

APÉNDICE 4: COMUNIDADES ABORÍGENES

Los niños indígenas.....
La salud de los niños indígenas en Argentina. Estudios seleccionados.....
Programa Nacional Salud Para Los Pueblos Indígenas.....

COMUNIDADES ABORÍGENES

Hace un siglo, ser indio era motivo para ser asesinado. Luego de una larga saga de marginación, las comunidades aborígenes siguen pugnando por sobrevivir.

Hoy, la marginación continúa pero su situación mejoró. El movimiento indigenista les permitió una expresión más abierta de su identidad. Mejor organizados, bregan por la sanción de leyes que garanticen su acceso a la tierra, el reconocimiento étnico y cultural, el derecho a la salud y a la educación, a hablar su lengua materna, etc.

El respeto por la cultura ajena es un derecho que brinda la democracia a las minorías de cualquier lugar del mundo. Este derecho cabe también a las comunidades autóctonas del país, lo que les permite mantener sus sistemas de valores, una cosmovisión propia, una identidad propia, estilos de vida sostenibles respecto a la naturaleza, etc.

El Instituto Nacional de Asuntos Indígenas informa la existencia actual de 452.480 aborígenes, tomando en cuenta aquellos que así se consideran; ello representaría el 1,24% de la población del país. Los resultados parciales del Censo 2001, arrojan un total de 275.832 hogares en los que al menos una persona se reconoce descendiente o perteneciente a un pueblo indígena.ⁱ

LOS NIÑOS INDÍGENAS

En el mundo, constituyen los grupos humanos más vulnerables, con mayor riesgo de muerte, abusos, y menor acceso a la educación y al sistema de salud que otros jóvenes.

Existen aproximadamente 300 millones de indígenas en todo el mundo, desde los aborígenes australianos a los guaraníes bolivianos o los nenets de Siberia. Los niños indígenas presentan un menor índice de vacunación y tasas de mortalidad más altas, menores índices de escolaridad y protección inadecuada en los sistemas formales de justicia. Incluso, muchos niños indígenas ni siquiera existen oficialmente porque sus nacimientos no están registrados por las autoridades, lo que puede suponer un mayor riesgo de exclusión y abusos posterioresⁱⁱ.

Los niños de comunidades autóctonas del país sufren las mismas penurias, a las que cabe agregar la falta de acceso al agua, a los alimentos, a los medicamentos y a una vivienda adecuada para albergarlos. Los indicadores de salud son peores que los de los niños del resto de la población, y pasan más tiempo de la infancia padeciendo enfermedades y a riesgo de accidentes y exposiciones peligrosas.

La salud de los niños indígenas en Argentina. Estudios seleccionados

- Los niveles de crecimiento de los niños indígenas están por debajo de las normas de referencia internacionales. Una evaluación cuantitativa de las ingestas de las familias que viven en la misión aborígena de "El Chañar", se acompañó de evaluaciones antropométricas en niños entre 6 y 14 años. Las familias completaron un cuestionario, y en los niños se midió peso, talla, perímetro del brazo, pliegue tricipital y circunferencia muscular del brazo. El nutriente más deficitario fue el calcio: el 100% de las familias tuvieron menos del 10% del requerimientoⁱⁱⁱ. Las comidas silvestres no son ya un componente esencial de la dieta de los aborígenes. Su consumo decayó bajo la influencia de costumbres alimentarias acriolladas.

- Otro estudio evaluó el crecimiento y el estado nutricional de niños y adultos en dos comunidades Mbya-Guaraní. Entre marzo y mayo de 2001 se midió la talla, peso, talla en posición sentada, circunferencia del brazo y pliegue cutáneo tricipital y subescapular. La muestra fue de 120 personas, de 2 a 60 años. Los hallazgos concuerdan con otras investigaciones sobre indios sudamericanos, en que la prevalencia de déficit estatural es significativamente mayor (36.7%) que la consunción (1.8%). La presencia de infección parasitaria y del ambiente nutricional podrían estar influyendo para que ello ocurra^v.
- La vulnerabilidad a las enfermedades infecciosas y parasitarias es alta. En un estudio realizado en el año 2000, se pesquisó el estado clínico y parasitológico de la comunidad aborígen wichi, residente en los suburbios de Tartagal, provincia de Salta. Se analizaron 154 muestras de sangre y 95 muestras fecales. El 93% fueron positivos para uno o más de los parásitos investigados por test directo. Los helmintos más frecuentemente hallados fueron *Strongyloides stercoralis* (50.5%) y *Anchilostoma duodenale* (47.4%). La reactividad serológica mostró que el 22.1% tenía anticuerpos contra *Toxocara*, el 16.2% fueron positivos para antígeno complejo de *Leishmania braziliensis*, el 29.9% fueron positivos para antígeno complejo de *Trypanosoma cruzi*, y el 17.5% fueron positivos para el antígeno específico 163B6/cruzipain del *Trypanosoma cruzi*^v.
- Otro estudio demostró evidencia serológica de infección por T, cruzi en 256 (37.7%) de los 679 indios viviendo en comunidades pequeñas y aisladas en la provincia de Salta y en el oeste del Paraguay, regiones que son parte del territorio tropical conocido como Gran Chaco. En contraste, ninguno de los 94 indios examinados en el sudoeste argentino fue positivo. La infección en los indios del Gran Chaco aumentaba con la edad y era mayor en grupos familiares. Hubo a la vez marcadas diferencias en la seroprevalencia entre las 16 comunidades del Gran Chaco^{vi}. Ésas diferencias parecen estar asociadas a los riesgos de transmisión de reservorios selváticos del parásito y con la frecuencia de las campañas contra el vector.
- Existen otras exposiciones peligrosas. Debido a la ausencia de datos por exposición y a los efectos tóxicos del arsénico inorgánico durante el desarrollo humano temprano, se estudió la transferencia de arsénico al feto y al lactante en una población nativa de San Antonio de los Cobres, en el NOA, donde el agua contiene unos 200 µg/l. La concentración de arsénico en sangre de cordón (media: 9 µg/l) fue casi tan alta como en sangre de cordón (media: 11 µg/l), y hubo correlación significativa entre ambas. Así, al menos en la gestación estudiada, el arsénico es fácilmente transferido al feto. La concentración media de arsénico en la placenta fue de 34 µg/l, en comparación con 7 µg/l previamente comunicados para mujeres no expuestas^{vii}.
- La excreción de arsénico en leche de mujeres andinas lactantes, viviendo en San Antonio de los Cobres, un pueblo del NOA con altas concentraciones de arsénico en el agua (unos 200 µg/l), condujo a valorar la exposición de los lactantes en primer período de su vida. Las concentraciones de arsénico detectadas en sangre materna (arsénico total) y orina (metabolitos de arsénico inorgánico) fueron altas, promediando 10 y 320 µg/l respectivamente. En sujetos sin exposición conocida al arsénico, la concentración promedio hallada en sangre y orina fue de 1-2 y 10 µg/l, respectivamente. Los metabolitos del arsénico inorgánico fueron más del 80% del arsénico total en orina, lo que mostró que el arsénico inorgánico fue la principal forma de arsénico ingerida. La concentración promedio de arsénico detectada en leche humana fue llamativamente baja: 2.3 µg/l (rango: 0.83-7.6 µg/kg)^{viii}.
- La epidemia de cólera comenzó en febrero de 1992. El primer caso conocido apareció en una población aborígen que vivía a la vera del Pilcomayo, sobre el límite con Bolivia. Al final del año, se habían notificado 551 casos y 15 fallecimientos. Los

