



INFANCIA, CONDICIONES DE VIDA Y SALUD DE LOS PUEBLOS ORIGINARIOS EN EL CHACO SALTEÑO

CHILDHOOD, HEALTH AND LIVING CONDITIONS OF NATIVE COMMUNITIES IN CHACO SALTEÑO

Mg. Mónica Sacchi, Mg. Karina Carrizo, Esp. Alejandra Bergagna

Contacto: monica.sacchi@yahoo.com.ar

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: Salta es la provincia con mayor diversidad de población originaria, especialmente en la zona norte. El Chaco Salteño, mayoritariamente con población wichi, tiene las condiciones materiales más precarias.

DESARROLLO: El propósito del artículo es analizar las condiciones socioeconómicas de las familias originarias en el Norte de Salta junto con indicadores de salud de la población maternoinfantil. La metodología utilizada es el análisis de datos secundarios proporcionados por distintos Programas Nacionales y Provinciales.

CONCLUSIONES: Los resultados muestran la situación de inequidad socioeconómica y los preocupantes indicadores sanitarios de la población maternoinfantil que demuestran la histórica postergación y vulneración de sus derechos, siendo necesaria la efectiva garantía de los mismos por parte del estado y de la sociedad, a partir del mejoramiento de sus condiciones materiales y del reconocimiento de su cultura. Los indicadores de morbimortalidad dan cuenta de la necesidad de actuar sobre los determinantes socio-sanitarios para efectivizar los derechos que la Convención de los Derechos del Niño promueve.

PALABRAS CLAVES: Población Originaria; Condiciones de Vida, Salud Maternoinfantil

ABSTRACT

INTRODUCTION: Salta, located in the north of the country, is the province with the largest diversity of native populations. The Chaco Salteño area, inhabited by wichi communities, has the poorest material conditions.

DEVELOPMENT: The purpose of this article is to analyse the socio-economic conditions of the families that inhabit this area together with the mother and child health indicators. The methodology used in the research is the analysis of secondary data provided by several national and local programmes.

CONCLUSIONS: The results show the deep socio economic inequality and worrying health indicators in the mother and child population, which are the result of constant scorn and rights violation. It is necessary that the government and the society guarantee people's rights by improving their material conditions and acknowledging their culture. The morbidity and mortality rates make it clear that it is necessary to take measures about the living and health conditions of the population to guarantee the rights promoted by the Convention on the Rights of the Child.

KEY WORDS: Native Population, Living Conditions, Mother and Child Health





INTRODUCCIÓN

La cultura de los pueblos originarios de América a pesar de haber sido combatida por los conquistadores se ha mantenido a lo largo de los siglos, como una expresión de resistencia de las comunidades y de afirmación de su identidad. Algunos autores afirman que se produce un proceso de construcción cultural a través del contacto e interacción entre la tradición cultural hispano-occidental y las distintas tradiciones culturales indígenas (Citarella Menardi L, 2010).

La provincia de Salta es la que alberga en su territorio la mayor diversidad de comunidades de pueblos originarios. Esta riqueza cultural no se corresponde con las condiciones de vida en la cual viven los integrantes de dichas comunidades, ya que ellos conforman la población con mayor cantidad de necesidades insatisfechas así como situaciones de discriminación y exclusión, con una recurrente vulneración a sus derechos. El propósito del artículo es analizar las condiciones socioeconómicas de las familias originarias en el Norte de Salta junto con indicadores de salud de la población materno infantil.

El cuidado de la vida está fuertemente atravesado por valores y creencias que dan sustento a saberes y prácticas para su preservación, vinculados a lo que se considera calidad de vida que influye en su pleno desarrollo. Son por lo tanto construcciones socioculturales que atraviesan transformaciones, afirmando elementos de otras cosmovisiones con los cuales se está en contacto.

Julio Monsalvo, médico argentino, propone hablar de “diálogo intercultural”, por cuanto, “no se trata entonces sólo de una actitud de respeto a los pueblos de otras culturas... Se trata también de poseer una actitud hacia el diálogo, una disposición a aprender del otro. La propuesta del diálogo intercultural tiene que ver no sólo con nuestro trabajo en el campo de la salud pública para lograr y entender, sino con nuestra propia esencia. Es una propuesta que conlleva el dialogar confrontando valores de nuestra cultura con los valores de las otras culturas. Es un compartir y de ese compartir puede surgir “el riesgo” de enfrentarnos a una opción que implique cuestionar nuestros propios valores, modificarlos y aun sustituirlos”. (Monsalvo Julio, 1995: 5).

