

Consultado en:

https://assets.survivalinternational.org/static/files/campaigns/PCK_SPANISH_LONG.pdf

Fecha de consulta: 15/10/2020.

El progreso puede matar

CÓMO EL DESARROLLO IMPUESTO DESTRUYE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS



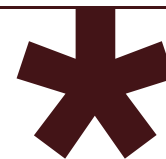
Una publicación de Survival International
www.survival.es



“LOS QUE VIENEN DE FUERA SIEMPRE DICEN QUE TRAEN EL PROGRESO. PERO TODO CUANTO TRAEN SON PROMESAS VACÍAS. POR LO QUE REALMENTE LUCHAMOS ES POR NUESTRA TIERRA. POR ENCIMA DE CUALQUIER COSA, ES LO QUE NECESITAMOS.”

ARAU, HOMBRE PENAN, SARAWAK, MALASIA, 2007

índice



1	INTRODUCCIÓN: TIERRA Y VIDA	1
2	IMPACTOS A LARGO PLAZO DE LA SEDENTARIZACIÓN SOBRE LA SALUD	10
3	IDENTIDAD, LIBERTAD Y SALUD MENTAL	22
4	SALUD MATERNA Y SEXUAL	28
5	ASISTENCIA SANITARIA	33
6	CONCLUSIÓN: SALUD Y FUTURO	42

Introducción:

Tierra y Vida



“Vosotros napēpē (blancos), habláis de lo que llamáis 'desarrollo' y nos decís que nos convirtamos en lo mismo que vosotros. La selva es nuestra vida y la necesitamos para pescar, cultivar, cazar, cantar y bailar, y para celebrar festejos. Sin la selva, sólo hay enfermedad”.

Davi Kopenawa Yanomami, Brasil, 2007¹

“¿Qué clase de desarrollo es éste que acorta la vida de las personas? Se infectan de vih/sida. Nuestros niños reciben palizas en la escuela y no quieren ir. Algunos comienzan a prostituirse. No se les permite cazar. pelean porque están aburridos y se emborrachan. Están empezando a suicidarse. Nunca antes vimos algo así. ¿Es esto 'desarrollo'?”

Roy Sesana, bosquimano gana, Botsuana, 2005²

Por todo el mundo, desde los países más pobres a los más ricos, los pueblos indígenas experimentan hoy en día una mala salud crónica. No sólo soportan las más graves de las enfermedades que acompañan a la pobreza, sino que muchos también sufren las llamadas “enfermedades de la abundancia” (como el cáncer y la obesidad), a pesar de recibir pocos de los beneficios del “desarrollo”. La diabetes por sí sola amenaza la supervivencia misma de muchas comunidades indígenas en países ricos.³ Los pueblos indígenas sufren además graves problemas de salud mental y tienen elevados índices de abuso de drogas y suicidio. Los indígenas pikangikum de Ontario, por ejemplo, tienen una tasa de suicidio casi 40 veces mayor que la media canadiense.

Pero los indígenas no siempre han estado tan enfermos; y los que llevan vidas independientes en sus propias tierras, con una dieta tradicional, siguen estando fuertes y sanos.⁴ Puede que estos grupos sean pobres en términos monetarios, pero son ricos en muchos otros aspectos. Disfrutaban de muchas de las características que, se ha demostrado, provocan la felicidad, tales como relaciones sociales fuertes, sistemas políticos estables, altos niveles de apoyo y confianza, y creencias religiosas o espirituales, las cuales dan significado a sus vidas. Un estudio que analizaba la felicidad y la “satisfacción con la vida” encontró que entre los que puntuaban más alto estaba un grupo tradicional de maasai que se había resistido a los intentos colonizadores de cambiar su modo de vida y que había evitado en gran parte la economía de mercado. Los maasai puntuaban en satisfacción con la vida de forma similar a los miembros de la lista Forbes de los 400 estadounidenses más ricos.⁵

“Nosotros no somos pobres o primitivos. Los yanomami somos muy ricos. Ricos en nuestra cultura, nuestra lengua y nuestra tierra. Nosotros no necesitamos dinero o posesiones. Lo que nosotros necesitamos es respeto: respeto por nuestra cultura y respeto por nuestros derechos territoriales.”

Davi Kopenawa Yanomami, Brasil 1995.

Los pueblos indígenas y tribales que han sufrido colonización, asentamiento forzoso, políticas de asimilación y otras formas de marginación y expulsión de sus tierras ancestrales experimentan casi siempre un empeoramiento dramático de su salud y bienestar. El separarse de sus tierras comporta casi siempre un aumento de las enfermedades.⁶ “En general, las situaciones más devastadoras de contacto parecen verse asociadas con la usurpación de tierras” (Kunitz, 1994: p. 178).

Este informe explora las razones por las que los pueblos indígenas “asimilados” y sin tierras sufren hoy en día niveles tan altos de enfermedad física y mental. Hay muchos factores que pueden hacer que un grupo se precipite desde una vida independiente y sana a la dependencia y la muerte temprana, pero a todos ellos subyace la pérdida de derechos sobre su tierra ancestral y la pobreza creada por la pérdida de una forma de vida independiente.

La mejora de la salud de los pueblos indígenas no puede conseguirse únicamente a través de hospitales y medicinas: los principales factores que causan su mala salud son económicos, sociales, políticos y legales.⁷ Es necesaria una acción internacional, nacional y local urgente para permitir a los pueblos indígenas

reconectar con sus tierras, reconstruir sus vidas desbaratadas y recuperar el control de su futuro.

Este informe examina la situación de los pueblos indígenas y tribales en niveles muy diferentes de contacto. Éste oscila entre los recientemente contactados indígenas jarawa de las Islas Andamán de la India, cuyo aislamiento convierte incluso el contacto esporádico con foráneos en potencialmente mortal, y los aborígenes australianos que han tenido contacto con foráneos desde que sus tierras fueran invadidas por primera vez hace más de 200 años. Las amenazas que sufren y las necesidades de estos pueblos varían muchísimo. Sin embargo, la importancia de la tierra, y la necesidad de tomar sus propias decisiones sobre su propia forma de vida y futuro, son fundamentales para todos los pueblos indígenas.

¿POR QUÉ PIERDEN SUS TIERRAS LOS INDÍGENAS?

En muchos países los pueblos indígenas se han convertido en una minoría con poca influencia sobre las políticas que afectan a sus vidas. Sus tierras pueden destinarse “por interés nacional” a presas, minas, proyectos de conservacionismo, y otros planes que prometen “desarrollo” pero dejan marginados a los verdaderos dueños de la tierra. Carentes de una voz potente en los procesos políticos y sin ver reconocidos sus derechos inalienables de propiedad de sus tierras, puede ser difícil -si no imposible- para las comunidades indígenas influir en dichos proyectos y proteger su independencia.

En otros casos, los pueblos indígenas son desplazados de sus tierras, a menudo a la fuerza, para integrarles en la sociedad nacional y traerles “desarrollo”. Esto ocurre a menudo cuando hay recursos valiosos en (o bajo) la tierra. Dichas políticas nacen a menudo de la consideración racista de que las comunidades indígenas están “atrasadas” y necesitan

“ponerse al día con el mundo moderno”.

Cambiar estos estereotipos y actitudes racistas es esencial para la salud y supervivencia a largo plazo de los pueblos indígenas. Sean cuales sean los factores que hacen que los pueblos indígenas sean arrancados de sus tierras ancestrales, el impacto físico es a menudo parecido: a corto plazo shock y exposición a enfermedades, a largo plazo enfermedades mentales y físicas crónicas.

¿ES VERDAD QUE ANTES ESTABAN TAN SANOS?

Comprensiblemente, hay una carencia de datos sobre los grupos indígenas aislados, pero se pueden ver patrones claros por todo el mundo: pueblos independientes y nómadas que viven sobre todo cazando y recolectando están, por lo general, más sanos que sus vecinos sedentarizados que viven en entornos urbanos, superpoblados, tienen una dieta “occidental” y hacen menos ejercicio.⁸ Ningún grupo indígena está libre de enfermedades, pero los indígenas aislados están por lo general bien adaptados a los parásitos y gérmenes a los que se han visto expuestos históricamente.⁹ “Los cazadores-recolectores del pasado tenían un modo de vida sano, una dieta equilibrada y ejercicio físico, práctica ausencia de sal, alcohol o tabaco, sin contaminación, menos cánceres y una expectativa de vida y mortalidad infantil no tan diferente de lo que se observaba en Europa hace algunos siglos.” (Froment, 2001: p. 259).

Los índices de supervivencia infantil y expectativas de vida varían enormemente, pero a menudo son más bajos para los grupos indígenas que para las poblaciones ricas occidentales. Sin embargo, suelen ser más altas para las comunidades indígenas que para sus vecinos pobres no indígenas. Es importante hacer comparaciones realistas: cuando se asientan, los pueblos indígenas no registran, de repente, estadísticas sanitarias comparables a la media occidental. “Aunque la expectativa de

vida de los cazadores-recolectores son bajas para estándares europeos o norteamericanos modernos, son favorables comparadas con la expectativa de los cazadores-recolectores desplazados, la población de la agricultura de subsistencia, y la población empobrecida y urbana de los trópicos de hoy.” (Dunn, 1977: p. 102).

Es común que la expectativa de vida descienda, en lugar de aumentar, cuando los cazadores-recolectores son asentados. Sus expectativas de vida se consideran ahora más bajas de lo que debían ser al final del siglo XX debido al impacto negativo de los foráneos, a través del robo de tierras, la usurpación de fuentes de alimento y la propagación de enfermedades.¹⁰

El mayor factor que contribuye a las bajas expectativas de vida suele ser un índice alto de mortalidad infantil. Esto quiere decir que los que sobreviven a la infancia pueden esperar vivir más tiempo de lo que pueda parecer evidente a partir de una estadística de expectativa de vida al nacer.

Fijándonos específicamente en la mortalidad infantil, los índices varían enormemente entre los diferentes pueblos indígenas. Donde la densidad poblacional es baja, el contacto con las sociedades externas es mínimo y la comida es abundante, los índices de mortalidad infantil son relativamente bajos. Donde ha habido una exposición alta a enfermedades externas, se necesitan programas de vacunación como protección contra epidemias. Entre muchos pueblos indígenas, la mortalidad infantil aumenta cuando están asentados, especialmente cuando pueblos muy nómadas son trasladados a campos atestados e insalubres o a zonas de chabolas, como suele ocurrir. Por ejemplo, los onge de la isla Pequeña Andamán, que fueron sedentarizados por el Gobierno de la India en 1976, registraron un aumento que duplicó la mortalidad infantil en los siete años que transcurrieron entre 1978 y 1985.

Esto se debió, sobre todo, a la desnutrición generada por el cambio de una dieta variada de carne, pescado, frutas y miel a una dieta de raciones gubernamentales, y debido también a la exposición a enfermedades diarreicas.¹¹

Los exploradores coloniales que visitaban a los pueblos aislados informaban regularmente de lo fuerte y sana que estaba la gente, registrando “hermosos dientes”, “una piel excelente” y “físicos musculosos”. Pero el contacto con foráneos ha conllevado exposición a nuevas enfermedades y cambios corrosivos a las formas de vida y prácticas que habían mantenido la salud de la comunidad. Las descripciones históricas realizadas por algunos de los primeros colonos europeos en Australia registran que los aborígenes que se encontraban estaban físicamente sanos, “alegres”, “activos y ágiles”, con “hileras completas de dientes regulares y sanos”.¹³ **La población aborígen en aquel momento sumaba unos 750.000,**

aunque para 1930 había sido rápidamente diezmada a poco más de 70.000.¹⁴

Es importante señalar que la mayoría de los pueblos indígenas de hoy viven en entornos muy marginales, desde el círculo ártico al desierto del Kalahari, algunos habiéndose visto empujados a estos extremos por poblaciones más numerosas y poderosas. La disponibilidad de recursos ha disminuido incluso para los pueblos más aislados debido a la pérdida de tierra y libertades. Incluso los pueblos más aislados se han visto expuestos, a menudo, a enfermedades y a contacto violento en el pasado. La salud de muchos de los pueblos cazadores-recolectores de hoy debe ser analizada teniendo esto en cuenta.

Los inuit tuvieron, desde luego, algunos problemas de salud antes del contacto regular y la sedentarización, incluyendo algunos cánceres poco frecuentes, pero los primeros exploradores comentaron el vigor y salud de

los pueblos inuit.¹⁵ Tenían cierta resistencia a enfermedades tales como la artritis y la diabetes debido a su dieta, niveles de ejercicio y adaptaciones genéticas. De forma similar, había ciertas enfermedades comunes entre los yanomami amazónicos antes de que las oleadas de mineros invadieran su tierra. Había tétanos en la tierra e infecciones víricas como el herpes y la fiebre amarilla, pero dichas enfermedades aparecían en bajos niveles y raramente eran mortales.¹⁶ El sarampión, la malaria, la tos ferina, la gripe, polio, tuberculosis, rubéola y la varicela estaban entre las enfermedades ante las que carecían de inmunidad y a las que se vieron expuestos con la invasión de los buscadores de oro.

En la década de 1930 la colonización había reducido la población aborígen en un 90%.

VALLE DEL XINGÚ, BRASIL

EN LAS DÉCADAS DE LOS 60 Y 70, DOCTORES BRASILEÑOS DIRIGIDOS POR EL DR. ROBERTO BARUZZI REALIZARON ESTUDIOS DETALLADOS DE LA SALUD DE LOS INDÍGENAS EN EL PARQUE NACIONAL DEL XINGÚ (PNX) EN EL ESTADO BRASILEÑO DE MATO GROSSO. ALGUNOS DE LOS PUEBLOS HABÍAN VIVIDO SIEMPRE ALLÍ, OTROS FUERON TRASLADADOS A LA ZONA EN LOS AÑOS SESENTA Y SETENTA TRAS DESASTROSAS EXPERIENCIAS DE CONTACTO EN OTROS LUGARES. LOS GRUPOS TENÍAN CONTACTO INTERMITENTE CON NO INDÍGENAS, SOBRE TODO CON PERSONAL GUBERNAMENTAL, Y CONSERVABAN SU FORMA DE VIDA TRADICIONAL.

EL EQUIPO DE BARUZZI ENCONTRÓ A LOS INDÍGENAS EN BUEN ESTADO DE SALUD. HABÍA POCOS CASOS DE ENFERMEDADES “OCCIDENTALES”: NI DIABETES, NI ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES, NI HERNIAS, NI ÚLCERAS O APENDICITIS. ESTO SE DEBÍA A UNA COMBINACIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA CONSTANTE, UNA DIETA TRADICIONAL Y NIVELES BAJOS DE ESTRÉS. LOS HOMBRES Y LAS MUJERES TENÍAN Poca GRASA CORPORAL Y UNA “CONDICIÓN ATLÉTICA”, LOS NIÑOS ESTABAN “BIEN ALIMENTADOS”. LAS INFECCIONES INTESTINALES - UNA DE LAS CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE ENTRE NIÑOS POBRES EN LOS PAÍSESEN “DESARROLLO”- NO ERAN “UNA CAUSA IMPORTANTE DE MORTALIDAD INFANTIL DEBIDO A LA LACTANCIA MATERNA PROLONGADA Y EL BUEN ESTADO NUTRICIONAL DE LA POBLACIÓN INFANTIL”.

