7	67,2		51,9	1.30		
Honduras 2001	49,7	62,9	45,1	48,7	1.30	0.93	
México 2000	38,2	63,8		36,2	1.76		
Nicaragua 2005	36,4	46,6	52,9	35,1	1.33	1.51	
Panamá 2000	26,9	73,2		18,9	3.87		
Paraguay 2002 Venezuela. Rep.	48,5	109,2		46,5	2.35		
Bolivariana de 2001	31,0	75,0		29,5	2.54		

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

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

IV. Componentes de la mortalidad de la 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 salud⁵ 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 de el 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 las 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 disminuyen la lactancia materna, que es uno de los factores

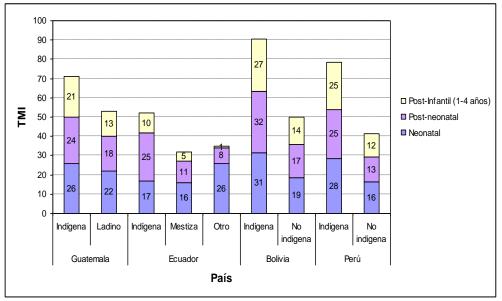
a/ Los países están ordenados en forma decreciente según las tasas de mortalidad infantil y en la niñez correspondientes al total nacional.

b/ Cociente entre la tasa de mortalidad indígena y no indígena.

⁵ Tal como se señaló en las consideraciones metodológicas, estas son estimaciones directas basadas en la declaración de la madre.

protectores propios de los pueblos indígenas, dado el valor y la duración que le otorgan a la lactancia materna.

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



Fuente: Guatemala: 1992 a 2002. ENSMI 2002; Ecuador: 1999 a 2004. ENDEMAIN; 2004; Bolivia: 1998-2003. ENSAR, 2003; Perú: 1995-2000. ENDES, 2000.

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

Condiciór			Post-	Infantil	Post- Infantil	Niñez	Brecha relativa		
País	Étnica	Neonatal	neonatal	(0 años)	(1-4 años)	(Menores 5 años)	Post- Neonatal / Infantil	Post- Infantil / Niñez	
G	Indígena	26	24	49	21	69	49.0	34.8	
Guatemala	Ladino	22	18	40	13	52	45.0	25.0	
	Indígena	17	25	41	10	51	61.0	19.6	
Ecuador	Mestiza	16	11	28	5	32	39.3	15.6	
	Otro	26	8	34	1	35	23.5	2.9	
Bolivia.	Indígena	31	32	63	27	89	50.3	30.6	
Estado Plurinacional de	No indígena	19	17	36	14	50	47.6	28.8	
D	Indígena	28	25	54	25	77	47.3	32.2	
Perú	No indígena	16	13	29	12	41	44.2	29.0	

Fuente: Guatemala: 1992 a 2002. ENSMI 2002; Ecuador: 1999 a 2004. ENDEMAIN; 2004; Bolivia: 1998-2003. ENSAR, 2003; Perú: 1995-2000. ENDES, 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 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 indígenas⁶. 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 ciudades, 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 ciudades. (Ver cuadro 3). Incluso, en Guatemala, Brasil y Costa Rica 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 Ferheim (Honduras) 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.

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). Allí, la probabilidad de morir de un niño indígena es casi cuatro veces mayor que la de un niño no indígena; y, en San José (Costa Rica) donde el riesgo de estos menores se duplica⁷.

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 indígenas⁸.

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 (Molnar, Carrasco Johns-Swartz, 2003; Vigo y Chávez, 2003). En la reproducción de la inequidad se pueden distinguir la dimensión espacial-territorial y 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,

8

.

⁶ 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.

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.

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)

el uso exclusivo del lenguaje oficial, y sobre todo en la discriminación e inadecuada organización de la atención médica que se entrega a estas poblaciones.⁹

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)

		Mortalidad infantil Área de Residencia										
D	Urbano Rural									ıral		
País		Tota	al		Riess Relati	.VO		Tota	ıl		Riesgo Relativo	
	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena	Afro	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena	Afro
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. Rep. Bolivariana de	19,4	31,9		19,1	1.67		26,4	58,1		22,6	2,57	
	Mortalidad en la Niñez Área de Residencia											
País			Url	oano					Rı	ıral		
rais	Total				Riesą Relati		Total Riesgo Relativ					
	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena	Afro	Total	Indígena	Afro	Resto	Indígena	Afro

_

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. 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).

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	0.92	
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. Rep. Bolivariana de 2001	29,2	50,8		28,7	2.04		40,8	101,9		34,4	2.96	

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

a/ Los países están ordenados en forma decreciente según las tasas de mortalidad infantil y en la niñez correspondientes al total nacional. b/ Cociente entre la tasa de mortalidad indígena y no indígena.

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

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 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 poblaciones. 10

La 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 en 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.

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.

Mortalidad infantil indígena por pueblo de pertenencia.

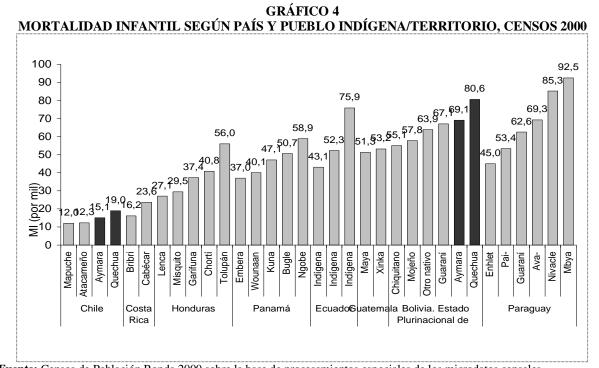
A la heterogeneidad entre países y ciudades, se suma el hecho de que la mortalidad infantil también varía entre pueblos indígenas y al interior de éstos. Así por ejemplo, los Mbya y Nivacle de Paraguay y el pueblo

¹⁰ 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).