Sin embargo, como señala Mariana Lorenzetti el acceso y alcance de los servicios de salud no se limita a la “adecuación cultural” de las formas de intervención, no debiendo quedar en un plano secundario el contexto socio-situacional en el que las mismas se desarrollan (Lorenzetti, 2011), ya que las condiciones materiales y simbólicas de vida son el escenario en el cual se realiza el cuidado de los/as niños/as para su crecimiento y desarrollo.

Si bien Argentina ha ratificado la Convención de los Derechos del Niño y ha promulgado la ley N° 23.849, que garantiza para los niños el acceso y la atención, existen distancias y tensiones en el plano de la concreción de políticas públicas que den cumplimiento al derecho. Así mismo en la constitución de Salta reconoce la preexistencia étnica y cultural de los pueblos indígenas que residen en el territorio, expresados en el Artículo 15 de la Constitución de la provincia de Salta. Reconoce y garantiza el respeto a su identidad, el derecho a una educación bilingüe e intercultural, la posesión y propiedad comunitaria de las tierras fiscales que tradicionalmente ocupan, y regula la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano, asegurando que ninguna de ellas será enajenable, transmisible ni susceptible de gravámenes ni embargos y que la participación de los pueblos en la gestión referida a sus recursos naturales y demás intereses es condición.

A pesar del reconocimiento de sus derechos, la población originaria representa el grupo social en peores condiciones sociales y económicas. Son los que tienen mayor dificultad de acceso a educación, salud y vivienda y los que sufren situaciones de discriminación y marginación social.

Sus saberes ancestrales no están legitimados y en muchos ámbitos se combaten sus prácticas de alimentación y cuidado de la salud.

Su situación es similar a la de los pueblos originarios de América Latina, que representan las comunidades con pobreza más severa, con dificultad para el acceso al agua, educación, salud y electricidad. (Cid J.C.; Paz J., 2002).

DESARROLLO

La población Wichi

El Área Operativa Rivadavia en el Chaco salteño, tiene un 70% de familias originarias, de la etnia wichi. Es una zona poco poblada, con altas temperaturas y lluvias estacionales que provocan inundaciones e impiden el tránsito por sus caminos y el consecuente aislamiento de algunas comunidades. Cuentan con pocos servicios básicos como electricidad y agua corriente, solamente en las ciudades cabeceras y poblados de mayor concentración de habitantes.

El pueblo originario wichi es tradicionalmente cazador y recolector, con una fuerte dependencia de los recursos naturales para su subsistencia. En las últimas décadas procesos sociales y ambientales, como la fuerte depredación del hábitat donde viven y la ocupación del monte, ha generado un impacto negativo en la alimentación por los cambios ecológicos producidos (Torres G, 1999:2).





Como señala María Cristina Dasso, la escasez de dinero de la población wichi hace que tengan acceso a alimentos como polenta, arroz, fideos, todos ellos nutritivamente más pobres que los silvestres (Dasso, 2008: 34).

Estos procesos afectan de modo directo el estado de salud de la población, modificando modos ancestrales de alimentación y cuidado, al incorporar alimentos industrializados de difícil acceso en el mercado, siendo los/as niños/as el grupo de mayor vulnerabilidad.

La pérdida de espacio ya la subsistencia ligada únicamente al engranaje de planes, programas y bolsones de alimentos da cuenta que la demanda de salud no se agota, ni se reduce en la atención médica (Lorenzetti, 2011).

Para la exploración de las condiciones socioeconómicas y sanitarias se realizó el análisis de datos secundarios proporcionados por el Anuario estadístico provincia de Salta 2013, Avance 2014, por el Informe de Actualización 2014 de la Evaluación Social de los pueblos originarios de la provincia de Salta del Programa de Relaciones Interculturales del Ministerio de Salud Pública, por el Registro de Rondas de Atención Primaria de la Salud 2015, Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta y por el Informe Anual Programa FESP - Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública de la Nación.

Las condiciones de vida

De acuerdo a los datos del Censo 2010, el Departamento de Rivadavia (Chaco salteño) tiene un 49,1% de población con Necesidades Básicas Insatisfechas, porcentaje que llega al 60,6% en el municipio de Santa Victoria Este, con alta concentración de población wichi. Es importante señalar que si se compara con el Censo 2001 (NBI 68,8%), puede comprobarse los pocos avances en relación a las mejoras en las condiciones de vida de la población, que habla de la histórica postergación de las comunidades originarias (Anuario Estadístico 2014).