LOS PUEBLOS DEL VALLE DEL XINGÚ SUPERIOR HABÍAN SUFRIDO UNA TERRIBLE EPIDEMIA DE SARAMPIÓN EN 1954, QUE AFECTÓ A LA POBLACIÓN ENTERA (ESTIMADA ENTONCES EN 600 PERSONAS) Y MATÓ AL 20% DE ELLA. DESDE ENTONCES, LAS VACUNACIONES Y UNA PROVISIÓN LOCAL SENSATA DE ASISTENCIA SANITARIA - QUE TRABAJA CON, EN LUGAR DE CONTRA, LAS TRADICIONES LOCALES Y LOS CHAMANES - HAN AYUDADO A IMPEDIR QUE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS DEL EXTERIOR SIGAN PROVOCANDO UN SUFRIMIENTO MASIVO.¹⁷

“Lo que en realidad estamos haciendo es un crimen. Cuando entro en contacto con los indígenas, sé que estoy forzando a una comunidad a dar el primer paso por una senda que les llevará al hambre, a la enfermedad, a la desintegración, a menudo a la esclavitud, a la pérdida de sus tradiciones y, al final, a una muerte demasiado temprana en la más absoluta miseria.”

Antonio Cotrim, FUNAI (Dpto. de Asuntos Indígenas de Brasil), 1972



¿QUÉ SUCEDE CUANDO UN PUEBLO INDÍGENA AISLADO ES CONTACTADO POR PRIMERA VEZ?

El contacto repentino con una sociedad diferente es devastador para los pueblos indígenas remotos, y a menudo conlleva shock, enfermedades y violencia, que pueden ser mortales.¹⁸ La invasión europea de América exterminó al 90% de la población indígena.

Esta devastación se debió, en parte, a la violencia y a la esclavitud, pero principalmente a una combinación letal de epidemias y estado de shock, que provocaron un descenso de la fertilidad y una pérdida de las ganas de vivir, lo que a menudo derivó en suicidios, incluso de niños.¹⁹ La población de lo que ahora es México, por ejemplo, descendió de los 20 millones de 1518 a 1,6 millones de habitantes en 1618.²⁰

Entre 1967 y 1975 una comunidad yanomami en Roraima, Brasil, fue aniquilada por el sarampión. Otros poblados del área sufrieron un dramático descenso de la población de hasta el 70% debido a enfermedades contagiadas por constructores de carreteras.²¹ El miedo a las fuerzas sobrenaturales que podían causar tal sufrimiento paralizó a la gente. La vida en los poblados se derrumbó y el sufrimiento se vio

incrementado por la falta de gente capaz de traer agua, cazar, ocuparse de los enfermos y preparar comida.²² Tal shock puede tener consecuencias físicas directas, tales como que las mujeres embarazadas pierdan a sus bebés.²³

En Sudamérica, el sureste asiático y Melanesia, hay pueblos que han elegido específicamente permanecer aislados de la gente de fuera, en un esfuerzo por preservar tanto su salud como sus formas de vida del impacto del contacto. Estos pueblos son increíblemente vulnerables a la exterminación total por parte de invasores.

La federación indígena peruana, FENAMAD, ha prevenido acerca de que, para los indígenas aislados que viven por encima de los ríos Timpia, Serjali y Paquiria, “el contacto de foráneos con estos pueblos podría suponer una seria amenaza a sus derechos fundamentales de salud, cultura, identidad, bienestar y posesión de tierras... y podría provocar su extinción como individuos y como pueblos indígenas”.²⁴ Es importante señalar que el primer contacto tiene un impacto menos devastador cuando los indígenas conservan el control de su tierra.

“Los indígenas experimentaron una alta mortalidad por enfermedades infecciosas importadas principalmente cuando su tierra les fue arrebatada y su base económica, fuentes de alimentos y redes sociales se vieron alterados.

Cuando la tierra no fue tomada en grandes cantidades por los colonos europeos la tasa de mortalidad fue relativamente baja” (Foliaki y Pearce 2003: p. 406).

Los enawene nawa de Mato Grosso, Brasil, que han podido conservar la mayoría de su tierra, experimentaron el contacto de forma relativamente positiva y han sobrevivido bien como un pueblo sano y distintivo.

La invasión europea de América exterminó al 90% de la población indígena.

MISIONES DE CONTACTO EN BRASIL: EL TRAUMA DE LAS EPIDEMIAS

EN LOS AÑOS 70, LA AGENCIA GUBERNAMENTAL BRASILEÑA PARA ASUNTOS INDÍGENAS, LA FUNAI, CONTACTÓ A MUCHOS GRUPOS TRIBALES, A MENUDO SIN NINGUNA CONSIDERACIÓN O ASISTENCIA MÉDICA APROPIADA. ENTREGARON OBSEQUIOS A LOS INDÍGENAS PARA ATRAERLES AL “CONTACTO AMISTOSO”. EL IMPACTO PSICOLÓGICO DE LAS EPIDEMIAS RESULTANTES FUE DEVASTADOR:

* LOS SURUI SUMABAN AL MENOS 363 EN 1971. TRAS TRES AÑOS DE UN PROGRAMA DE CONTACTO CONJUNTO ORGANIZADO COORDINADAMENTE POR LA FUNAI Y MISIONEROS, 193 HABÍAN MUERTO. UNA DÉCADA DESPUÉS, ESTA ÉPOCA DE DEVASTACIÓN SEGUÍA RESULTANDO MUY DOLOROSA PARA LOS SURUI: **“CADA PERSONA ESTÁ DESOLADA MIENTRAS CUENTA SUS FAMILIARES MUERTOS: MUCHOS HERMANOS Y HERMANAS, PADRE, MADRE, HIJOS, ESPOSOS”** (BETTY MINDLIN).²⁵

* CON LOS INDÍGENAS PARAKANÃ, LOS CONTACTOS INICIALES FUERON MUY AMISTOSOS, CON ABUNDANTES CANTOS Y BAILES CON LOS EQUIPOS DE “ATRACCIÓN” DE LA FUNAI, PERO PRONTO LLEGARON OLEADAS DE ENFERMEDADES CONTAGIADAS POR PERSONAL DE LA FUNAI. EN UNA EPIDEMIA, MÁS DE UN TERCIO DE LA POBLACIÓN MURIÓ. SE DESCUBRIÓ QUE 35 MUJERES HABÍAN SIDO INFECTADAS CON GONORREA, Y ALGUNOS DE SUS BEBÉS NACIERON CIEGOS. ESTO LLEVÓ A QUE VARIOS TRABAJADORES DE LA FUNAI PERDIERAN SU EMPLEO. EN 1979, EL 95% DE LA POBLACIÓN SUFRIÓ UNA VIOLENTA EPIDEMIA DE GRIPE. LA RESPUESTA DE LA FUNAI A LAS MUERTES FUE TRASLADAR UNA Y OTRA VEZ A LA COMUNIDAD, ASENTÁNDOLES FINALMENTE EN CASAS AJENAS EN UNA RESERVA, DONDE LOS RITUALES TRADICIONALES DE ENTERRAMIENTO ESTABAN PROHIBIDOS. EL DAÑO PSICOLÓGICO Y CULTURAL FUE CATASTRÓFICO.²⁶

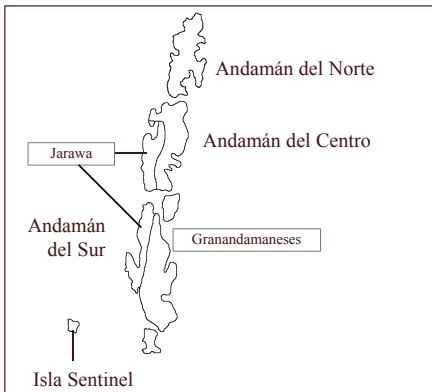
* EL CONTACTO CON LOS MATÍS POR LA FUNAI NO FUE MENOS DEVASTADOR: **“LOS ÚLTIMOS MESES DE 1981 FUERON ESPECIALMENTE TRÁGICOS, COSTANDO LA VIDA A 50 MATÍS. LOS TRAUMATIZADOS SUPERVIVIENTES ABANDONARON SUS HÁBITATS QUE ESTABAN DISPERSOS POR LA SELVA, Y SE CONGREGARON ALREDEDOR DEL PUESTO DE LA FUNAI A ORILLAS DEL RÍO ITUI PARA OBTENER MEDICINAS... [SUFRIERON] UN FUERTE IMPACTO DEMOGRÁFICO Y PSICOLÓGICO POR ESTE CONTACTO ABSURDO, BANAL E INNECESARIAMENTE ASESINO”** (PHILIPPE ERIKSON).²⁷

* LA EXPERIENCIA DE LOS NAMBIQUARA FUE, TRISTEMENTE, TÍPICA: **“MI PADRE CONTABA QUE ANTES DE QUE LOS BLANCOS [LLEGARAN] NO TENÍAMOS CASI ENFERMEDADES. EN 1984 MI PADRE MURIÓ DE UNA INFECCIÓN PULMONAR. EN EL MOMENTO DE [LA CONSTRUCCIÓN DE LA CARRETERA] TODOS CONTRAJERON GRIPE Y SARAMPIÓN Y TODOS MURIERON”** (CHAMAN NAMBIQUARA).²⁸



En los años 80, el Banco Mundial financió una carretera que atravesaba el territorio nambiquara, abriendo paso a la ganadería, la minería, la explotación maderera y a las enfermedades. El impacto sobre el pueblo fue devastador.

ENFERMEDAD Y DEVASTACIÓN EN LAS ISLAS ANDAMÁN



Los onge viven en la Pequeña Andamán, unos 50 km al sur de este área.

Las Islas Andamán y Nicobar están a cierta distancia de la costa este de la India, y han sido el hogar de varios pueblos indígenas distintos durante decenas de miles de años. La administración del archipiélago, primero por parte del Reino Unido y después por la India, ha acarreado el desastre para aquellos pueblos con los que han tenido mayor contacto.

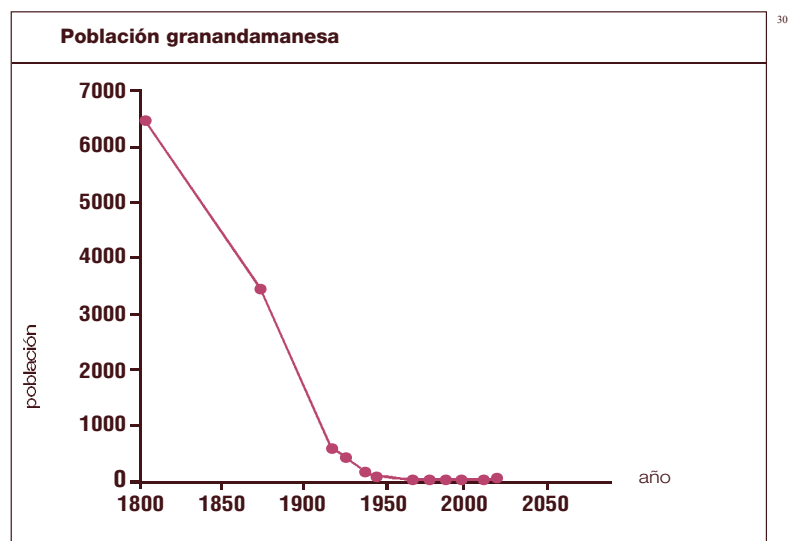
Los sentineleses son cazadores-recolectores autosuficientes cuya situación aislada y comportamiento agresivo hacia la gente de fuera les han salvado de la devastación sufrida por sus vecinos, los granandamaneses, cuya población suma ahora solamente 53 personas.

Cuando los británicos colonizaron las Islas Andamán, los granandamaneses eran un pueblo sano, pero sin inmunidad ante enfermedades como el sarampión y la gripe. Desde entonces, el 99% de este pueblo ha sido exterminado por batallas con los británicos, contagio de enfermedades y la desastrosa y cruel política de llevarse a los niños de sus familias para educarlos en un hogar infantil. **De los 150 niños nacidos en el hogar, ninguno superó los dos años de edad.** En 1970, los granandamaneses supervivientes fueron trasladados por las autoridades de la India a la diminuta Isla del Estrecho, donde hoy dependen totalmente del Gobierno para comida, alojamiento y ropa, con elevados índices de alcoholismo y tuberculosis.

Los Onge de la isla Pequeña Andamán también han sufrido mucho. Antes de ser “reasentados” por el Gobierno, los onge cazaban, pescaban y recolectaban en su isla, y su dieta era rica en carne de jabalí, frutas y miel. A partir de los años 1950, sus tierras fueron invadidas por colonos y el Gobierno tala sus selvas. Desde que fueron reasentados en 1976, los onge se han vuelto dependientes de las raciones gubernamentales, pobres en nutrientes, con el consiguiente impacto sobre la salud de los niños. Entre 1978 y 1985, la mortalidad infantil se duplicó, con la diarrea, la disentería y la desnutrición como causas fundamentales de las muertes. La población de los onge cayó de 670 en 1900, a 169 en 1961, y a 76 en 1991.

“Este ‘reasentamiento’ ha desatado la muerte biológica, social y cultural de los onge.”²⁹

Los vecinos de los onge, los jarawa, han mantenido su independencia y, por tanto, sufrido menos a causa de enfermedades y desarraigo de sus tierras. Mayoritariamente son aún nómadas y autosuficientes, pero cada vez están más expuestos al riesgo de los cazadores furtivos y los colonos que continúan usando una carretera que atraviesa su territorio. El Tribunal Supremo de la India ordenó que la carretera fuera cerrada, pero a pesar de las garantías gubernamentales, la carretera permanece abierta y no se impide a los cazadores furtivos que accedan al área.



30



“EL SARAMPIÓN SE PROPAGÓ GRADUALMENTE POR TODA GRAN ANDAMÁN... LA MITAD, POR NO DECIR DOS TERCIOS, DEL TOTAL DE LOS ANDAMANESSES... MURIERON A CAUSA DE SUS EFECTOS... ESTA EPIDEMIA FUE EL MAYOR DESASTRE QUE HAN SUFRIDO LOS ANDAMANESSES Y, COMO CONSECUENCIA, NUESTRO TRATO HACIA ELLOS EXPERIMENTÓ UN CAMBIO; SE ABANDONARON TODOS LOS INTENTOS DE FORZARLES A SEDENTARIZARSE Y A ADOPTAR UNA VIDA AGRÍCOLA...”

M.V. Portman, funcionario responsable de los andamaneses, 1899

¿QUÉ SUCEDE CUANDO SU TIERRA SE LES ARREBATA PARA PROYECTOS DE DESARROLLO?

Por todo el mundo las tierras les son arrebatadas a los indígenas para dedicarlas a proyectos económicos de desarrollo tales como la minería, la tala y las plantaciones. Tales proyectos son, a menudo, impuestos sobre los legítimos dueños indígenas, ignorando sus derechos a su tierra. Estas actividades pueden causar una degradación medioambiental enorme que conduce directamente a la pérdida de territorio indígena, zonas de caza, huertas y agua potable. Por ejemplo, los kamoro de Papúa Occidental han visto verter un billón de toneladas de residuos a su sistema fluvial por parte de la mina de cobre y oro Grassberg, de propiedad norteamericana y británica.

