

## Artículo de reflexión:

# Comparación de resultados de políticas en salud de la población general, con grupos étnicos minoritarios. Una primera mirada.

<sup>1</sup> Monroy Amado José Luis1 monroy\_jose27@hotmail.com, Vargas Valencia Luis Miguel <sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico intensivista, Hospital Universitario San Jorge. Candidato a Magister en Filosofía - UTP

<sup>2</sup>Publicista, Universidad Tecnológica de Pereira, Candidato a Magister en Filosofía. - UTP

<sup>3</sup>Líderes integrante de Escuela Campesina de Agroecología.

### Resumen

#### Introducción

El carácter universal de los derechos fundamentales, hace que el derecho a la salud sea aplicable a cada ciudadano del territorio colombiano, pero la diversidad cultural en nuestro país, ha sido un reto para que las normas y los sistemas de salud sean efectivos, en las comunidades minoritarias. Los índices por fuera de metas de mortalidad infantil y materna, así como la alta morbilidad de estas comunidades, son problemas de difícil intervención. Consideramos que las diferencias de lenguaje, de los sistemas numéricos, el desconocimiento de costumbres ancestrales, la pobre tolerancia a la interculturalidad, la subvaloración histórica de los grupos indígenas y afro-descendientes, e incluso la enmarcación en estereotipos subjetivos, sumado a una educación médica basada en modelos europeos y norteamericanos, que dejan claramente por fuera de sus estándares y conclusiones a la propia población nativa, ha llevado a que las políticas de promoción, prevención y de atención en salud, no lleguen a un buen término.

**Palabras clave:** Atención en salud, enfermedad y mortalidad indígena.

Contributions to food security through breastfeeding in rural communities

### Comparison of health policy outcomes of the general population, with ethnic minority groups.

#### Abstract:

The universal nature of fundamental rights, makes the right to health applicable to every citizen of the Colombian territory, but the cultural diversity in our country, has been a challenge for health standards and systems to be effective, in the Communities. The indices outside of the goals of infant and maternal mortality, as well as the high morbidity of these communities, are problems of difficult intervention. Differences in language, numerical systems, ignorance of ancestral customs, poor tolerance of interculturality, historical undervaluation of indigenous and Afro-descendant groups, and even the framing of subjective stereotypes, coupled with medical education based on European and North American models, which clearly leave the native population itself out of its standards and conclusions, has led to the promotion, prevention and health care policies not being successful.

**Key words:** Health care, disease and indigenous mortality.

## Introducción

El nuevo plano constitucional de Colombia, realizó un giro en la forma misma, de cómo debemos vernos, incluyendo la palabra que más nos define: diversidad, reconociendo a nuestro país, como una nación multiétnica y pluricultural, con la inherente responsabilidad estatal de reconocer y proteger la diversidad étnica y cultural, desde el momento mismo en que Colombia se adhiere al convenio 169 de la OIT.

La atención en salud, es cobijada por el derecho fundamental a la vida, en el artículo 11 de la constitución política, con un carácter universal y neutral, sin distinguir de etnias, género o condición social.

Pero en la práctica y casi desde la implementación misma del sistema general de salud, se han visto múltiples tropiezos en su aplicación, situaciones que han impactado en los resultados de las políticas estatales de salud, en mayor medida a las comunidades étnicas minoritarias. Cada comunidad nativa, se nos presenta con su propia cosmovisión, diferentes significantes y formas de entender el proceso de salud - enfermedad. Pero el debilitamiento cultural, la violencia y el desplazamiento forzado, la globalización que crea dependencia con el mundo no indígena, el inadecuado acceso a los servicios de salud y el desconocimiento cultural hacen que los resultados diferenciados en las estrategias de salud, sean una constante.

Es aquí donde se hace necesario preguntarnos, que estamos haciendo mal y porque las herramientas aplicadas no mejoran las condiciones de salud de los pueblos nativos?

En este texto, planteamos una primera mirada a la situación actual en salud, de la población general comparándola con la población nativa, describimos una situación problema multifactorial, con matices antropológicos, filosóficos de comprensión de la multiculturalidad, aspectos políticos que incluyen la centralización y homogenización de intervenciones y aspectos médicos tanto de la asistencia a la población, como de la misma academia y enseñanza de medicina.

En esta primera entrega mostramos las cifras, llamamos la atención sobre las posibles causas y posteriormente se analizarán las variables que consideramos influyen en estos resultados.