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 Mapuche 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 la 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 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 tasas de 7,8 x 1000 nacido 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 Parinacota ¹¹ (Oyarce y Pedrero, 2006 y 2007).



Fuente: Censos de Población Ronda 2000 sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales.

-

Datos calculados en base a estadísticas vitales.

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 como 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 incide 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 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; y, las menores en Chile, Honduras, Costa Rica y Guatemala¹².

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 cifras 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 mas altos de educación (siete años y más) Es así como en Brasil, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay el riesgo relativo de mortalidad infantil indígena es más alto incluso en los mismos niveles educativos de las madres no indígenas.

_

¹² Situación que puede deberse a los pocos casos considerados para el análisis.

CUADRO 4
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL PERÍODO 1995-2000, SEGÚN AÑOS DE ESTUDIO DE LA MADRE, TOTAL, INDÍGENA, AFRO Y RESTO DE LA POBLACIÓN

(Por mil)

				Tasa de	mortal	idad inf	fantil (p	or mil)				
País		Indí	gena			Af	ro			Re	sto	
	0-3	4-6	7+	Total	0-3	4-6	7+	Total	0-3	4-6	7+	Total
Bolivia. Estado Plurinacional	02.1	72.0	52.1	72.0					72.6	<i>c</i> 0.1	41.2	52.1
de Dani'i	92,1	73,2	52,1	73,9	54.6	24.2	26.0	40.2	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	20.7	20.6	27.0	21.7	16,0	13,2	11,4	11,5
Colombia Costa Rica	45,8	32,6	26,7	39,5	38,7	29,6	27,0	31,7	29,8	23,7	21,4	23,9
	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	10.6	24.2	20.0	21.0	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	40.2	26.6	17 1	20.0	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 Venezuela.	78,7	71,8	///	78,5					47,4	37,9	29,7	37,7
Rep. Bolivariana de	55,2	35,7	24,3	44,4					25,5	20,4	17,8	19,6
				Tasa de n	nortalid	ad en la	a niñez	(por mi	l)			
País		Indí	gena		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	
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		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	
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		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. Rep. Bolivariana de	96,2	58,1	37,2	75,0					39,2	30,6	26,6	29,5

Fuente: Censos de Población Ronda 2000 sobre la base de 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 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 (PERÍODO 1995-2000)

(Por mil)

	Condición étnica									
Censo	I	Indígena/resto)	Afro/resto						
Censo	A	ños de estudi	0		Años de estu	dio				
	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	1.40				
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	1.41				
Panamá	2.3	2.4	1.6							
Paraguay	1.7	1.9								
Venezuela. Rep. Bolivariana de	2.2	1.8	1.4							

Fuente: Censos de Población Ronda 2000 sobre la base de 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 solo 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 autoidentificación ¹³. 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 para 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.

¹³ Se calcula que existen alrededor de 34 familias lingüísticas en América Latina y el Caribe y se hablan alrededor de 400 idiomas

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

CUADRO 6 TASAS DE MORTALIDAD INFANTIL INDÍGENA (POR MIL NACIDOS VIVOS) POR PAÍS, SEGÚN LENGUA HABLADA POR LA MADRE (PERÍODO 1995-2000)

D (Lengua hablada por la madre									
País	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: Censos de Población Ronda 2000 sobre la base de procesamientos especiales de los microdatos censales.

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.

Conclusiones y orientaciones para el cumplimiento de los derechos en salud infantil.

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, producto 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.

^{*} El escaso número de casos no permitió hacer la estimación

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 el conocimiento científico adquirido en acción, 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 lo 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 pertinentes, 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 a 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 mitad de muertes debido 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 a agua potable y servicios sanitario, por su vínculo con la mortalidad debido 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, asociado 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 indígena 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, el poco contenido cultural de las intervenciones para reducir la mortalidad en la niñez y 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 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 enfoque 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

- Bryce J, Boschi-Pinto C, Shibuya K, Black RE, et al. (2005), WHO estimates of the causes of death in children. Lancet 2005; 365: 1147-1152.
- 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.
- Del Popolo, F.; Oyarce, M. y Ribotta, B. (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 Indigenpus 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, № 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, № 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.
- Gruskin, Sofía et. al. (2008), Using human Rights to improve maternal and neonatal health: history, connections and proponed practical approach. En Boletín de la OMS 86:589-593.
- Krieger, Nancy (2000), "Discrimination and health" *Social Epidemiology*. Beckman y Kawachi eds. Oxford press № 55 pp. 693-700
- Kunitz, Stephen J. (1994), "Disease and the Destruction of Indigenous Population" Humanity, Culture and SocialLife: An *Encyclopedia of Anthropology*. London: Routledge.
- Lee J.W. (2003), Child survival: a global health challenge. The Lancet 362: 262.
- 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 Stephens, Carolyn (2006), "Indigenous health in Latin America and the Caribbean". En The Lancet, Vol 367, junio 3.
- 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 №* 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 № 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.
- 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. $Desafíos\ N^\circ\ 5$, Julio de 2007.
- Victoria CG. Wagstaff A. Schellenberg JA, Gwatkin D, Claeson M. Habicht JP (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 Chávez, A. (2003), Perú. Etnicidad, pobreza, exclusión social: la situación de los inmigrantes indígenas en las ciudades de Cuzco y Lima. En "Exclusión Social y estrategias de vida de los indígenas urbanos en Perú, México y Ecuador", Banco Mundial.
- WHO 2007, Comission of Social Determinants of Health (CSDH) framework for action. WHO/ARI Reports 1989, 1991.