Aunque la empresa asegura que la calidad del agua cumple los estándares internacionales, incluso según sus propios datos de monitorización supera los niveles legales de cobre disuelto. El total de los sólidos en suspensión del río Ajkwa Bajo es 100 veces mayor que el límite legal. Los residuos ahogan la vegetación, provocando la muerte de los árboles y de las palmeras sago, la comida principal de los kamoro. Los kamoro solían utilizar el río para beber su agua, pescar, navegar y lavar, y usaban la selva, que también está siendo contaminada por los residuos, para cazar.³¹



LA TALA Y LOS PENAN DE MALASIA

LOS PENAN DE LA PROVINCIA DE SARAWAK, MALASIA, TAMBIÉN HAN SUFRIDO LA DEGRADACIÓN MEDIOAMBIENTAL DE SU TIERRA DEBIDO A LA TALA A GRAN ESCALA DE LA PLUVIELVA QUE ES SU HOGAR. EL RÍO HA SIDO CONTAMINADO CON PRODUCTOS QUÍMICOS EMPLEADOS POR LOS MADEREROS, ACEITE, BASURA Y LIMO. NGOT LAING, DE 53 AÑOS, LÍDER DE LA COMUNIDAD DE LONG LILIM, HABLA DE LOS PROBLEMAS QUE LA TALA HA TRAÍDO A SU PUEBLO. **"ESTÁBAMOS EN LONG LILIM MUCHO ANTES DE QUE LAS EMPRESAS LLEGARAN... EN EL PASADO NUESTRAS VIDAS ERAN TRANQUILAS, ERA TAN FÁCIL OBTENER COMIDA. PODÍAS INCLUSO ATRAPAR PECES EMPLEANDO SÓLO LAS MANOS; SÓLO NECESITÁBAMOS MIRAR BAJO LAS PIEDRAS Y ROCAS O EN ALGUNOS ESCONDITES EN EL RÍO. LA GENTE ESTÁ ENFERMA A MENUDO. ESTÁN HAMBRIENTOS. SIENTEN TODO TIPO DE DOLOR DE TRIPA. SUFREN DOLOR DE CABEZA. LOS NIÑOS LLORAN DE HAMBRE. VARIAS PERSONAS, INCLUYENDO A NIÑOS, TIENEN ENFERMEDADES DE LA PIEL, CAUSADAS POR EL RÍO CONTAMINADO. EL ALTO PATAH SOLÍA ESTAR TAN LIMPIO."**

Y UNA MADRE, PAYA DING, DE 29 AÑOS, DEL POBLADO DE LONG SAYAN, HABLA DE LAS DIFICULTADES PARA CUIDAR A SUS HIJOS DESDE QUE LAS EMPRESAS LLEGARON: **"LA LECHE DE MIS PECHOS SE SECA A VECES PORQUE NO TENGO SUFICIENTE COMIDA. ASÍ QUE INTENTO BUSCAR UBUT [PALMITO] Y HERVIRLO CON AGUA PARA ALIMENTAR AL BEBÉ. PERO INCLUSO EL UBUT ES DIFÍCIL DE ENCONTRAR. TODOS HAN SIDO DESTRUIDOS POR LAS COMPAÑÍAS. MIRA A MI BEBÉ. SU CUERO CABELLUDO TIENE ESTA INFECCIÓN. TIENE ESCAMAS Y LE CRECEN PEQUEÑOS 'BIJI' [ECCEMAS]. DESDE HACE DOS SEMANAS. ES DOLOROSO Y LE PICA. SEGURAMENTE LO COGIÓ DEL AGUA CONTAMINADA. Y MIRA EL CABELLO DE MI HIJA. SU CUERO TAMBIÉN TIENE ESTA INFECCIÓN Y EL PELO SE LE CAYÓ DE UN DÍA PARA OTRO. TAMBIÉN LE PICA. CREO QUE MI HIJA SE CONTAGIÓ EN EL RÍO PALOH, DONDE CULTIVAMOS. ESTABA JUGANDO EN EL AGUA Y POCO DESPUÉS APARECIÓ ESTA INFECCIÓN DE PIEL. DOY A MI BEBÉ LECHE CONDENSADA; EL AMIGO DE MI MARIDO DE LA LONGHOUSE KAYAN NOS LA DIO. ES LA COMIDA QUE LES SOBRA. HAN EMPLEADO UN POCO DE LECHE PERO AÚN QUEDA EN LA LATA, ASÍ QUE NOS LA DIO. LA LECHE EN POLVO NUNCA PODEMOS PERMITIRNOSLA. HEMOS PASADO DOS DÍAS SIN COMIDA. CUANDO SE TERMINA EL ARROZ, EL TUBÉRCULO DE LA MANDIOCA ES [DEMASIADO] JOVEN Y NO PUDIMOS ENCONTRAR NINGÚN SAGO EN LA SELVA."**³²

¿QUÉ OCURRE CUANDO LOS PUEBLOS INDÍGENAS SON TRASLADADOS?

Cuando un pueblo indígena independiente y nómada inicia de repente una existencia sedentaria, rodeado de comida y culturas no indígenas y, sobre todo, cuando son trasladados a tierras ajenas, la salud de los individuos y de las comunidades sufre de forma catastrófica. Este cambio muy rara vez aporta a los indígenas calidad de vida, si alguna vez lo hace, y en cambio les conduce a los arrabales de la sociedad no indígena: a barriadas y campamentos de chabolas al borde de carreteras, al casi-desempleo, la indigencia y la dependencia. Al pasar a vivir en comunidades mezcladas de una densidad poblacional mucho mayor, a menudo con animales domésticos y por lo general en condiciones de poca higiene, llegan enfermedades tales como la tuberculosis, los parásitos intestinales y el cólera.³³

La sedentarización causa un empeoramiento de la salud de varias formas directas: problemas de higiene; contacto con enfermedades de animales domésticos; problemas de piel por la ropa; enfermedades "del hacinamiento" y epidemias tales como sarampión, cólera y gripe; calidad inferior de la dieta; acceso al alcohol y otras

drogas; y un empeoramiento de los vínculos sociales y la capacidad de compartir.³⁴ El alejamiento de la cultura y forma de vida indígena puede llevar a enfermedades crónicas, incluyendo cánceres, diabetes y cardiopatías, y a problemas sociales tales como la drogadicción, la depresión y la violencia. Separados de sus tradiciones y de sus mecanismos de defensa culturales, los individuos - sobre todo los jóvenes - pueden verse empujados aún más lejos de sus culturas y hacia la dependencia de la sociedad no indígena y el Estado. El poder de la medicina occidental para conquistar nuevas enfermedades puede disuadir al pueblo de sus curas y curanderos tradicionales, minando su confianza tanto en sus líderes como en sus sistemas de creencia, lo que genera a una degradación social aún mayor. Pero la asistencia sanitaria disponible para las comunidades indígenas tiende a ser de baja calidad y escasa: un flaco favor, sobre todo teniendo en cuenta el aumento del riesgo de exposición a enfermedades nuevas. Este informe explora problemas tales como estos que el "progreso" obligado acarrea a las comunidades indígenas.

"Casi todos los observadores de todo el mundo están de acuerdo en que el peso de las enfermedades infecciosas sobre las poblaciones cazadoras y recolectoras ha aumentado desde el contacto con asentamientos y que aumenta sustancialmente con el reasentamiento."

Cohen 1989: p. 99

"El reasentamiento ha contribuido de forma fundamental al empeoramiento de la salud [aborigen], ha reducido las oportunidades económicas, incrementado la dependencia del Gobierno y la desintegración cultural."

Real Comisión Sobre los Pueblos Aborígenes, Canadá, 1996

Un improvisado campamento guaraní, Brasil



Capítulo 2: Impactos a largo plazo del asentamiento sobre la salud



PROBLEMAS A CORTO Y LARGO PLAZO

Las enfermedades por el primer contacto han causado la muerte de millones de indígenas; desde que Colón llegó a América, se estima que un 90% de la población indígena ha perecido.² Una vez que los impactos iniciales del contacto han afectado a una población, a menudo les siguen problemas a largo plazo. Los cambios de dieta, alojamiento, forma de vida, cultura y el cambio de la vida nómada a la sedentaria conducen a profundos cambios en la salud y el bienestar. Al mismo tiempo, los pueblos indígenas asentados desde Australia hasta el Ártico están expuestos a las llamadas "enfermedades de la abundancia", tales como la obesidad, la hipertensión y la diabetes, y también a las "enfermedades de la pobreza" causadas por vivir en condiciones de hacinamiento con escasa higiene.

Como muchos campesinos pobres, muchos indígenas tienen que enfrentarse a vivir en condiciones de chabolismo, realizando duro trabajo físico y teniendo que subsistir a base

de los alimentos que pueden recoger en las barriadas urbanas.³ Los beneficios de la medicina occidental y del "desarrollo" son inasequibles o bien no están disponibles.

EXPECTATIVAS DE VIDA PARA LOS PUEBLOS ABORÍGENES EN PAÍSES RICOS

En Canadá, EEUU, Australia y Nueva Zelanda, las comunidades indígenas que han estado expuestas desde hace tiempo a la sociedad "occidental" tienen una salud marcadamente peor que la de sus vecinos no indígenas. Tienen expectativas de vida considerablemente más cortas e índices más elevados de enfermedades específicas que incluyen la diabetes y la tuberculosis. La inmensa mayoría de los pueblos indígenas de estas naciones ricas sufren pobreza extrema, lo que causa graves problemas de salud.⁴ Sólo una pequeña minoría continúa su dieta y estilo de vida tradicional.

"Aquí fuera, vivimos de lo que nos da la vegetación que nos rodea [lo que los aborígenes llaman "bush tucker"]. Los ancianos y los niños aún cazan. No tenemos "white tucker"... [comida occidental]. En las comunidades grandes los jóvenes se emborrachan todo el tiempo. Aquí no les dejamos. Permanecemos en la tierra de nuestros abuelos, siempre."

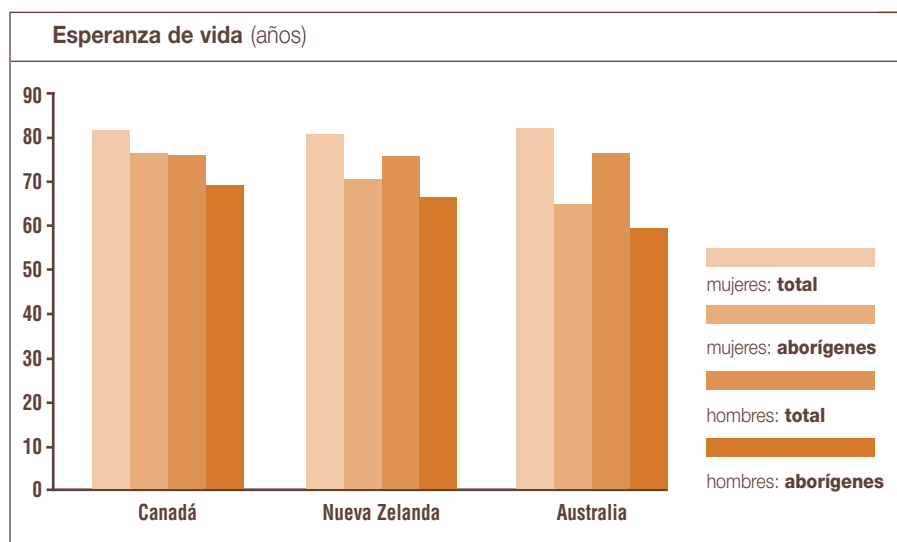
Lennie Jones y Albert Bailey, ancianos (Senior Elders), Utopía, Australia, 2006⁵

"Para la mayoría de las minorías indígenas, la transición a la modernización es sinónimo de empobrecimiento, racismo, violencia, alcoholismo, drogadicción, suicidio y desintegración social."

Froment 2001: p. 258

"Existe un gran consenso entre los antropólogos que trabajan entre cazadores-recolectores recientemente asentados de que el cambio de una forma de vida nómada a una sedentaria generalmente compromete la salud y el bienestar."

Dounias et al 2004: p. 16



CANADÁ Y EE.UU.

En Canadá, los hombres y mujeres de las Primeras Naciones tienen una expectativa de vida de 7,4 y 5,2 años menos respectivamente que las estadísticas generales de Canadá.⁶

De media, los nativos americanos tienen una expectativa de vida casi seis años menor que otros ciudadanos de los Estados Unidos.

Tienen 770 % más probabilidades de morir por alcoholismo, 650 % de morir de tuberculosis, 420 % de morir de diabetes, 280 % de morir de accidentes (a menudo a causa del alcohol), y 52 % más probabilidades de morir de neumonía o gripe que el resto de EEUU (Comisión Estadounidense sobre Derechos Civiles 2004: p. 8).

NUEVA ZELANDA Y AUSTRALIA

En Nueva Zelanda, los hombres maoríes viven una media de 9 años y las mujeres maoríes una media de 10 años menos que sus vecinos no

maoríes, y la diferencia está aumentando.

Los maoríes reciben menor asistencia médica, de peor calidad y, aunque el índice de muertes por cáncer ha descendido para otros neozelandeses, se ha incrementado entre la población maorí.⁷

De manera similar, por toda Australia, los aborígenes tienen una expectativa de vida entre 15 y 20 años menor que los australianos no indígenas. Ha habido ciertas mejoras sanitarias para los aborígenes en los últimos años, pero aún hay una distancia alarmante entre las estadísticas de salud de los aborígenes y las de los australianos de origen europeo.

Es importante señalar, sin embargo, que aunque la expectativa de vida de todos los aborígenes de Australia es baja, **los aborígenes que viven en sus tierras originarias viven de media 10 años más que los que viven en comunidades centralizadas o reasentadas.**⁸ En el área conocida como Utopía, al norte de Alice

Springs, por ejemplo, donde aún se practican comúnmente la caza y la recolección y aún se emplean remedios tradicionales - además de un servicio de médico ambulante - las personas tienen un 40% menos de probabilidades de morir prematuramente que otros aborígenes de los Territorios del Norte.

Es alarmante por tanto que el Gobierno australiano se muestre proclive a cerrar las comunidades pequeñas como ésta y trasladar a los habitantes a municipios más grandes.⁹

Los aborígenes tienen una expectativa de vida entre 15 y 20 años menor que los australianos no indígenas.

Comparados con otros australianos, los aborígenes tienen 22 veces más probabilidades de morir de diabetes.





"La salud de los australianos aborígenes e isleños del Estrecho de Torres es desastrosamente pobre... la causa fundamental es la pérdida de poder, debida a diversos factores que incluyen la usurpación continua de la tierra, la desintegración cultural, la pobreza, una educación deficiente y el desempleo."