## Resultados

Según datos de la Organización de Naciones Unidas existen aproximadamente 370 millones de indígenas en el mundo, en al menos 90 países, con diversidad de lenguas, culturas y tradiciones.

En América Latina hay alrededor de 400 grupos indígenas que representan aproximadamente 37 millones de personas. Países como Guatemala, Bolivia, Costa Rica y Perú concentran las poblaciones indígenas más numerosas respecto a la población total de cada país, mientras que Brasil, Chile, Nicaragua, Paraguay y Colombia presentan las más bajas tasas de participación.

Al realizar los estudios de pobreza por grupo poblacional, los pueblos indígenas en América Latina constituyen 14% por ciento de las personas en situación de pobreza y el 17% por ciento de los extremadamente pobres. Afectando al 43% de los hogares indígenas de la región, más del doble de la proporción de no indígenas y el 24% de todos los hogares indígenas vive en condiciones de pobreza extrema, es decir 2,7 veces más frecuentemente que la proporción de hogares no indígenas [1]

En Colombia el contexto de los pueblos nativos, se visualiza en un complejo proceso histórico, de lucha de tierras y de cambios sociales y económicos. Con gran diversidad étnica con más de 64 lenguas nativas [2] y con un dato, por mínimo preocupante de 18 grupos étnicos en peligro de extinción. [3]

Estos aspectos implican un reto para las políticas públicas, que deben reconocer un enfoque diferencial, para diseñar de manera más efectiva los mecanismos de promoción, prevención y tratamiento de la enfermedad.

También se debe tener en cuenta la ubicación geográfica de los resguardos, la mayoría en ocho departamentos fronterizos, con las sabidas consecuencias económicas y sociales.

Problemas específicos de salud pública y datos comparativos actuales:

### **Tasas de fecundidad:**

Se evidencia una caída vertiginosa entre 1985 y 2010 y se proyecta que a 2020 sigan disminuyendo. De acuerdo con las estimaciones del DANE, la Tasa de Fecundidad Global pasará de 3,34 a 2,35 hijos por mujer entre 1985 y 2015 y la Tasa de Fecundidad General de 112,60 a 71,5 nacimientos por cada 1.000 mujeres entre 15 y 49 años [4]

De acuerdo con el censo de 2005, para la población indígena se pudo estimar una Tasa de Fecundidad General de 123,85 y una Tasa Fecundidad Global (TGF) para las mujeres indígenas de 3,85 y de 2,44 para la población general, es decir para el mismo año la fecundidad en población indígena era mucho mayor. Adicionalmente los perfiles de fecundidad de los pueblos indígenas son poco conocidos, por la ausencia de censos, encuestas, registros regulares y por la precariedad de las fuentes y sistemas de información que registren la especificidad por etnia [5]. Un dato llamativo es la edad materna de primer parto, ya que a pesar de que el inicio de la maternidad se da en el grupo poblacional de 10 a 14 años, tanto en población general como indígena, en esta última es dos veces mayor. En las dos poblaciones el pico de la maternidad está entre los 20-24 años.

### **Mortalidad**

El análisis de mortalidad general, nos da información sobre el estado de salud de un grupo poblacional, generarnos indicadores de vigilancia epidemiológica y nos aporta datos sobre la gestión del riesgo en salud.

Al revisar la pirámide poblacional de mortalidad comparativa entre población general y población indígena, se observa que el 18,63% de la población indígena se muere entre los 0 y los 4 años de edad mientras que en la población no indígena este porcentaje es de 4,92%, lo que significa que la mortalidad de los niños en la población indígena es 2,79 veces más alta que la presentada en la población no indígena. También se encuentra que la mortalidad indígena se concentra en las edades menores a 19 años.

#### **Causas de mortalidad:**

Se identifican causas similares para los dos grupos poblacionales, enfermedades isquémicas del corazón, (10,95% población indígena vs 12,66% población no indígena, en el mismo período)

Al igual que Agresiones (Homicidios), Enfermedad Cerebro Vascular, Enfermedad crónica respiratoria, Hipertensión Arterial, patologías del tracto gastrointestinal y accidentes de tránsito incluyendo secuelas.

Cabe destacar que dos de las causas de mortalidad que aparecen en la población indígena no están presentes en la población no indígena, como son las Infecciones Respiratorias Agudas que representan el 5,54% de todas las muertes y las deficiencias nutricionales y anemias nutricionales que representan el 4,14%

#### **Mortalidad específica por subgrupos**

Entre 2008 y 2013, el grupo de las Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales son la primera causa de muerte y aportan el 22,79%, con un aumento del 23,75% el número de muertes por esta causa.