En el citado departamento solo el 23,83% de la población tiene acceso a agua segura, el 35,95% al tratamiento de la basura y el 48,8% tratamiento de excretas (Actualización 2014, Evaluación Social de los pueblos originarios de la provincia de Salta).

El mismo informe muestra que más del 50% de las familias tienen niños/as menores de 5 años, etapa de desarrollo de gran vulnerabilidad, situación que se complejiza ya que la mayoría de las familias perciben ingresos inestables, producto del trabajo en negro y temporal. El grueso de los ingresos de la población originaria proviene principalmente del trabajo en la cosecha, sin relación de dependencia y estacional, y en menor medida de la artesanía.

La tasa de Natalidad de la población originaria se mantiene más alta que la de la población criolla, con un 3.1%. Pero este indicador fluctúa mucho en cada zona sanitaria, siendo la zona norte la que presenta mayor natalidad (3.3%) y especialmente el Área Operativa de Rivadavia, con una tasa de 3.9% (Actualización 2014, Evaluación Social de los pueblos originarios de la provincia de Salta).

El analfabetismo materno demuestra la falta de acceso a la educación, que desde una mirada de género discrimina especialmente a las mujeres, responsables del cuidado doméstico desde muy temprana edad. También es justo señalar que el sistema educativo adolece de la presencia suficiente de maestros bilingües que faciliten, especialmente en la población wichi, la permanencia en la educación formal, y las adecuaciones curriculares pertinentes para evitar la repitencia y la deserción. Por otro lado, la escuela representa en algunas localidades, especialmente donde hay estudiantes criollos, espacios de discriminación de la población originaria, situación que produce el rápido abandono de los niños/as del sistema educativo.

Si se analiza el analfabetismo materno comparativamente entre mujeres originarias y criollas, puede constatarse que es del 48,2 % para las primeras y desciende a 15,5 para las mujeres que no son indígenas (Jockers, E. 2013).

Las condiciones de salud

La Mortalidad Infantil es uno de los indicadores sanitarios que mejor muestran la calidad de vida de los hogares en los cuales nacen los niños. Si se toma en cuenta el factor étnico puede comprobarse que a pesar de que la tasa de Mortalidad de menores de 5 años tiene una tendencia decreciente en la provincia de Salta en los últimos años, este comportamiento, si bien también marca también un descenso en niños originarios, sus valores siguen siendo comparativamente mucho más del doble a las tasas generales, ya que es de 16/00 para la provincia de Salta, de 38/00 para pueblos originarios y asciende a 59/00 en el Departamento Rivadavia, para el año 2013. (Pueblos originarios, Informe Fesp: 43).

En relación a las causas de mortalidad, puede observarse de acuerdo a los datos aportados por el Ministerio de Salud Pública de Salta para el mismo año, predominan las relacionadas con enfermedades vinculadas al entorno en la cual viven los/as niños/as: Respiratorias y Diarreas y otras infecciones en un 38,1%, seguidas por las consecuencias por problemas en el embarazo/parto en un 16,2%, todas causas reducibles con mejores condiciones de vida y asistencia sanitaria. Resulta significativo poder hacer una comparación entre la situación de las condiciones de vida y de salud de población originaria y criolla en un mismo departamento, ya que nos muestra la realidad de inequidad y exclusión de los indíge-





nas. El 84,5% de las defunciones infantiles en el quinquenio 2008-2012 proviene de Pueblos originarios en la zona de referencia.

Si bien puede constarse una mejora en cuanto a algunos indicadores epidemiológicos como la Mortalidad de menores de 5 años, ya que en el departamento que estamos analizando era de 104,2/00 para el año 2008 y disminuyó a 59,43/00 en el año 2013, sigue mostrando la situación de inequidad de los niños originarios, con un riesgo mucho más elevado de enfermar y morir. Del total de las muertes de menores de 5 años, un cuarto de las mismas es de niños mayores de 1 año, por causas relacionadas con enfermedades prevalentes en la infancia y desnutrición. Esta situación se da especial y casi exclusivamente en niños/as originarios, ya que el 63% del total de niños originarios fallecidos en 2013, pertenecen a la etnia wichi (Jockers E. 2013).