Real Colegio de Médicos de Australasia, 1997

LA SALUD DE LOS ABORÍGENES DE AUSTRALIA

AUSTRALIA OCUPA EL TERCER LUGAR DEL MUNDO EN EL ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO, Y SIN EMBARGO LAS ESTADÍSTICAS DE SALUD DE LA POBLACIÓN ABORIGEN DEL PAÍS SON ATROCES. EN COMPARACIÓN CON OTROS AUSTRALIANOS, LOS ABORÍGENES TIENEN UNA PROBABILIDAD:

- **22 VECES MAYOR DE MORIR DE DIABETES**
- **8 VECES MAYOR DE MORIR DE ENFERMEDADES CORONARIAS**
- **8 VECES MAYOR DE MORIR DE ENFERMEDADES PULMONARES**
- **6 VECES MAYOR DE MORIR DE INFARTO**
- **6 VECES MAYOR DE MORIR EN LA INFANCIA**
- **MÁS DE DOS VECES MAYOR DE MORIR POR DAÑOS AUTOINFLIGIDOS¹⁰**

ADEMÁS, TIENEN UN ÍNDICE DE MORTALIDAD POR INFECCIONES RENALES 23 VECES SUPERIOR A LA MEDIA Y TIENEN 10 VECES MÁS PROBABILIDADES DE SUFRIR CEGUERA QUE LA POBLACIÓN GENERAL.¹¹

UNO DE LOS PRINCIPALES FACTORES QUE EXPLICAN ESTAS DIFERENCIAS ES LA POBREZA: LOS SUELDOS MEDIOS DE LA POBLACIÓN ABORIGEN SUPONEN SÓLO EL 62% DE LOS DE LA POBLACIÓN NO INDÍGENA.¹² LOS ABORÍGENES TIENEN CASAS POBRES, REDUCIDO ACCESO A LOS RECURSOS - INCLUYENDO LOS SANITARIOS - Y UNA COMBINACIÓN LETAL DE PÉRDIDA DE CONOCIMIENTOS TRADICIONALES CON FALTA DE EDUCACIÓN. TAL POBREZA CONDUCE A UN INCREMENTO EXPONENCIAL EN LOS PROBLEMAS DE SALUD.

SIN EMBARGO, DEBAJO DE ESTOS FACTORES SUBYACE UNA CUESTIÓN MUCHO MÁS COMPLEJA: LA PÉRDIDA DE IDENTIDAD COMÚN A MUCHOS PUEBLOS INDÍGENAS QUE VIVEN EN LOS PAÍSES RICOS. NO SÓLO SUFREN LA PÉRDIDA DE SU TIERRA, QUE ES CON MUCHO LA FACETA MÁS IMPORTANTE DE SU IDENTIDAD, SINO QUE ADEMÁS ESTÁN RODEADOS POR UNA SOCIEDAD QUE LES CONSIDERA RETRASADOS Y PERTENECIENTES AL PASADO. EN ESTAS CIRCUNSTANCIAS, LOS ABORÍGENES, ESPECIALMENTE LOS JÓVENES, SE ENCUENTRAN A MENUDO ATRAPADOS ENTRE DOS MUNDOS, Y MAL EQUIPADOS PARA VIVIR EN CUALQUIERA DE ELLOS.

¿CÓMO PUEDEN, PUES, RESOLVERSE ESTOS PROBLEMAS? ¿ACASO SE NECESITA SOLAMENTE INVERTIR MÁS DINERO EN ASISTENCIA SANITARIA ABORIGEN? LA PERCEPCIÓN CRECIENTE EN AUSTRALIA (Y MÁS ALLÁ) ES QUE ÉSA NO ES LA RESPUESTA Y QUE ES NECESARIO EXAMINAR CUATRO FACTORES ESENCIALES INTERRELACIONADOS: LA AUTODETERMINACIÓN, LA EDUCACIÓN, LA JUSTICIA SOCIAL Y EL CUIDADO DE LA SALUD. LA POBREZA, LA PÉRDIDA DE PODER Y LA PÉRDIDA DE TIERRAS ANCESTRALES FORMAN PARTE DEL CORAZÓN DEL PROBLEMA Y CADA UNA DEBE SER AFRONTADA DIRECTAMENTE ANTES DE QUE LOS PUEBLOS ABORÍGENES DE TODA AUSTRALIA PUEDAN DISFRUTAR DE BUENA SALUD Y ASISTENCIA SANITARIA ADECUADA.

LAS ENFERMEDADES DE LA "POBREZA" Y LA "ABUNDANCIA"

"En Perú, los más pobres de los pobres, la gente que no tiene ni siquiera documento de identidad, los más descuidados y abandonados, son los indígenas."

Wilfredo Ardito, 2006 ¹³

Los pueblos indígenas reasentados están entre los más pobres de los pobres y a menudo son el grupo más desaventajado de la sociedad a la que son trasladados. En Guatemala, por ejemplo, el 87% de los indígenas vive por debajo del umbral de la pobreza y más del 60% por debajo del umbral de la pobreza extrema.¹⁴ Tales niveles de pobreza significan poco cuando los pueblos indígenas tienen sus propias tierras e independencia; en tal caso son ricos en recursos sociales y naturales. Pero en los casos en que se han unido -voluntariamente o por circunstancias fuera de su control- a la economía mayoritaria, carentes de acceso a recursos o tierra, sufren de manera desproporcionada los numerosos problemas de salud asociados con la pobreza, incluyendo la tuberculosis, enfermedades diarreicas transmitidas por el agua, malaria y neumonía.

Además de altos índices de pobreza, las poblaciones indígenas de Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Australia registran elevados índices de enfermedades asociadas normalmente con la gente adinerada de los países ricos, las llamadas "enfermedades de la abundancia". Éstas incluyen la obesidad, las cardiopatías, ciertos cánceres, la hipertensión, el alcoholismo y la depresión. Imponiendo a las comunidades indígenas la sociedad occidental se les han transmitido los impactos más graves de esta forma de vida, sin necesariamente aportarles prosperidad alguna. Estas enfermedades no infecciosas emergen cuando las formas de vida cambian para incluir la ingesta excesiva de alimentos grasos y azucarados, la falta de ejercicio y la exposición al alcohol, el tabaco y el estrés.¹⁵ En resumen,

se derivan graves problemas de salud crónicos de un modo de vida que es exactamente lo contrario del modo de vida tribal.

La salud y las condiciones de vida

Como los no indígenas pobres de todo el mundo, las comunidades indígenas asentadas sufren precarios estándares de vida y condiciones de vivienda. Esto es incluso cierto para las comunidades indígenas de los países más ricos, tales como Canadá o Australia. Entre las comunidades aborígenes del Territorio del Norte australiano, por ejemplo, sólo el 13% de los hogares asentados encuestados tenía agua corriente, sanitarios, cocinas y lavabos en funcionamiento.¹⁶ Sólo el 7% de los niños aborígenes tienen una capacidad auditiva normal, debido a los índices desesperadamente altos de otitis, muchas de las cuales no son tratadas.¹⁷ Un problema específico son las otitis medias, que a menudo perforan el tímpano, lo cual puede dañar la audición gravemente. En algunas comunidades aborígenes, el 60% de los niños sufren este problema, y el 50% tiene problemas de audición tan graves como para necesitar un audífono.¹⁸ "Se trata de una enfermedad de la pobreza, lo vemos por todo el mundo en los países subdesarrollados, y creo que en Australia es un vergonzoso indicador de las condiciones actuales de vida de los niños aborígenes. Claramente, sin duda, está relacionado con el hacinamiento" (Dr Sophie Couzos, NACCHO).¹⁹ La infección era poco común antes de la colonización y está claramente vinculada con el cambio de forma y condiciones de vida que se impuso a los aborígenes desde entonces.²⁰

En el Ártico existen problemas parecidos:

"En lugar de vivir en los iglús de tepe y hielo, los esquimales viven hoy en chozas de contrachapado o bien en casas prefabricadas construidas por el Gobierno, calentadas por estufas de carbón, con lo que el aire no es humidificado correctamente y la población es mucho más susceptible a enfermedades respiratorias. Esto se añade al problema crónico de la otitis media y de la sordera entre los esquimales" (Moran, 1981).

Cáncer

Muchas comunidades cazadoras-recolectoras tienen índices bajos de numerosos tipos de cáncer. Por ejemplo, los índices típicos de cáncer de mama entre las mujeres cazadoras-recolectoras son cien veces menores que entre las mujeres norteamericanas.²¹ Algunos tipos de cáncer específicos eran especialmente frecuentes entre los grupos inuit (incluyendo tumores de las glándulas salivares). Los índices de estos últimos han descendido con la sedentarización, mientras los índices de cáncer cervical y pulmonar han aumentado.²²

Un factor que explica los crecientes índices de cáncer con la sedentarización es la exposición al tabaco. Por ejemplo, entre 1950 y 1980, el cáncer de pulmón aumentó un 550% entre los inuit de Alaska.²³ Por toda América, el consumo de tabaco aumentó dramáticamente durante el siglo XX. Entre los indígenas dene, por ejemplo, fumar tabaco era desconocido hasta la década de los treinta, pero ya en los ochenta, el 34% de los dene entre 10 y 14 años y el 63% de los dene entre 15 y 19 años fumaba.²⁴ Entre las comunidades indígenas asentadas, en su mayoría asimiladas, los índices de supervivencia ante el cáncer son por lo general mucho menores que entre los no indígenas.²⁵ Sólo el 46% de las mujeres nativas americanas en Arizona y Nuevo México sobreviven más de cinco años después de ser diagnosticadas con cáncer de mama, comparado con un 76% de mujeres blancas.²⁶ Estas comunidades están expuestas a los factores de la sociedad occidental que causan índices más altos de cáncer, pero no disponen del mismo acceso a la asistencia sanitaria necesaria para afrontar la enfermedad.

Sólo el 7% de los niños aborígenes tienen capacidad auditiva normal debido a los índices tremendamente elevados de otitis, muchas de las cuales no son tratadas.



PUNAN TUBU, BORNEO, INDONESIA

LOS PUNAN DE LA CUENCA DE TUBU EN BORNEO SE HAN DIVIDIDO EN DOS GRUPOS. LOS DE RÍO ARRIBA AÚN DEPENDEN MUCHO DE LOS ALIMENTOS SILVESTRES Y SON EN GRAN PARTE INDEPENDIENTES DEL GOBIERNO Y DE LA MAYORITARIA ECONOMÍA DE MERCADO. A LOS DE RÍO ABAJO EL GOBIERNO LES CONVENCÍO PARA ASENTARSE CERCA DE LA CIUDAD DE MALINAU Y YA NO SON NÓMADAS, SINO QUE DEPENDEN DEL CULTIVO DE ARROZ, EL TRABAJO COMO MANO DE OBRA Y LOS MERCADOS DE LA CIUDAD. AUNQUE ECONÓMICAMENTE A LOS PUNAN DE LAS AFUERAS DE LA CIUDAD LES VA CLARAMENTE MEJOR, SU BIENESTAR -TANTO MENTAL COMO FÍSICO- NO ES SUPERIOR A LOS DE LAS TIERRAS ALTAS.²⁷

EL ASENTAMIENTO PERMANENTE NO HA APORTADO GRANDES AVANCES EN SALUD A LOS PUNAN; POR EL CONTRARIO, AHORA ESTÁN EXPUESTOS A ENFERMEDADES DE LOS ANIMALES DOMÉSTICOS, INFECCIONES DE LA PIEL POR LA ROPA SUCIA Y A LOS PROBLEMAS SOCIALES Y DE SALUD ASOCIADOS AL HACINAMIENTO DE LA VIDA URBANA. SU GRAN MOVILIDAD Y BAJA DENSIDAD DE POBLACIÓN PROTEGÍAN A LOS PUNAN DE NIVELES PELIGROSOS DE PARÁSITOS Y DE LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS CAUSADAS POR LA ESCASEZ DE SANITARIOS. PERO EN LOS POBLADOS PERMANENTES, NIVELES MÁS ELEVADOS DE INFECCIÓN PARASITARIA HAN CAUSADO EN LOS NIÑOS ANEMIA Y ATROFIA. LAS ENFERMEDADES VÍRICAS Y BACTERIANAS POR LAS MALAS CONDICIONES DE SALUBRIDAD ABUNDAN TAMBIÉN ASÍ COMO LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS "DEL HACINAMIENTO", TALES COMO EL SARAMPIÓN Y LA VARICELA. LA MALARIA ES TAMBIÉN UN PROBLEMA SERIO EN LOS ASENTAMIENTOS PERMANENTES DEBIDO A LA PRESENCIA CONSTANTE DE SERES HUMANOS Y DE AGUA ESTANCADA.

EL CAMBIO A LA SEDENTARIZACIÓN TAMBIÉN HA AFECTADO A LA DIETA DE LOS PUNAN. ALGUNAS MUJERES URBANAS PUNAN SE HAN VUELTO OBESAS, Y LOS ÍNDICES DE "ENFERMEDADES DE LA ABUNDANCIA" ESTÁN CRECIENDO EN ESTE GRUPO. LOS PUNAN TUBU QUE TODAVÍA DEPENDEN DE LOS ALIMENTOS SILVESTRES TIENEN UNA DIETA MÁS SANA, CON MAYOR DIVERSIDAD, NIVELES DE FIBRA, MINERALES Y VITAMINAS, Y NIVELES MENORES DE COMIDA RÁPIDA Y DE GRASAS, SAL Y AZÚCARES.²⁸

Diabetes

Antes del contacto europeo, se cree que los aborígenes australianos no tenían experiencia de la diabetes tipo 2.³¹ El primer caso se registró en 1923 y ahora la enfermedad es responsable de la muerte del 8% de los aborígenes, comparado con el 2% de las muertes de australianos no indígenas.³² Entre algunas comunidades de Alaska, la mitad de la población adulta la tiene y los índices se están incrementando. La enfermedad está aumentando también entre los niños.³³

El Gobierno canadiense ha descrito una "epidemia creciente" de la diabetes tipo 2 entre las comunidades de las "Primeras Naciones" del país.³⁴ Los pacientes indígenas tienen mayor probabilidad de morir de la enfermedad. Las mujeres canadienses de las "Primeras Naciones" tienen cuatro veces más posibilidades de morir de diabetes que sus vecinas no indígenas.

Por todo Canadá, el predominio de diabetes entre las "Primeras Naciones" varía según la familia lingüística, el grupo cultural y el nivel de aislamiento.³⁵ Las comunidades más aisladas tienen niveles más bajos de la enfermedad. Los dos factores principales que han causado el aumento de la diabetes son niveles menores de ejercicio y cambios de dieta. Por ejemplo, "la forma de vida tradicional de los pueblos árticos exigía un gran esfuerzo físico, pero ahora hacen poco ejercicio y los niveles de obesidad son altos. La diabetes es un síntoma grave de esta situación."³⁶ Un importante tercer factor causante es el bajo peso al nacer. Los hijos

de madres aborígenes tienen el doble de probabilidad de tener un peso bajo al nacer que otros niños australianos. La dieta pobre de las madres, y el hecho de que fumen y beban alcohol, son algunos de los factores que provocan esto.³⁷

Uno de los ejemplos más duros del incremento de diabetes entre los pueblos indígenas es el de los indígenas pima o akimel o'odham de Arizona. Durante más de 2.000 años, habían desarrollado un complejo sistema de agricultura por irrigación, pero a finales del siglo XIX los colonos blancos desviaron el río que alimentaba su sistema de riego. Las consecuencias fueron una terrible pobreza y la inanición. Los cambios en su densidad de población, sociedad y medio ambiente les impidieron subsistir a base de recolectar alimentos silvestres, como habían hecho en anteriores hambrunas. Los esfuerzos por recuperar su suministro de agua fracasaron y endeudaron a los akimel o'odham. Muchos se vieron obligados a depender de las limosnas del Gobierno, que consistieron en azúcar, manteca y harina.³⁸ Otros subsistieron de lo que podían ganar trabajando para los terratenientes agrícolas que habían usurpado sus tierras y acuíferos. Este súbito cambio a una dieta insana, combinado con una vida más sedentaria, derivó en uno de los índices de diabetes más altos del mundo: aproximadamente un 50% de los indígenas akimel o'odham por encima de los 35 años tiene diabetes tipo 2.³⁹

INDÍGENAS PIMA, ARIZONA

EN LA RESERVA PIMA, MÁS DE LA MITAD DE LOS INDÍGENAS MAYORES DE 35 AÑOS TIENE DIABETES; MIENTRAS QUE LOS QUE VIVEN EN LAS MONTAÑAS SUFREN MUCHO MENOS DE ESTA CONDICIÓN. LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE LA DIABETES PREDICE QUE EL EXCESO DE PESO Y LA DIABETES PRODUCIRÁ "MUERTES MÁS TEMPRANAS Y DISCAPACIDAD". SI NO SE TRATA O SI SE DETECTA TARDE -COMO SUELE OCURRIR ENTRE LOS INDÍGENAS- LA DIABETES PUEDE PRODUCIR CEGUERA, FALLO RENAL, INFARTO, CARDIOPATÍA Y AMPUTACIONES. EL IMPACTO SOBRE GENERACIONES FUTURAS SERÁ CATASTRÓFICO.