En segundo lugar, están las Enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, que aportan el 21,53% de todas las muertes en este grupo.

#### **Mortalidad por enfermedades transmisibles en población indígena:**

La primera causa son las Infecciones respiratorias agudas, seguidas por enfermedades infecciosas intestinales y TBC (tuberculosis)

#### **Mortalidad por afecciones del periodo perinatal en población indígena**

Primera causa son los trastornos respiratorios específicos del periodo perinatal, seguido por otras afecciones del periodo perinatal, luego la sepsis bacteriana del recién nacido. que produjeron un total de 151 muertes en el periodo analizado. 2008 – 2013. [6]

#### **Mortalidad materna**

Es un problema relacionado directamente con la condición socioeconómica de un país, y se asocia a clase social, condiciones de vida, cultura, valores sociales y educación, reflejando incluso las condiciones de acceso a los servicios de salud. El 99% de la mortalidad materna corresponde a países en desarrollo y estas se derivan en su mayoría de las complicaciones que se producen durante el embarazo y el parto, y que podrían ser prevenibles o tratables.

En la población No indígena la Razón de Mortalidad Materna (RMM) disminuyó entre 2009 y 2013 en 18 muertes maternas por cada 100.000 nacidos vivos, lo que significa una reducción de 23,87%. Pero para la población indígena, durante el mismo periodo, la mortalidad aumentó un 46,32%.

Al revisar la diferencia relativa, se encuentra una preocupante tendencia creciente. Para 2009 la mortalidad materna en población indígena eran 3,8 veces la no indígena, para 2013 fue de 7,3 veces.

Para la OMS la mayoría de las complicaciones aparecen durante la gestación y la mayoría son prevenibles o tratables; otras pueden estar presentes, pero se agravan con la gestación, especialmente si no se tratan como parte de la asistencia sanitaria a la mujer. En cuanto a las causas de la mortalidad materna en población indígena, la primera causa (16,40%) es el choque durante o después del trabajo de parto y el parto.

#### **Mortalidad neonatal**

Este indicador es número de defunciones durante el primer año de vida en una población por cada mil nacimientos vivos registrados. Entre 2009 y 2013 en la población no indígena, la tasa de mortalidad pasó de 13,32 a 11,13; la disminución ha sido de 2,19 muertes por cada 1.000 nacidos vivos, lo que significa una disminución del 19,67%.

En población indígena la mortalidad en menores de un año no ha tenido mayor variación. Con solo una disminución del 2,83%.

Para 2009 la Tasa de mortalidad para menores de un año en población indígena fue 1,35 veces más que la tasa de población no indígena; para 2013 la misma relación había aumentado a 1,73 veces.

#### **Mortalidad en menores de cinco años**

Más de la mitad de las muertes de niños menores de cinco años se debe a enfermedades prevenibles y tratables mediante intervenciones simples y asequibles. Para alcanzar las metas de los Objetivos de Desarrollo del Milenio ODM, la comunidad mundial ha establecido objetivos y metas relativos a la supervivencia infantil con el fin de reducir la mortalidad en menores de 5 años en dos terceras partes [7]

Durante 2013 en Colombia murieron 2,11 veces más niños indígenas menores de cinco años que niños no indígenas; en 2009 la misma relación era de 1,79 veces más.

### **Bajo peso al nacer**

Hay leve mejoría no significativa y con fluctuaciones en este ítem.

### **Acceso efectivo a los servicios de salud**

Se toman en cuenta tres indicadores: 1. Atención institucional del parto 2. Porcentaje de Nacidos vivos con más de cuatro controles prenatales 3. Porcentaje de partos atendidos por personal calificado.

Para la población indígena estos indicadores son menores comparados con la población no indígena, lo que podría mostrar dificultad de acceso físico o cultural a los servicios de salud, esto último mediado por “una manera sociocultural particular de aproximarse a este evento y a una limitada pertinencia de los programas de salud materno-infantil” [8]

Entre 2009 y 2013 se encontró que el departamento con menor cobertura del parto institucional para población indígena fue Risaralda con el 31,56%. Seguida de Chocó con el 34,5%.

Para 2013, el promedio de parto institucional es de 78,8%, nuevamente se observan a los departamentos de Risaralda con 31,50%, Chocó con 34,75% Huila con 45,15%, con las menores coberturas de atención institucional del parto. [6]

### **Porcentaje de nacidos vivos con más de cuatro controles prenatales:**

En 2013 para la población indígena el porcentaje de nacidos vivos con más de cuatro consultas de control prenatal fue de 54,17%; para la población no indígena en el mismo año fue de 87,19%. Con una diferencia que se amplía de 48% en 2009 a 61% en 2013.