Existe tres veces más riesgo de fallecer antes de los 5 años habiendo nacido indígena que criollo y 6.7 veces más riesgo de morir luego de los 7 días de nacido que en la primera semana de vida, para los pueblos originarios de Salta, riesgo que asciende a 8,4 en la población originaria del chaco salteño, que da cuenta que lo que priman son causas ambientales vinculadas a condiciones de vida familiar, que a aquellas relacionadas a enfermedades congénitas o relacionadas con embarazo y parto. (Jockers, E. 2010)

Existe tres veces más riesgo de fallecer antes de los 5 años habiendo nacido indígena que criollo y 6.7 veces más riesgo de morir luego de los 7 días de nacido que en la primera semana de vida, para los pueblos originarios de Salta, riesgo que asciende a 8,4 en la población originaria del chaco salteño, que da cuenta que lo que priman son causas ambientales vinculadas a condiciones de vida familiar, que a aquellas relacionadas a enfermedades congénitas o relacionadas con embarazo y parto. (Jockers, E. 2010).

Las causas resultan evitables (respiratorias, diarreas, otras otras infecciosas y desnutrición) que en forma acumulada llega al 60% de los casos, y si se suman las causas indefinidas (desconocida o mal definida) alcanza al 71% de los casos (op cit.)

Los niños originarios del Departamento Rivadavia mueren prematuramente por causas altamente reducibles y directamente vinculadas a sus condiciones materiales de vida.

Si se comparan los datos del estado nutricional de los/as niños/as a nivel provincial, regional y por condición de pertenecer a pueblos originarios, puede constatar, la situación de mayor riesgo de estos últimos. Mientras que en el tramo de 0-2 años en la provincia de Salta un 1,9% tiene bajo peso, en el Departamento de Rivadavia asciende a 3% (Anuario Estadístico 2013/14). Si se analizan los porcentajes de niños/as en el rango de edad de 2-5 años se observa que

es de 1,7% a nivel provincial y asciende a 2,5% en el mismo Departamento.

Desde hace ya algunos años en el Programa de Atención Primaria de la Salud, la información relevada por los agentes sanitarios está diferenciada si es población originaria o no. En la 4ª Ronda del año 2015 del mencionado programa, el porcentaje de bajo peso en ese tramo de edad asciende a 3,89 % para los niños/as indígenas (Programa de Atención Primaria de la Salud, Provincia de Salta).

Pero también hay factores que se vinculan a la ausencia de una oferta sanitaria pertinente culturalmente como es el parto en camilla, el destino de la placenta, la dificultad de participación de un familiar en el proceso de parto.

De acuerdo al mismo informe el 67% de las embarazadas es de riesgo, habiendo un 20% sin control completo. La hipertensión arterial, la anemia, infecciones urinarias y la presencia de Chagas son las patologías más frecuentes en estas comunidades.

Directamente vinculado con este escenario está la Mortalidad Materna, que en las comunidades originarias supera en más de cuatro veces a la población en general. Solo el 4% de las mujeres chaqueñas en edad fértil utiliza algún método anticonceptivo estable y presenta también el más alto índice de analfabetismo materno (21%). El 65% de las embarazadas detectadas son de riesgo y existen áreas operativas en las que el control completo no llega al 80%, lo que implica un alto riesgo para la salud materno infantil Jockers, E. 2013).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Las condiciones materiales de los pueblos originarios en la provincia de Salta, especialmente la población wichi de la zona norte, pone en evidencia el estado de vulnerabilidad de sus miembros, que repercute directamente en su estado de salud. Si bien se identifica una mejoría en algunos aspectos en los últimos años, el ritmo de recuperación es más lento que en la población no indígena. Esta situación da cuenta de la ancestral demora en la garantía y efectivización de sus derechos más elementales.

Pero no son solo los bienes materiales los postergados, los bienes simbólicos como la educación, el respeto a su cultura, la ausencia de discriminación, el buen trato, son reclamos mucho más profundos e importantes que los económicos.

La información recogida da cuenta de las condiciones de vida de la población originaria y demuestran la histórica postergación y la vulneración de sus derechos, siendo la población infantil la que paga las peores consecuencias de esta situación.