"La veloz transición cultural en una o dos generaciones de muchas comunidades indígenas a una dieta occidental y una forma de vida sedentaria ha producido diabetes, sustituyendo a las enfermedades infecciosas como primera amenaza a su supervivencia."

Prof Stewart Harris, Canadá, 2006

"Sin una acción urgente, hay sin duda un riesgo real de exterminio masivo de comunidades indígenas, si no de extinción total, durante este siglo [debido a la diabetes]."

Prof. Paul Zimmet, Instituto Internacional de la Diabetes, 2006 ²⁹

"Los costes humanos del desarrollo desenfrenado en nuestras antiguas tierras, ya sea en forma de intenso crecimiento hidroeléctrico o de irresponsables operaciones forestales, no nos sorprenden. La diabetes es el resultado de la destrucción de nuestro modo de vida tradicional y la imposición de una economía del bienestar. Ahora vemos cómo una de cada siete mujeres embarazadas de los 'cree' padece esta enfermedad, y nuestros hijos nacen con un alto riesgo o ya enfermos."

Matthew Coon-Come, James Bay Cree, Canadá, 2002 ³⁰

FORMAS DE VIDA TRADICIONALES Y NUTRICIÓN

Un factor importante que explica el incremento masivo de problemas de salud entre pueblos indígenas asentados es la nutrición. La dieta típica cazadora-recolectora es rica en proteína, fibra, vitaminas y minerales y pobre en azúcar, sal y grasas saturadas; el tipo de dieta que los médicos nos recomiendan llevar a todos. Los pueblos cazadores suelen comer varios tipos de carne de animal salvaje, magros y mucho más sanos que los productos cárnicos comercializados, que tienden a ser grasos y menos ricos en vitaminas y minerales.

El conocimiento detallado que tienen los pueblos indígenas sobre animales y plantas es vital para su salud. Los yanomami, por ejemplo, emplean 500 especies de plantas como alimento, medicina y como material de construcción, caza y pesca. Emplean nueve especies solamente para envenenar el pescado que capturan.⁴⁰ Los tukano de la frontera entre Colombia y Brasil cultivan tradicionalmente

más de 50 variedades de mandioca. Sin embargo, este conocimiento se pierde rápidamente cuando el pueblo pierde su tierra e independencia. Los krah de Brasil cultivaban muchos tipos de maíz, pero la "asistencia" agrícola de los misioneros y agencias del Gobierno llevó a poca mejora y a la pérdida total de muchas de sus variedades de maíz, batata y mandioca. Estos cambios no sólo disminuyeron la variedad de su dieta, sino que los indígenas perdieron además los vitales rituales culturales de estación asociados a estas plantas.⁴¹

En su propia tierra, los indígenas han desarrollado prácticas para compensar posibles deficiencias nutricionales en sus dietas. Por ejemplo, los indígenas hopi añadían las cenizas de plantas verdes a sus productos de maíz, añadiendo así minerales que incluían calcio y hierro.⁴² Los bajos niveles de yodo en la tierra de Papúa Nueva Guinea podían causar problemas nutricionales, pero los habitantes locales desarrollaron la costumbre de evaporar el agua de los manantiales minerales ricos en

yodo. Cuando el Gobierno y los misioneros comenzaron a pagar a la gente local con sal de tienda, baja en yodo, los índices de yodo en la dieta disminuyeron y hubo una "epidemia explosiva" de bocio y cretinismo.⁴³

Cuando pasan tiempo lejos de su tierra y tradiciones, los indígenas pierden el conocimiento detallado de las plantas y animales de los que vivían y las habilidades necesarias para recolectar, cazar y prepararlos. En el Ártico canadiense, el conocimiento de los alimentos tradicionales es aún alto, pero está disminuyendo, especialmente entre la generación más joven que ha sido educada fuera de sus comunidades.⁴⁴

Los yanomami emplean 500 especies de plantas como alimento, medicina y como material de construcción, caza y pesca.

Los enawene nawe recolectan una rica y sana variedad de alimentos y pescado: no comen carne roja, lo cual es inusual para un pueblo amazónico. La polución y planes para una presa hidroeléctrica amenazan su vital suministro de alimentos



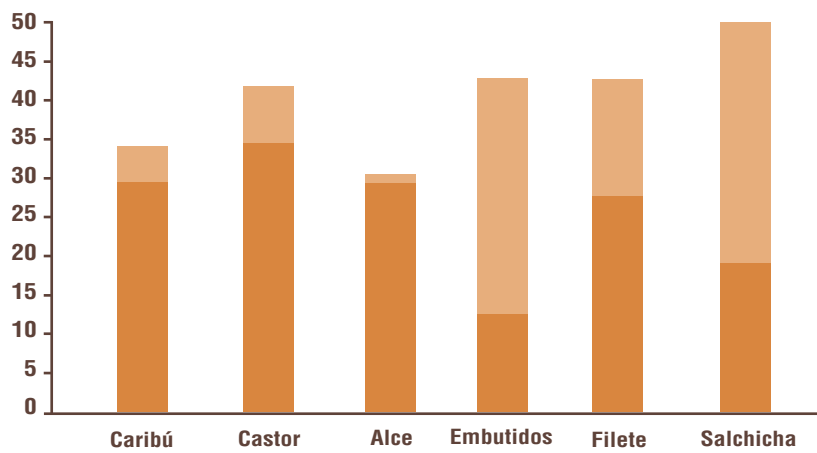
CAMBIO NUTRICIONAL ENTRE LOS INNU, CANADÁ

HASTA LAS DÉCADAS DE LOS 50 Y LOS 60, LOS INNU DE LA PENÍNSULA DEL LABRADOR-QUÉBEC (EN EL ESTE DE CANADÁ) ERAN CAZADORES NÓMADAS DE CARIBÚ. RECORRÍAN GRANDES DISTANCIAS A TRAVÉS DE SUS TERRITORIOS SUBÁRTICOS PARA CAZAR, PESCAR Y COMERCIAR. EL CARIBÚ CUBRÍA LA MAYORÍA DE SUS NECESIDADES - DESDE LAS PIELES PARA SUS TIENDAS DE CAMPAÑA HASTA ARMAS - PERO LOS INNU CAZABAN TAMBIÉN OTROS ANIMALES, INCLUYENDO AL CASTOR Y EL PUERCOESPÍN, Y PESCABAN Y RECOLECTABAN BAYAS Y OTROS ALIMENTOS SILVESTRES. CUANDO EL GOBIERNO CANADIENSE DECIDIÓ ASENTAR A LOS INNU EN POBLADOS FIJOS, SUFRIERON MUCHO. SU DIETA DE ALIMENTOS SILVESTRES FUE REEMPLAZADA CASI DEL TODO POR COMIDA ELABORADA DE TIENDA. ANTES DE ASENTARSE, LOS INNU ERAN UN PUEBLO SANO Y ENÉRGICO, CONOCIDO POR LA FUERZA TANTO DE HOMBRES COMO DE MUJERES. CAMINABAN HASTA 2.000 MILLAS AL AÑO PORTANDO PESADAS CARGAS.⁴⁵ INCLUSO HOY, LA VIDA EN EL CAMPO REQUIERE VIGOR Y BUENA FORMA FÍSICA PARA PODER CAMINAR, CORTAR, TRANSPORTAR Y LEVANTAR, ACTIVIDADES NECESARIAS PARA LA VIDA EN LOS CAMPAMENTOS DE CAZA.

LA VIDA EN LOS PUEBLOS, EN CAMBIO, ES SEDENTARIA, Y LA MAYORÍA DE LOS ADULTOS HACE MUY POCO EJERCICIO. MUCHOS TIENEN UN CONSUMO ELEVADO DE CALORÍAS EN UNA DIETA QUE SE COMPONE SOBRE TODO DE GRASAS SATURADAS, AZÚCARES REFINADOS Y ALMIDONES. LOS NIVELES DE VITAMINAS, MINERALES, PROTEÍNAS Y ÁCIDOS OMEGA-3 SON BASTANTE MENORES EN LOS ALIMENTOS COMPRADOS DEL PUEBLO QUE EN LOS ALIMENTOS SILVESTRES QUE SE COMEN EN EL CAMPO. LA CARNE DE CARIBÚ, POR EJEMPLO, TIENE MÁS DEL DOBLE DE PROTEÍNAS QUE LA CARNE ENLATADA Y UNA DÉCIMA PARTE DE GRASA SATURADA. LA CARNE DE CARIBÚ CONTIENE ADEMÁS TRES VECES MÁS VITAMINA C Y CASI NUEVE VECES MÁS HIERRO. LA CARNE DE CASTOR TIENE 14 VECES MÁS HIERRO. EL CAMBIO AL CONSUMO DE CARNE ENLATADA HA CONTRIBUIDO A LA OBESIDAD, LA ANEMIA Y UN DESCENSO EN GENERAL EN LA CALIDAD NUTRICIONAL.⁴⁶



Proteínas y grasas en comidas tradicionales y compradas en tiendas (gramos por 100g)



"Si no tomo carne de caribú durante una semana, me siento mal. Me mantiene durante dos o tres días, pero la comida de tienda me da hambre poco después de haberla comido."

Katnen Pastitshi, Sheshatshiu, 2006

grasas

proteínas

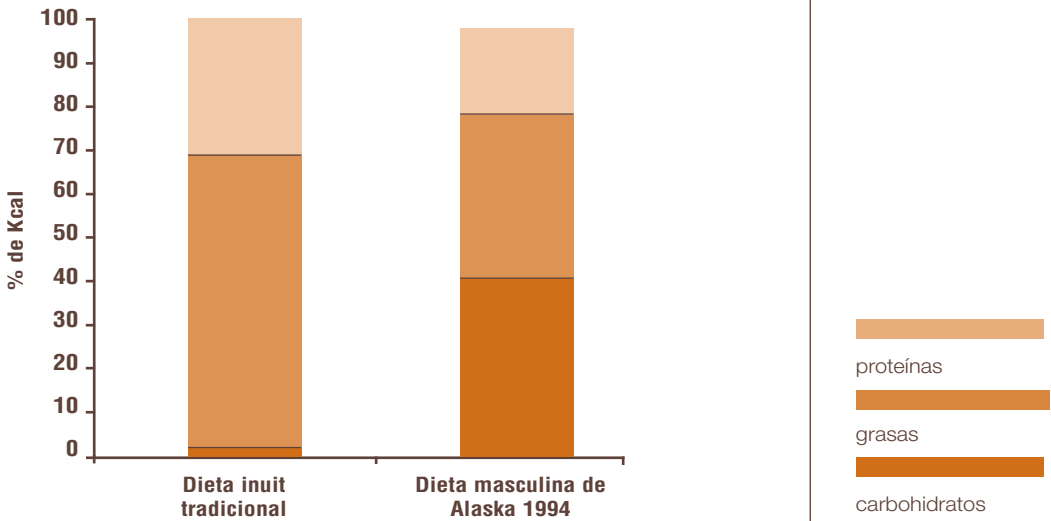
NUTRICIÓN INUIT

LA DIETA TÍPICA TRADICIONAL INUIT ES CAPAZ DE CUBRIR TODAS LAS NECESIDADES DE PERSONAS QUE PASAN UN FRÍO EXTREMO Y HACEN MUCHO EJERCICIO.⁴⁹ LOS NIVELES DE VITAMINAS, INCLUYENDO LA VITAMINA C, SON ALTOS EN LA DIETA TRADICIONAL CUANDO LA CARNE SE COME CRUDA, SE INCLUYE GRASA DE BALLENA, Y SE COMEN BAYAS LOCALES Y ALGAS. SE SABE QUE LAS COMUNIDADES INUIT EMPLEAN 129 ESPECIES DE ANIMALES Y PECES Y 42 ESPECIES DE PLANTAS COMO ALIMENTO.⁵⁰ AUNQUE LA DIETA TRADICIONAL INUIT DE ANIMALES MARINOS Y PESCADOS TIENE UN ALTO CONTENIDO EN GRASAS, EL CONTENIDO EN GRASAS SATURADAS ES BAJO, Y POR TANTO NO CAUSAN UN ALTO NIVEL DE COLESTEROL EN SANGRE; LOS PUEBLOS INUIT TIENEN TRADICIONALMENTE NIVELES MUY BAJOS DE COLESTEROL EN SANGRE Y, POR TANTO, INDICES BAJOS DE PROBLEMAS CARDIACOS CORONARIOS.⁵¹

AUNQUE EL CAMBIO A UNA DIETA OCCIDENTAL HA LLEVADO A UN INDICE ACELERADO DE CRECIMIENTO ENTRE LOS NIÑOS INUIT, EL PRECIO HA SIDO UN INCREMENTO EN LOS CÁNCERES Y LOS PROBLEMAS DENTALES. ES CARO Y DIFÍCIL OBTENER SUFICIENTE FRUTA Y VERDURA FRESCA, POR LO QUE CUANDO LOS INUIT CAMBIAN A UNA DIETA OCCIDENTAL, SU INGESTA DE VITAMINAS TIENDE A DISMINUIR.⁵² EN LA DÉCADA DE LOS 50 NO SE ENCONTRÓ HIPERTENSIÓN ENTRE LAS MUJERES INUIT, PERO TRAS LA SEDENTARIZACIÓN SUS NIVELES ERAN SIMILARES A LOS DE LAS MUJERES OCCIDENTALES.⁵³ EN LOS AÑOS CINCUENTA, LOS NIÑOS SUFRIERON MUCHO POR LOS CAMBIOS PROVOCADOS POR LA SEDENTARIZACIÓN. LAS MUJERES SOLÍAN PRE-MASTICAR LOS ALIMENTOS SILVESTRES PARA SUS HIJOS PEQUEÑOS, PERO EL MIEDO INFUNDADO POR PARTE DE LAS AUTORIDADES A QUE ESTO PUDIERA EXTENDER LA TUBERCULOSIS LLEVÓ A LA DISUASIÓN DE ESTA PRÁCTICA, A PESAR DE LA CARENCIA ABSOLUTA DE OTROS ALIMENTOS PARA BEBÉS. ÉSTOS EMPEZARON A SER ALIMENTADOS CON BIBERONES DE LECHE EN POLVO. EL IMPACTO NEGATIVO SOBRE SU SALUD FUE GRANDE.⁵⁴ LOS CAMBIOS DE DIETA ENTRE LOS PUEBLOS ÁRTICOS TAMBIÉN HAN INFLUIDO EN LA OLEADA CRECIENTE DE PROBLEMAS DE SALUD MENTAL QUE LES AFECTAN.⁵⁵

48

Cambios en la dieta inuit



"Los sistemas alimenticios tradicionales árticos son probablemente los mejores ejemplos globales de la gran superioridad de la comida de los pueblos indígenas sobre la comida moderna presentada como alternativa." Kuhnlein et al, 2004: p. 1451

El Desierto del Kalahari, como el Ártico, es un medio ambiente considerado difícil para la supervivencia humana. Pero los bosquimanos, como los inuit, han desarrollado el conocimiento y las habilidades para vivir bien de la tierra a la que consideran su hogar. Un estudio de los cazadores-recolectores bosquimanos en la década de 1960 mostró que sus niveles de hierro y de vitamina B12 eran buenos y que los índices de anemia eran considerablemente menores de lo que es habitual en las poblaciones tropicales y subtropicales.⁵⁶ La nutrición era lo suficientemente buena como para que, incluso entre las mujeres que habían estado dando de mamar durante dos años o más, los niveles de nutrientes en sangre fueran altos. En contraste, un estudio de 1984 que comparaba la nutrición y salud de un grupo similar de bosquimanos asentados, averiguó que subsistían a base de una dieta de gachas de maíz o de cerveza, con una ingesta esporádica de fruta, carne o verduras enlatadas. La mayoría de los días, las gachas o la cerveza eran los únicos alimentos. Los índices de alcoholismo eran altos entre los niños, mientras que la comunidad no bebía alcohol en el estudio de 1969.⁵⁷ Es común para las comunidades bosquimanas desposeídas por toda África del Sur que el asentamiento haya provocado "tanto deficiencia nutricional como mala salud, como resultado del abandono de los residentes de los recursos tradicionales de subsistencia, la dependencia del alcohol y la alteración general de la vida tradicional" (Kent y Dunn, 1996: p. 456).