cursos de agua contaminados y a los cuerpos de agua formados después de las lluvias, fueron la fuente de casos siguientes entre las poblaciones indígenas^{ix}.

Programa Nacional Salud Para Los Pueblos Indígenas

Las estadísticas de salud de la Argentina no diferencian la pertenencia étnica, lo que impide contar con la información necesaria para realizar un diagnóstico preciso de situación de salud de la población aborígen.

No obstante, la experiencia de programas locales como los de Prevención y Control del Cólera, Prevención y Control del Chagas, Saneamiento Ambiental y del Plan Maternoinfantil, entre otros, revela el deterioro de sus condiciones de salud. La epidemia de cólera, que afectó en particular a las comunidades indígenas, impulsó un convenio entre el Ministerio de Salud y Acción Social, el Ministerio de Trabajo y la Seguridad Social, los gobiernos provinciales y las organizaciones aborígenes.

Surge de este acuerdo el Programa Salud para los Pueblos Indígenas, que comenzó a ejecutarse en las provincias del norte desde enero de 1994. El programa equipó y capacitó a 250 agentes sanitarios indígenas que realizaron actividades de atención primaria de salud en sus comunidades y que progresivamente se fueron integrando a los equipos locales de salud.

En cada jurisdicción se cuenta con una red de agentes sanitarios indígenas que sostienen el proceso de atención sanitaria de un grupo de familias, a través de tareas de promoción y protección de la salud, y prevención y apoyo para el control de enfermedades. Los agentes sanitarios son capacitados en su rol de facilitadores interculturales.

Las provincias bajo el Programa son Chaco, Formosa, Jujuy, Misiones, Salta y Tucumán.

ⁱ Argentina Indígena - INCUPO (Instituto de Cultura Popular)

ⁱⁱ Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef). Informe Mundial: 27-02-2004.

ⁱⁱⁱ Couceiro de Cadena M, Valdiviezo de Rodriguez MS, Zimmer Sarmiento MC: Food intake and anthropometric evaluation of an aborigine mission in the province of Salta, Argentina. *Aten Primaria*. 1997 Nov 15;20(8):421-4.

^{iv} Oyhenart EE, Techenski MF, Orden AB: Nutritional status in two Mbya-Guaraní communities from misiones (Argentina). *Homo*. 2003;54(2):170-9.

^v Taranto NJ, Cajal SP, De Marzi MC, Fernandez MM, Frank FM, Bru AM, Minvielle MC, Basualdo JA, Malchiodi EL: Clinical status and parasitic infection in a Wichí Aboriginal community in Salta, Argentina. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2003 Sep-Oct;97(5):554-8.

^{vi} Basombrio MA, Segovia A, Peralta Ramos M, Esteban E, Stumpf R, Jurgensen P, Winkler MA, Sayre K, Ferrer JF: Endemic *Trypanosoma cruzi* infection in Indian populations of the Gran Chaco territory of South America: performance of diagnostic assays and epidemiological features. *Ann Trop Med Parasitol*. 1999 Jan;93(1):41-8.

^{vii} Concha G, Vogler G, Lezcano D, Nermell B, Vahter M: Exposure to inorganic arsenic metabolites during early human development. *Toxicol Sci*. 1998 Aug;44(2):185-90.

^{viii} Concha G, Vogler G, Nermell B, Vahter M.: Low-level arsenic excretion in breast milk of native Andean women exposed to high levels of arsenic in the drinking water. *Int Arch Occup Environ Health*. 1998 Feb;71(1):42-6.

^{ix} Mazzafero VE, Wyszynski DF, Marconi E, Giacomini H: Epidemic of cholera among the aborigines of northern Argentina. *J Diarrhoeal Dis Res*. 1995 Jun;13(2):95-8.