Se hace necesaria la efectiva garantía de sus derechos por



parte del estado y de la sociedad, a partir del acceso a la propiedad colectiva de la tierra, del mejoramiento de sus condiciones materiales y del reconocimiento de su cultura. Los datos nos interpelan a trabajar desde un enfoque intercultural procurando contribuir a mejorar situación de equidad de las poblaciones originarias. Hablamos entonces de la etnicidad como un determinante social de la salud que impacta en tres dimensiones: las condiciones de salud, la calidad de atención y el acceso a los servicios. Es imperativo, desde las políticas públicas, trabajar desde un enfoque étnico participativo, que incorpore la consulta a los Pueblos y la intención de dar cumplimiento a sus derechos. Solo de esta forma se puede contribuir a reducir las desigualdades injustificadas y evitables en salud que en la actualidad afectan de manera sistemática a los grupos humanos que luchan por la defensa de sus valores, religión, formas de vida, expresiones artísticas, alimentación, uso de productos, en definitiva de los distintos modos de entender la vida.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Acosta A, Martínez E** comp. (2009) El buen vivir. Una vía para el desarrollo. AbyaYala: Quito. ISBN 9789978228043
- 2-Alarcon A** et al. (2003). Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales. Revista Médica de Chile, Santiago, Nro. 131: 1061-1065.
- 3-Campos Navarro R.** (2009) Salud Intercultural en América Latina: experiencias del pasado y contemporáneas. En: Luca Citarella - AlessiaZangari (eds.) Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina, Bolivia, PROHISABA/Cooperación Italiana : 57-69.
- 4-Dasso M C (2008)** Aplicaciones del estudio etnológico a proyectos multidisciplinares de investigación en salud en Archivos Departamento de Antropología Cultural VI, CIAFIC (Centro de Investigaciones en Antropología Filosófica y Cultural de la Asociación Argentina de Cultura) Vol. VI – 2008 - ISSN 1668 4737.
- 5-Dirección general de Estadísticas y Censos.** Anuario estadístico provincia de Salta 2013, Avance 2014, Gobierno de la Provincia de Salta.
- 6-Fernandez Juarez G.** Coord. (2004) Salud e interculturalidad en América latina. Perspectivas antropológicas. Ecuador, Ediciones Abya-Yala.
- 7-Hirsch S.** (2004) Ser Guaraní en el norte argentino: variantes de la construcción identitaria. Revista de Indias. Vol. XIV. Nro. 230, 2004: 67-80.
- 8-Jockers E.** (2010) Mortalidad y desnutrición de los niños originarios de Salta. Informe Anual Programa FESP - Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública de la Nación.
- 9-Jockers E.** (2013) Situación de salud de los Pueblos Originarios, provincia de Salta, Informe Anual Programa FESP - Funciones Esenciales y Programas de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública de la Nación.

10-Instituto Interamericano de Derechos Humanos/IIDH (2008) Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas. Salud indígena y derechos humanos. San José de Costa Rica, OPS / Asdi (Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el desarrollo).

11-Lorenzetti M. (2011) Relaciones interétnicas y prácticas de atención de la salud en el Chaco Salteño, Corpus. Archivos virtuales de la alteridad americana, Vol. 1, N°2, 2do. semestre 2011. <http://ppct.caicyt.gov.ar/index.php/corpus>

12-Menendez E. (2009) Modelos, saberes y formas de atención de los padecimientos: de exclusiones ideológicas y de articulaciones prácticas. Yachay Tinkuy. Salud e Interculturalidad en Bolivia y América Latina, Bolivia, PROHISABA/Cooperación Italiana: 87-122. Ministerio de Salud Pública (2014) Marco de Planificación para Pueblos Indígenas en el Proyecto de Funciones Esenciales y Programas Priorizados de la Salud Pública - FESP II – Presidencia de la Nación, Buenos Aires.

13-Monsalvo J. (1995) Diálogo intercultural: una propuesta para la salud pública. Revista de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba.

14-Programa de Atención Primaria de la Salud (2015) Registro de Rondas de Atención Primaria de la Salud, Ministerio de Salud Pública, provincia de Salta.

15-Programa de Relaciones Interculturales (2014) Actualización 2014 de la Evaluación Social de los pueblos originarios de la provincia de Salta, Ministerio de Salud Pública de la provincia de Salta.

Rodrigo M. La comunicación intercultural. Portal de la comunicación. http://www.portalcomunicacion.com/esp/pdf/aab_lec/rodrigo.pdf.

16-Torres G. Graciela et al. (1999) El elemento mitológico: uno de los factores intervinientes en las elecciones alimentarias. El caso de los maticos del Pilcomayo. Dto. Rivadavia, provincia de Salta en <http://www.redalyc.org/html/127/12701214/>

17-Torosa J.(2009) Sumakkawsay, Suma qamaña, Buen vivir. Instituto Universitario de Desarrollo Social y Paz, Universidad de Alicante. 2009.

18-Villalba Egiluz U. ¿Buen vivir y/o desarrollo? Implicaciones para la cooperación al desarrollo con Ecuador. C. Unai Universidad del País Vasco <http://xivrem.ujaen.es/wp-content/uploads/2011/11/23-R-094M531.pdf>