En 2005, el Relator Especial de la ONU sobre pueblos indígenas visitó Sudáfrica. En cuanto a los bosquimanos, concluyó: "[La] desposesión histórica de tierra y recursos naturales ha hecho caer a los indígenas de una situación de autosuficiencia a la pobreza y a la dependencia de recursos externos. Los niveles nutricionales han disminuido drásticamente debido a la sedentarización y a la falta de acceso a la comida tradicional de la zona" (Stavenhagen, 2005: p.10).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) también llevó a cabo una encuesta sobre el bienestar bosquimano en Sudáfrica. Averiguaron que la sedentarización ha causado un empeoramiento de la nutrición, debido a la sustitución de alimentos silvestres frescos por alimentos enlatados y procesados; también ha causado falta de agua potable, lo que ha provocado gastroenteritis en los asentamientos del Kalahari; y un grave impacto en la salud mental debido a la desposesión, la frustración y el abuso de sustancias.⁵⁸ A los bosquimanos gana y gwi, que fueron expulsados de sus hogares en la Reserva de Caza del Kalahari Central en Botsuana, se les prohibió cazar en 2002. Hay pocos alimentos apropiados para recolectar alrededor de los campos de reasentamiento a los que fueron trasladados, por lo que muchos gana y gwi se ven obligados a depender de raciones gubernamentales, en lugar de sus alimentos tradicionales.

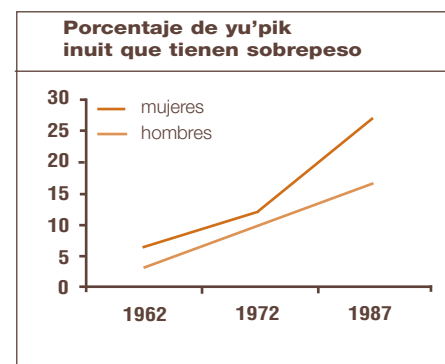
LOS BOSQUIMANOS EN LOS AÑOS 30

A medida que los pueblos no bosquimanos ocuparon los territorios bosquimanos para cultivarlos y mantener ganado en ellos, muchos bosquimanos se convirtieron en siervos. Los cambios en su dieta fueron registrados en la década de los treinta por el autor Louis Maingard. Según él, siempre que era posible, los bosquimanos regresaban a sus tierras y a la forma de vida de caza y recolección. Su dieta consistía entonces, como lo había hecho tradicionalmente, en tubérculos, melones silvestres, larvas, hongos, bulbos, bayas y la carne de varios animales salvajes. En las granjas, sin embargo, la dieta de los siervos bosquimanos consiste sobre todo en harina de maíz y en café, con leche descremada, un poco de té y azúcar y, ocasionalmente, un poco de carne de cabra y oveja. No es más abundante en cantidad de lo que lo es en calidad... No es de extrañar que la desnutrición se haya extendido entre ellos". (Maingard, 1937: p.235).

INANICIÓN Y OBESIDAD: DOS EXTREMOS

Aunque existen pruebas de que las comunidades árticas han experimentado en ocasiones desnutrición estacional, hay una "ausencia casi total de desnutrición proteínocalórica entre los niños de las sociedades tradicionales no aculturadas" (Wirsing, 1985: p.309). Pero donde los indígenas han perdido acceso a los alimentos tradicionales y/o a la libertad de mantenerse a sí mismos con su propia tierra, la desnutrición es un verdadero problema. **En Guatemala, por ejemplo, los niños indígenas tienen el doble de probabilidades de padecer desnutrición crónica y crecimiento atrofiado que sus vecinos no indígenas.**⁵⁹

La obesidad está siendo reconocida cada vez más como una enfermedad de la pobreza y, entre los pueblos indígenas, una enfermedad de la asimilación creciente a las culturas no indígenas.⁶⁰ Indígenas de lugares tan diferentes como Chile y el Ártico canadiense están experimentando rápidos incrementos en los índices de obesidad.⁶¹ Hasta el 30% de las mujeres inuit están ahora clínicamente obesas. La obesidad también aumenta rápidamente entre los indígenas inuit yu'pik desde la década de los sesenta (ver gráfico más abajo).⁶²



GENOCIDIO SILENCIOSO: LA INANICIÓN Y LOS GUARANÍ



LAS COMUNIDADES GUARANÍ TANTO DE ARGENTINA COMO DE BRASIL ESTÁN EXPERIMENTANDO ÍNDICES CRECIENTES DE DESNUTRICIÓN, ESPECIALMENTE ENTRE LOS NIÑOS. EN 2005, EL 60% DE LOS NIÑOS GUARANÍ MBYÁ DEL ÁREA DEL IGUAZÚ EN ARGENTINA ESTABAN DESNUTRIDOS.⁶³ AL AÑO SIGUIENTE, 20 NIÑOS MURIERON DE INANICIÓN EN SÓLO TRES MESES. LOS GUARANÍ DE ESE ÁREA ESTÁN PERDIENDO SU TIERRA A UNA VELOCIDAD ALARMANTE DE UN 10% AL AÑO Y NO PUEDEN CULTIVAR SUFICIENTE COMIDA. "LA DESTRUCCIÓN INDÍGENA SE HA CONSEGUIDO DE UNA FORMA SISTEMÁTICA DESTRUYENDO LA FORMA DE VIDA [GUARANÍ]... SIN LA SELVA, NO HAY POSIBILIDAD PARA LA FORMA DE VIDA GUARANÍ. ES INCREÍBLE QUE HAYAN CONSEGUIDO RESISTIRSE AL EXTERMINIO HASTA AHORA" (CARLOS VICENTE DE LA ONG GRAIN 2005).⁶⁴

CUANDO SU TIERRA ES SAQUEADA, LOS GUARANÍ SE VEN OBLIGADOS A VIVIR EN RESERVAS HACINADAS, CERCA DE COMUNIDADES NO INDÍGENAS. "AHORA COMEMOS UN MONTÓN DE GRASA Y SAL Y DULCES DEL MUNDO BLANCO, ASÍ QUE MUCHOS GUARANÍ ESTÁN ENFERMANDO" (ROSANDO MOREIRA, ANCIANO GUARANÍ, FORT MBORORE, 2005).⁶⁵

LA DESNUTRICIÓN ES TAMBIÉN UN PROBLEMA EN EL VECINO ESTADO BRASILEÑO DE MATO GROSSO DO SUL, DONDE SEIS NIÑOS GUARANÍ MURIERON EN UNA RESERVA EN LA QUE MÁS DE 11.000 PERSONAS SE HACINAN EN UN ÁREA QUE PUEDE ACOGER A 300. LA RESPUESTA OFICIAL AL PROBLEMA DE LA DESNUTRICIÓN CONSISTIÓ EN DISTRIBUCIÓN DE ARROZ, HARINA DE MANDIOCA Y ACEITE PARA COCINAR. NO SÓLO SON ESTOS ALIMENTOS UN POBRE SUSTITUTO DE SU DIETA TRADICIONAL, SINO QUE, ADEMÁS, MUCHOS GUARANÍ NO PUEDEN ENCONTRAR MADERA PARA QUEMAR YA QUE LAS SELVAS HAN SIDO TALADAS. MATO GROSSO QUIERE DECIR BOSQUE FRONDOSO, PERO LOS BOSQUES ESTÁN SIENDO SUSTITUIDOS POR PLANTACIONES DE SOJA, GANADERÍA INDUSTRIAL Y PLANTACIONES DE CAÑA DE AZÚCAR A COSTA, TANTO DEL MEDIO AMBIENTE COMO DE LAS COMUNIDADES GUARANÍ QUE DEPENDEN DE LA SELVA PARA SU COMIDA, RECURSOS Y CULTURA. INCAPACES DE MANTENER A SUS FAMILIAS CON FORMAS DE VIDA TRADICIONALES QUE DEPENDEN DEL BOSQUE, LOS HOMBRES SE VEN OBLIGADOS A TRABAJAR EN LAS PLANTACIONES DE CAÑA DE AZÚCAR EN CONDICIONES DESESPERADAS. EN SUS CORTAS VISITAS A SU HOGAR, SE LLEVAN CONSIGO PROBLEMAS QUE INCLUYEN ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y ALCOHOLISMO, PERO POCO DINERO.

"EN LA RAÍZ DE LA SITUACIÓN [DE LA INANICIÓN INFANTIL] ESTÁ LA FALTA DE TIERRA, QUE ES LA CONSECUENCIA DE LA HISTORIA DE ROBO Y DESTRUCCIÓN DE NUESTROS TERRITORIOS TRADICIONALES, DE LA POLÍTICA DE CONFINARNOS EN RESERVAS, DE LA PÉRDIDA DE NUESTRA LIBERTAD E INCLUSO DE LAS GANAS DE VIVIR. ÉRAMOS UN PUEBLO LIBRE QUE VIVÍA RODEADO DE ABUNDANCIA. HOY VIVIMOS DEPENDIENDO DE LA AYUDA DEL GOBIERNO. ES COMO TENER UNA PISTOLA APUNTANDO A NUESTRAS CABEZAS: AUNQUE ESTEMOS HERIDOS, NO SOMOS UN PUEBLO VENCIDO Y TENEMOS TODA LA FE EN NUESTRA SABIDURÍA". (DECLARACIÓN DE LA COMISIÓN DE DERECHOS INDÍGENAS GUARANÍ-KAIOWÁ, ABRIL 2005).

SALUD DENTAL

Una de las señales más claras de "occidentalización" es un incremento de los problemas dentales: las sociedades occidentales tienen una plaga de infecciones gingivales, caries y maloclusión. Los pueblos indígenas que tienen dietas tradicionales - con alto contenido en fibra y bajo en hidratos de carbono refinados - tienen por lo general dentaduras excelentes. En la década de los treinta, un dentista estadounidense, Weston A. Price, estudió sistemáticamente el impacto de una dieta crecientemente "occidental" sobre pueblos antes aislados por todo el mundo. Su estudio mostraba un patrón claro: los pueblos aislados tenían dentaduras buenas y fuertes con muy pocas caries, pero aquéllos que ya no seguían su dieta tradicional sufrían graves problemas dentales. La susceptibilidad a la caries aumentó de media 35 veces al verse expuestos a dietas "occidentales".⁶⁶ Entre un grupo de indígenas de las "Primeras Naciones" en la Isla de Vancouver en Canadá, casi el 50% de los dientes tenían caries, comparado con la total ausencia de caries entre los pueblos de las "Primeras Naciones" que no comían alimentos procedentes de tiendas.⁶⁷

Las comunidades inuit comían tradicionalmente pocos hidratos de carbono, en especial azúcares, y se beneficiaban de los altos niveles de flúor en la carne de los mamíferos marinos. La combinación de un aumento en los alimentos azucarados, comprados en tiendas, y una disminución en el consumo de estos alimentos tradicionales ha llevado a un

aumento catastrófico de las caries y la enfermedad periodontal.⁶⁸

Los problemas de salud dental pueden causar fuertes dolores de cabeza y reducir la capacidad productiva de la gente. No sólo son dolorosos, sino que afectan a la nutrición, el habla, la posición social y la autoestima. Los abscesos dentales son origen de infecciones, las cuales incrementan seriamente la mala salud de los niños. La introducción de azúcares en una dieta pobre en los demás aspectos, sin tener acceso a flúor, dentistas o posibilidad efectiva de limpieza bucal, resulta desastrosa.⁶⁹

Los pueblos indígenas que son expulsados de sus tierras, o desintegrados de repente de alguna otra forma, no aterrizan de repente en un mundo con todos los beneficios del "desarrollo", incluso si viven en países ricos.

Los problemas dentales les afectan más seriamente porque no tienen acceso a la asistencia sanitaria y ni a los dentistas de los ricos. Pastas de dientes caras, la tradición de lavarse los dientes, acceso a agua con flúor, chequeos dentales regulares y tratamiento de ortodoncias, todas estas cosas ayudan a proteger a los ricos del impacto de sus "modernas" dietas. Pero estos recursos no están disponibles ni son asequibles para los indígenas reasentados que sufren los efectos del repentino cambio dietario, junto con una repentina pérdida de autosuficiencia y su nueva dependencia de la asistencia gubernamental.