### **Discusión**

La situación de salud y el perfil epidemiológico de los pueblos evidencia diferencias frente a la situación general de salud del resto de la población, manifestándose en indicadores desfavorables en términos de mortalidad y morbilidad denotando así, una situación de vulnerabilidad de la población indígena en Colombia. [9]

Esta situación de atención deficitaria y desigual para las poblaciones indígenas en nuestro país tiene raíces multivariadas, por lo que se requiere un análisis minucioso desde varios puntos de vista.

Las cifras de la calidad en atención en salud en nuestro país, muestran diferencias altamente significativas, cuando sus variables son comparadas entre las poblaciones indígenas, con la población no indígena. Estos resultados adversos y la preocupante tendencia a la no mejoría, a pesar de los grandes aparentes esfuerzos sobre legislación indígena, hacen que debamos pensar en un abordaje diferente, el cual incluya medidas urgentes, para disminuir la mortalidad y una planeación a mediano y largo plazo, con impacto en morbilidad y mortalidad.

Debemos tener en cuenta los determinantes Sociales en Salud, definidos como las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan, así como las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar. Apuntando a rasgos específicos del contexto social que afecta la salud y los mecanismos por los cuales las condiciones sociales se traducen en impactos en la salud, como, el ingreso, el empleo, la educación, la vivienda y el medio ambiente [10]

Estos Determinantes Sociales en Salud para la población indígena, reflejan su desventaja relativa y muestran el no reconocimiento de las características culturales distintas. Lo cual incluso pone en riesgo su supervivencia. [11]

El análisis de la situación, entonces debe incluir la caracterización de los elementos que intervienen en el proceso de salud enfermedad, el acercamiento cultural y la etnoeducación, tomando en cuenta

categorías estructurales como el contexto histórico, político, social y económico, además de la categoría intermedia que incluye infraestructura comunitaria, recursos, sistemas y capacidades, comportamientos de salud, física, social y medio ambiente y el sistema de salud.

Consideramos que el acercamiento a la cultura con estas comunidades, y la mayor comprensión de su proceso de salud enfermedad, podría verse reflejada en una mayor aplicabilidad de las guías mundiales de manejo en salud y de las políticas de promoción y prevención; incluso en la creación de protocolos propios, más cercanos a las consideraciones culturales de cada comunidad.

Además de esto, es importante trabajar en la aplicación de políticas de inclusión de procesos en cuánto al servicio de salud, mejorar la efectividad de las leyes y normas existentes, incluso lograr un cambio de las mismas, por otras que sean, quizás, más respetuosas y coherentes con la cosmología de nuestras poblaciones nativas y a su vez más efectivas, al ser fundamentadas en los cimientos sólidos, de un conocimiento formal de estas culturas.

En documentos posteriores, analizaremos el problema desde el punto de vista filosófico, de la multiculturalidad, de la educación médica y de la legislación.

### **Referencias**

1. Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial, 2014
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística, DANE. (2007). Colombia una nación multicultural, su diversidad étnica. Bogotá.
3. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR 11/11/ 2015). Obtenido de ACNUR:<http://www.acnur.org/t3/pueblos-indigenas/pueblos-indigenas-en-colombia>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Análisis de Situación de Salud. Bogotá : Imprenta Nacional de Colombia.
5. Santos Ventura, R., & Coimbra, C. E. (2001). Perfil Epidemiológico da população Indígena no Brasil.
6. Perfil de salud de la población indígena y medición de desigualdades en salud. Colombia 2016. Ministerio de Salud.
7. World Health Organization OMS. (2005). Informe Sobre la salud en el mundo, 2005 - cada madre y cada niño contarán. Suiza: Organización Mundial de la Salud.
8. Comisión Económica para América Latina y el Caribe CEPAL, (2010). Salud materno infantil de pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina. Santiago de Chile: Naciones Unidas.
9. Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia. Plan decenal de salud pública 2012-2021. Colombia. Ministerio de Salud.
10. Whitehead, M. (1992). The concepts and principles of equity and Health. International Journal of Health Services., 429 – 445.
11. Cooper, D. (2011). Closing the Gap and Indigenous Social determinants. Recuperado el 15 de 11 de 2015, <http://www.amsant.org.au>.