Los últimos años han revelado dos nuevas amenazas para los indígenas que dependen de sus alimentos tradicionales. La primera es la contaminación por productos químicos procedentes de fuentes externas de polución. Los ejemplos de esto incluyen los altos niveles de PCB (bifenilos policlorados) y de metales pesados en la carne de las especies marinas que sirven de alimento en el Ártico.⁷⁰ Los pueblos amazónicos, como los enawene nawe, los ikpeng y los mehinako, informan también de la contaminación del pescado que comen por los productos agroquímicos de las vecinas plantaciones de soja y los ranchos de ganado. En Loreto, Perú, la extracción de petróleo ha producido la contaminación del agua de los peces y las plantas con metales pesados, tales como plomo y cadmio, y se han detectado altos niveles en sangre de los niños indígenas.⁷¹

La segunda es el calentamiento global, que está afectando la posibilidad de los pueblos árticos de acceder a los animales de los que dependen desde hace tanto tiempo.⁷² "Para los pueblos indígenas del Ártico, el cambio climático es un asunto cultural. Hemos sobrevivido en un medio agreste durante miles de años escuchando su cadencia y ajustándonos a sus ritmos. Somos parte del medio ambiente y si, como resultado del cambio climático global, las especies animales de las que dependemos se ven enormemente reducidas en número o en lugar o incluso desaparecen, nosotros, como pueblos, estaríamos en peligro también" (Declaración de seis organizaciones de pueblos indígenas árticos).⁷³



Capítulo 3:

Identidad, libertad y salud mental



SENTIMIENTO DE IDENTIDAD

Los efectos del reasentamiento pueden afectar todos los aspectos de la vida diaria de los pueblos indígenas. Pasan de ser activos e importantes cazadores a dependientes y sedentarios. Los niños ya no pueden participar en las actividades culturales puesto que deben cumplir con calendarios escolares ajenos a su cultura y para la toma de decisiones, los ancianos son reemplazados por personas no pertenecientes a su pueblo como los legisladores. Dichos cambios pueden ser devastadores para comunidades enteras. La trascendencia del cambio depende de si la comunidad ha podido mantener algo de control sobre sus tierras y sobre su futuro, además de la rapidez con la que se ha producido el cambio; a menudo, en una sola generación vidas enteras se ponen patas arriba.

Está comprobado que los traumas y el reasentamiento son causantes de problemas de salud mental en todos los pueblos. Muchas comunidades indígenas han sufrido experiencias intensamente traumáticas, combinadas con la separación de sus tierras y de sus personas queridas. El genocidio, las epidemias y la represión dejan a los supervivientes con profundas cicatrices mentales. Tal y como las comunidades indígenas se desintegran por el dolor del desplazamiento y del reasentamiento los índices de mortalidad por enfermedades, suicidio y violencia se disparan. En Australia, el trauma y la pena se han convertido en las “experiencias centrales” de la vida de los aborígenes (Cohen, 1999: p.19).

Los cambios impuestos externamente provocan problemas internos cuando los pueblos indígenas se autodestruyen como consecuencia

de la presión. En muchas comunidades desplazadas de Norteamérica y Australia se han registrado altos niveles de violencia, de consumo de alcohol y drogas, de violencia doméstica y de abusos sexuales; muestra del gran daño generado.²

“La violencia contra los niños, los abusos y la explotación infantil contribuyen y son una clara evidencia del severo estrés social que sufren muchas comunidades indígenas. Este estrés es, a menudo, una consecuencia directa de la degradación ambiental, el desplazamiento, la pérdida de modos de vida tradicionales y, en muchos casos, intentos activos de las autoridades para realizar procesos de homogeneización y asimilación en las culturas indígenas” (Unicef, 2003: p. 11).

DEPRESIÓN EN LOS ANCIANOS INDÍGENAS

Uno de los factores clave del colapso social que, además, ocurre con frecuencia es que muchos padres y ancianos, antes modelos e individuos respetados en sus culturas, pasan a sentirse inútiles y perdidos al ser extraídos de su entorno, y su habilidad para mantener a los jóvenes disminuye. Muchos de ellos sucumben en la depresión y cada vez les es más difícil ayudar y relacionarse con sus hijos cuando estos van creciendo: “Nos avergonzábamos de nosotros mismos. Nuestros hijos se avergonzaban de nosotros. No teníamos ni autoestima ni nada que ofrecer a nuestros hijos, únicamente violencia y alcoholismo. Nuestros hijos están atrapados en algún lugar entre un pasado que no entienden y un futuro que no les aceptará ni tiene nada que ofrecerles” (Boniface Alimanki, Islas Tiwi, 2006).³

“Los guaraní se están suicidando porque no tenemos tierras. Ya no tenemos espacio. Antes éramos libres; ahora ya no somos libres. Por eso, nuestros jóvenes miran a su alrededor y piensan que no queda nada y se preguntan cómo pueden vivir. Se sientan y piensan, olvidan, se pierden, y al final, se suicidan.”

Rosalino Ortiz, guaraní ñandeva, 1996 ¹

“Los pueblos indígenas, a menudo, registran altos niveles de enfermedades mentales que se manifiestan como alcoholismo, abuso de sustancias, depresión y suicidio. Esos problemas aparecen tras la desintegración social causada por la modernización y la destrucción de sus estructuras autoritarias y de su toma de decisiones autónoma.”

Global Health Watch, 2005

SAYISI DENE, MANITOBA, CANADÁ

EN 1956, EL GOBIERNO DE CANADÁ DECIDIÓ SACAR A LA PRIMERA NACIÓN SAYSI DENE DE SU TERRITORIO, SIN AVISOS NI CONSULTAS PREVIAS. UNA COMUNIDAD, HASTA ENTONCES, FUERTE E INDEPENDIENTE PASÓ A DEPENDER DE LA CARIDAD, DE LAS LIMOSNAS Y DE LO QUE PODÍAN ENCONTRAR EN LOS BASUREROS DE LA CIUDAD DE CHURCHILL.

DISPARARON A SUS PERROS DE CAZA, PROHIBIERON SUS MÉTODOS DE CAZA Y LES FORZARON A REALOJARSE EN CASAS AJENAS E INHOSPITAS. EN 1960, SE LEGALIZÓ LA VENTA DE ALCOHOL A LOS INDÍGENAS, LO QUE DETERIORÓ LA SITUACIÓN DE LOS SAYSI DENE. SIN OPORTUNIDADES PARA UTILIZAR SUS HABILIDADES TRADICIONALES, SIN EMPLEO Y FORZADOS A LA DEPENDENCIA, LA GENERACIÓN MÁS ADULTA, PRIMERO, SE DEPRIMIÓ, Y LUEGO SE ALCOHOLIZÓ. EN LOS COLEGIOS PROVOCABAN A LOS NIÑOS Y LES INSULTABAN POR SER MIEMBROS DE UNA COMUNIDAD CADA VEZ MÁS ODIADA. EN CASA, CADA VEZ RECIBÍAN MENOS CUIDADOS Y EDUCACIÓN, ASÍ QUE, A MENUDO, SE VEÍAN ENVUELTOS EN PROBLEMAS CON LA LEY. CON FRECUENCIA ERAN LOS NIÑOS LOS QUE ALIMENTABAN A SUS PADRES CON LO QUE RECOGÍAN DE LAS BASURAS O CON COSAS ROBADAS. EL IMPACTO DE ESTA SITUACIÓN FUE DEVASTADOR PARA LA AUTOESTIMA DE LOS PADRES:

“(AL VOLVER DEL BASURERO) MI PADRE ESTABA AL LADO DE LA VENTANA. VI QUE ESTABA LLORANDO. DIJO: ‘YO ERA UN HOMBRE ORGULLOSO, CAZABA Y ALIMENTABA A MI FAMILIA. ESTABA TAN ORGULLOSO, NUNCA ME PONÍA ROPA QUE ESTUVIERA POCO ESTROPEADA, Y AHORA MI HIJA TIENE QUE TRAER A CASA COMIDA DE LA BASURA PARA QUE YO PUEDA COMER’.” ILA BUSSIDOR, 1997.⁴

SUICIDIO DEL LÍDER NUKAK, MAO-BE

EN 2006, EL LÍDER NUKAK MAO-BE, SE QUITÓ LA VIDA AL INGERIR EL VENENO QUE SU COMUNIDAD SIEMPRE HABÍA UTILIZADO PARA PESCAR. DESEMPEÑÓ UN PAPEL FUNDAMENTAL AL INTENTAR CONSEGUIR QUE LOS NUKAK PUDIERAN VOLVER A SUS TIERRAS EN LA SELVA DESPUÉS DE VERSE FORZADOS A HUIR CUANDO LA GUERRA DE LAS DROGAS EN COLOMBIA IRRUMPIÓ EN SU MUNDO

EL PRIMER ENCUENTRO QUE LOS NUKAK TUVIERON CON EL MUNDO EXTERIOR FUE EN 1988 Y, DESDE ENTONCES, MÁS DE LA MITAD DE LA COMUNIDAD INDÍGENA HA MUERTO, PRINCIPALMENTE DE MALARIA Y GRIPE. EL SUICIDIO DE MAO-BE SE PRODUJO TRAS LA TRÁGICA MUERTE DE UN NIÑO DE NUEVE AÑOS Y UNA EPIDEMIA DE GRIPE. ESTA EPIDEMIA INFECTÓ A MÁS DE LA CUARTA PARTE DE LA COMUNIDAD DESPLAZADA. EL GOBIERNO COLOMBIANO LES HABÍA TRASLADADO A UN TERRITORIO CUYA EXTENSIÓN ERA EL 2% DEL TERRITORIO EN EL QUE ELLOS VIVÍAN.

SI TENEMOS EN CUENTA QUE LOS NUKAK SIEMPRE HAN VIVIDO EN PEQUEÑOS GRUPOS FAMILIARES NÓMADAS, NO ES DE EXTRAÑAR QUE, EN SU NUEVA SITUACIÓN, SE VEAN AFECTADOS POR ESTE TIPO DE EPIDEMIAS. AHORA VIVEN EN LAS AFUERAS DE UNA CIUDADE DESESPERADOS POR VOLVER A CASA. NO CONSIGUEN LA COMIDA A LA QUE ESTÁN HABITUADOS Y SU ESTADO DE SALUD CONTINÚA EMPEORANDO.

Joven mujer nukak, Colombia



SUICIDIO ENTRE LOS NIÑOS Y JÓVENES INDÍGENAS

El suicidio entre ancianos indígenas no es común, sobre todo, si lo comparamos con los índices de suicidio en las generaciones más jóvenes, especialmente entre los hombres.⁵ Los índices de suicidio entre jóvenes indígenas en todos los rincones del mundo son asombrosamente elevados. Los porcentajes más altos se registran entre los isleños tiwi en Australia, los niños guaraní en Brasil, niños innu e inuit en el norte de Canadá y Groenlandia y entre los jóvenes pastores Khanty de Siberia.⁶ Un ejemplo sorprendente es el caso de 1.800 personas que viven en la capital de las islas Tiwi: uno de cada cuatro ha intentado suicidarse.⁷ En toda Australia los índices de suicidio son mucho más elevados entre los aborígenes que entre sus vecinos (ver gráfico).⁸ Más de 300 guaraní kaiowá se suicidaron entre el año 1985 y 2000, muchos de los cuales eran niños; esta

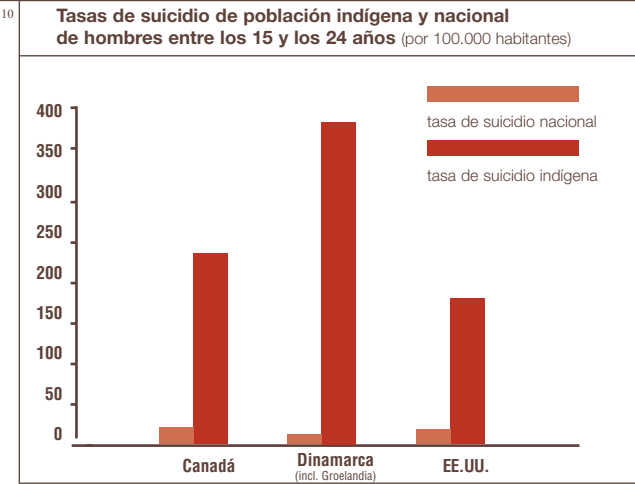
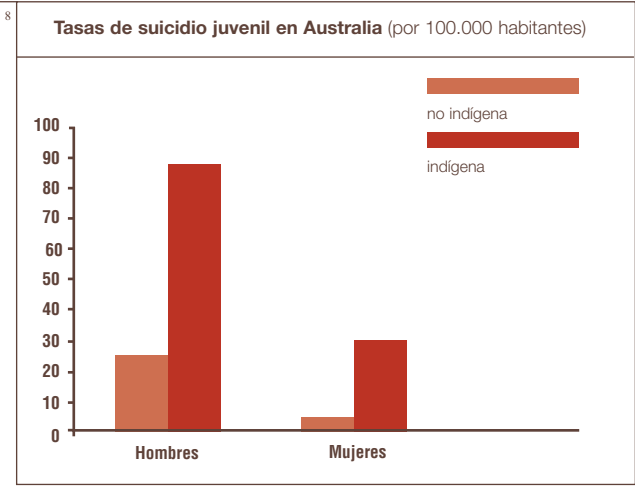
cantidad representa el 1% de la población.⁹ Recientemente se ha publicado que entre toda la nación innu el índice es de más de 180 por 100.000, comparado con el 12 por 100.000 en el resto de Canadá (Samson, prensa).

Muchos pueblos indígenas del Ártico tienen altos índices de suicidio. Los índices de muertes por suicidio entre hombres de 15 a 24 años está entre el 180 por 100.000 en Alaska y 396 por 100.000 en Groenlandia (ver gráfico).¹⁰ Antes de la época del sedentarismo no se conocían suicidios en las comunidades del Ártico. En periodos en los que había escasez de alimentos los ancianos o enfermos, ocasionalmente, se quitaban la vida. Sin embargo, nunca se habían dado casos de suicidio entre individuos jóvenes, con buen estado de salud y productivos. Hoy en día el suicidio es más común entre los jóvenes de las comunidades inuit.¹¹

El contraste de los índices de suicidio entre los jóvenes indígenas y sus vecinos es asombroso: en la reserva Sioux Lookout en Ontario, por ejemplo, los indios jóvenes tienen un 50 % más de posibilidades de cometer suicidio que los canadienses no indígenas de la misma edad.¹² Un estudio en los años 70 reveló que los índices de intentos de suicidio eran de 1.450 por 100.000 por año en una ciudad de Alaska. Diez veces más que en Los Ángeles.¹³

¿Qué factores están conduciendo a tantos jóvenes al suicidio?, ¿existen factores comunes entre comunidades diferentes? Un informe de UNICEF relacionó los suicidios entre los niños indígenas con la ruptura social, baja autoestima, depresión, racismo, pérdida de tierras, problemas de integración y falta de oportunidades. Uno de los factores principales es el trauma psicológico de la desposesión y la sensación de pérdida, el desplazamiento y la confusión que acompañan a la separación de las tierras y del estilo de vida.¹⁴

Más de 300 guaraní kaiowá se suicidaron entre el año 1985 y 2000. La más joven fue Luciane Ortiz, tenía sólo nueve años.



“Muchos hombres y mujeres jóvenes se están quitando la vida porque no tienen ningún lugar donde vivir, donde cazar, donde practicar nuestra cultura, cantar”. Marcos Veron, líder indígena guaraní.¹⁵

NADA POR LO QUE VIVIR: SUICIDIO ENTRE LOS GUARANÍ

LAS COMUNIDADES GUARANÍ KAIOWÁ, DEL ESTADO BRASILEÑO DE MATTO GROSSO DO SUL, QUE SIEMPRE HAN VIVIDO DE LA CAZA, LA RECOLECCIÓN Y EL CULTIVO DE SUBSISTENCIA, HAN SIDO DEVASTADAS POR LAS OLEADAS DE PERSONAS QUE SE HAN APROPIADO DE SUS TIERRAS PARA CONSTRUIR GRANJAS Y RANCHOS. PARA LOS GUARANÍ SU TIERRA ES EL ORIGEN Y LA FUENTE DE VIDA. ES DE DONDE PROVIENEN Y DONDE SUS ALMAS FINALMENTE ENCONTRARÁN DESCANSO. TAL Y COMO HA DICHO LA GUARANÍ MARTA VICTOR: “LOS INDÍGENAS SOMOS COMO LAS PLANTAS, ¿CÓMO VAMOS A VIVIR SIN NUESTRO SUELO, SIN NUESTRA TIERRA?”.

LOS MISIONEROS Y LOS AGENTES GUBERNAMENTALES HAN MODIFICADO LAS ESTRUCTURAS SOCIALES, LO QUE HA MENGUADO LA FUERZA Y LA UNIDAD DE LAS COMUNIDADES. LA COHESIÓN COMUNITARIA SE HA FRACCIONADO POR LA PÉRDIDA DE MUCHOS HOMBRES FORZADOS A BUSCAR TRABAJO EN PLANTACIONES LEJANAS O EN DESTILERÍAS EN LAS CIUDADES. LA SITUACIÓN HA EMPEORADO DEBIDO A LA POBREZA EXTREMA Y AL IMPACTO DESTRUCTIVO DE LOS COLONOS EN LA ZONA.

EL RESULTADO HA SIDO UN DRAMÁTICO AUMENTO DE LOS SUICIDIOS, ESPECIALMENTE ENTRE LOS JÓVENES. 320 GUARANÍ KAIOWÁ SE SUICIDARON ENTRE LOS AÑOS 1986 Y 2000. LA MÁS JOVEN FUE LUCIANE ORTIZ, TENÍA NUEVE AÑOS. LA COMUNIDAD CERRO MARANGATU, TENÍA UN PORCENTAJE DE SUICIDIO DE 304 POR 100.000 EN EL AÑO 2000, COMPARADO CON EL 4'8 QUE ES LA MEDIA EN LA ZONA DE MATTO GROSSO DO SUL; EL 11% DE LAS MUERTES FUE POR SUICIDIO, EN 2002 Y 2003. UNA DE LAS RESERVAS PRINCIPALES, DOURADOS, ESTÁ SITUADA MUY CERCA DE LA SEGUNDA CIUDAD MÁS GRANDE DE MATTO GROSSO DO SUL, PERO LEJOS DE LA TIERRA DE LOS GUARANÍ. EN ESTA CIUDAD ES DONDE HA HABIDO MÁS SUICIDIOS.¹⁶

“EL SUICIDIO EXISTE ENTRE LOS JÓVENES PORQUE HAY NOSTALGIA DEL PASADO, DE LAS PRECIOSAS SELVAS. QUIEREN SEGUIR ALIMENTÁNDOSE DE LOS FRUTOS DE LA SELVA, QUIEREN SALIR A BUSCAR MIEL, QUIEREN UTILIZAR LOS REMEDIOS NATURALES DE LA SELVA. EN DOURADOS UN JOVEN ME DIJO QUE NO QUERÍA VIVIR MÁS, NO TENIA MOTIVOS PARA CONTINUAR CON SU VIDA AHORA QUE NO PODÍA CAZAR, NI PESCAR Y EL AGUA ESTABA CONTAMINADA”. (AMILTON LOPES, 1996).¹⁷

EL GOBIERNO HA CREADO RESERVAS COMO LA DE DOURADOS PARA QUE EL TERRITORIO ORIGINAL DE LOS GUARANÍ SE DESTINE A LA AGRICULTURA Y A LA GANADERÍA. LOS GUARANÍ FUERON EXPULSADOS DE SUS SAGRADAS TEKOHAS (LUGARES PARA ESTAR) Y SÓLO SE LES DIO LA OPCIÓN DE MARCHARSE A ZONAS SUPERPOBLADAS. “LOS AÑOS CON LAS TASAS MÁS ELEVADAS DE SUICIDIO FUERON 1990, 1995, 1997 Y 1998. PRECISAMENTE DURANTE ESTOS AÑOS LAS COMUNIDADES INDÍGENAS SUFRIERON PERIODOS DE HAMBRUNA, POBREZA, CONFLICTOS Y FALTA DE ESPERANZA. LOS SUICIDIOS PARARON CUANDO LOS GUARANÍ KAIOWÁ REACCIONARON Y EMPEZARON A BUSCAR MODOS PARA MEJORAR LA SITUACIÓN TRATANDO DE VOLVER A SUS TIERRAS, LO QUE LES PERMITIRÍA MANTENER SU ESTILO DE VIDA” (CIMI, 2001).¹⁸

“CUANDO ERA NIÑO LA VIDA ERA MÁS SENCILLA PORQUE HABÍA SELVA, COMIDA SUFICIENTE Y HACÍAMOS FARIÑA [HARINA DE MANDIOCA] Y PESCÁBAMOS. HACÍAMOS NUESTRO PROPIO AZÚCAR CON LA MIEL DE LAS ABEJAS DE LA SELVA. NACÍ EN AMAMBAI, UNA POBLACIÓN INDÍGENA. CREO QUE ACTUALMENTE LA SITUACIÓN ES MUCHO PEOR. ESTAMOS RODEADOS DE GRANJEROS, NOS HAN VALLADO Y NO NOS PERMITEN QUE CACEMOS ARMADILLOS NI PERDICES. NI SIQUIERA NOS PERMITEN QUE RECOJAMOS PLANTAS MEDICINALES. LOS DÍAS EN LOS QUE RECOGÍAMOS LA MIEL DE LAS ABEJAS HAN TERMINADO PORQUE YA NO QUEDA SELVA. NO QUEDA NADA PARA LOS INDIOS. AHORA HAY QUE BUSCARLO TODO EN LAS CIUDADES. ESE ES EL MOTIVO POR EL QUE LOS JÓVENES SE SUICIDAN, PIENSAN QUE EL FUTURO SERÁ PEOR.” (ADOLFIN NELSON, LIMIO VERDE, 1996).¹⁹

Una madre guaraní desconsolada y su bebé esperando junto a un ataúd. La ola de suicidios que ha azotado a los guaraní durante los últimos 20 años no es comparable a ninguna otra acontecida en Sudamérica.



“LOS SUICIDIOS SE DAN ENTRE LOS JÓVENES PORQUE SIENTEN NOSTALGIA DEL PASADO. DE LA PRECIOSA SELVA. QUIEREN COMER SUS FRUTOS, SALIR A BUSCAR MIEL Y UTILIZAR LOS REMEDIOS NATURALES QUE LA SELVA OFRECE”

AMILTON LOPES, GUARANI, BRASIL, 1996.

LA GENERACIÓN ROBADA EN AUSTRALIA

ENTRE 1910 Y LA DÉCADA DE LOS SETENTA, EN AUSTRALIA NO SÓLO SE ENVIÓ A LOS NIÑOS A ESCUELAS LEJANAS, SINO QUE A UNO DE CADA TRES NIÑOS SE LE APARTÓ COMPLETAMENTE DE SU FAMILIA. A ESTOS NIÑOS SE LES **“OCULTÓ SU IDENTIDAD Y SU ENTORNO FAMILIAR, SE LES RETUVO EN INSTITUCIONES O SE LES TRASLADÓ DE UN ORFANATO A OTRO, Y SE LES SOMETIÓ A UN CONTINUO ABUSO (EMOCIONAL, FÍSICO Y SEXUAL)”** (MCKENDRICK, 2001: P. 69).

LA FAMILIA ES LA UNIDAD MÁS IMPORTANTE EN LA SOCIEDAD ABORIGEN; ES ESENCIAL PARA LA SALUD, TANTO FÍSICA, COMO PSICOLÓGICA, ESPIRITUAL Y CULTURAL. LAS FAMILIAS GUARDAN UN FUERTE VÍNCULO CON SU “TIERRA NATIVA”. LOS NIÑOS DE ESTA “GENERACIÓN ROBADA” NO SÓLO PERDIERON SUS LAZOS FAMILIARES Y SU INFANCIA; TAMBIÉN PERDIERON SU IDENTIDAD, SU CULTURA Y LOS VÍNCULOS CULTURALES QUE LES UNÍAN A SU TIERRA. LAS REPERCUSIONES EN SU BIENESTAR MENTAL HAN SIDO DEVASTADORAS: MÁS DE LA MITAD DE LOS NIÑOS ENTREVISTADOS EN EL MARCO DE UN ESTUDIO SOBRE LA GENERACIÓN ROBADA HABÍA INTENTADO SUICIDARSE.²⁷

ACTUALMENTE, ES EL SISTEMA JUDICIAL EL QUE SEPARA A LA JUVENTUD ABORIGEN DE SUS FAMILIAS: UN NÚMERO DESPROPORCIONADO DE JÓVENES ABORÍGENES SE ENCUENTRAN EN CENTROS DE DETENCIÓN JUVENIL Y CÁRCELES. POR EJEMPLO, UN CHICO DE 15 AÑOS QUE ROBÓ UN PAQUETE DE LÁPICES DE COLORES Y FUE ENVIADO A UN CENTRO DE DETENCIÓN JUVENIL A MILES DE KILÓMETROS DE SU CASA, COMETIÓ SUICIDIO EN EL AÑO 2000.

Por supuesto, estos factores son cíclicos y están interconectados, por lo que puede hacerse difícil separar causa de efecto. Los padres pueden haberse visto abocados al abuso del alcohol y la depresión a raíz del suicidio de un hijo. Los niños que han sufrido abusos en los internados pueden, más adelante, abusar de sus propios hijos. Pero subyacente a todos estos problemas encontramos el factor crucial de la desintegración generada por el alejamiento de la tierra y la cultura. Sin embargo, no todas las comunidades indígenas presentan tasas de suicidio tan elevadas. Entre los cree de Québec, por ejemplo, los índices no son altos en relación a los promedios de la provincia²⁸. Las explicaciones de esto pueden hallarse en factores relativos a la comunidad. En la Columbia Británica (Canadá), los grupos que mantienen vínculos sólidos con su tierra y su cultura no registraron suicidios, mientras que aquellos que carecen de una continuidad con su tierra y su cultura, registraron índices 10 veces superiores a la media nacional.²⁹ Las comunidades guaraníes, en las que el suicidio ha sido un problema terrible, no han registrado ningún suicidio desde que retornaron a sus tierras para vivir a su manera tradicional.³⁰



Capítulo 4:

Salud materna y sexual

SALUD MATERNO-INFANTIL EN SOCIEDADES TRIBALES TRADICIONALES

Todos los factores relacionados con comunidades tribales desplazadas que se han expuesto hasta aquí, confluyen para amenazar la salud de las mujeres y los niños. Las pobres dietas maternas, la falta de alimentos adecuados para el destete, la exposición a enfermedades infecciosas extrañas, las miserables condiciones de vida en los campos de reasentamiento, el abuso del alcohol y la pérdida de las tradiciones de reciprocidad y de partería, se combinan y ponen en peligro a las mujeres y a los niños en particular. Las comunidades indígenas que viven en sus propias tierras, con acceso a medicinas y médicos tradicionales, con dietas ricas basadas en productos silvestres y con sólidos sistemas de

apoyo mutuo, suelen presentar unos índices de mortalidad infantil más bajos que comunidades rurales pobres equiparables, y más bajos que los que tendrían si se les trasladase a insalubres campos de reasentamiento. Desplazar a comunidades a emplazamientos más cercanos a las clínicas no mejora automáticamente la salud infantil, aunque las tasas de mortalidad infantil lleguen a disminuir en algunos lugares. Las mejoras en la supervivencia infantil pueden conseguirse de forma efectiva mediante buenos programas de vacunación complementados con una atención sanitaria primaria sobre el terreno que funcione en colaboración con los sistemas de salud tradicionales. Así se consigue evitar los problemas antes mencionados que se asocian al desplazamiento de comunidades.

“[Nuestras esposas] están permanentemente expuestas a la muerte debido a la falta de atención durante el embarazo y el parto. Esto llegó con la llamada 'vida moderna', a la que se nos arrastró. Era algo que no existía cuando vivíamos en nuestro medio natural. Teníamos muchas plantas para problemas así...”

Hombre “pigmeo” twa, distrito de Kalehe, Kivu, República Democrática del Congo ¹

SALUD MATERNA E INFANTIL ENTRE LOS ENAWENE NAWE



EL PUEBLO ENAWENE NAWE, DEL ESTADO BRASILEÑO DE MATO GROSSO, CUENTA CON POCO MENOS DE 400 PERSONAS, QUE VIVEN EN DOCE “CASAS LARGAS” QUE SE TRASLADAN CADA POCOS AÑOS. INCLUSO ANTES DEL CONTACTO FORMAL, ESTE PUEBLO SUFRIÓ ENFERMEDADES TRAÍDAS POR LOS FORÁNEOS Y PÉRDIDAS DE VIDAS A CAUSA DE LOS RAPTOS Y LAS VIOLENTAS INCURSIONES PRACTICADAS POR NO INDÍGENAS. EN LAS DÉCADAS DE LOS SETENTA Y LOS OCHENTA, LA PRESIÓN DE LOS FORÁNEOS QUE QUERÍAN ESTABLECERSE EN TIERRAS DE LOS ENAWENE NAWE DIO LUGAR A LOS ESFUERZOS PARA DEMARCAR LEGALMENTE EL TERRITORIO DE LA COMUNIDAD.²

EN AQUEL MOMENTO, SE DABA UN ALTO ÍNDICE DE MORTALIDAD INFANTIL ENTRE LOS ENAWENE NAWE, CON MUCHAS MUERTES POR NEUMONÍA, UNA ENFERMEDAD QUE SE HABÍA EXTENDIDO DESDE EL CONTACTO CON LOS FORÁNEOS. LA COMUNIDAD PIDIÓ A OPAN, UNA ONG LOCAL, QUE LE AYUDARA CON UN PROGRAMA DE SALUD. EN 1998, SE CONSTRUYÓ ILEGALMENTE UNA CARRETERA A TRAVÉS DE LAS TIERRAS ENAWENE NAWE, LO QUE PROPICIÓ UN MAYOR CONTACTO CON LOS FORÁNEOS Y SUS ENFERMEDADES. UNA VEZ CONSTRUIDA LA CARRETERA, UNA SERIE DE EPIDEMIAS ASOLÓ EL POBLADO. EN LAS PRIMERAS SEMANAS MURIERON DOS MUJERES JÓVENES. EN LOS MESES SIGUIENTES, MUCHOS BEBÉS Y NIÑOS DESARROLLARON NEUMONÍA. PERO LA MAGNITUD DEL PROBLEMA FUE LIMITADA GRACIAS A LA ASISTENCIA MÉDICA LOCAL PROPORCIONADA POR OPAN. A LOS NIÑOS SE LES ADMINISTRÓ ANTIBIÓTICOS, Y SÓLO UNOS POCOS TUVIERON QUE SER EVACUADOS. TRABAJANDO JUNTOS, LA COMUNIDAD Y OPAN CREARON UN PROYECTO DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD CONCEBIDO PARA FORMAR A PERSONAL SANITARIO INDÍGENA LOCAL, QUE RESULTÓ MUY EXITOSO Y SOSTENIBLE. LA MORTALIDAD INFANTIL SE REDUJO A LA MITAD, Y, CINCO AÑOS DESPUÉS DE QUE SE MARCHARA LA ENFERMERA NO INDÍGENA, LOS TRABAJADORES SANITARIOS LOCALES SIGUEN TRABAJANDO PARA SU COMUNIDAD.³

De un modo similar, trasladar a las madres a los hospitales en el momento de dar a luz, es una medida que puede mejorar las tasas de supervivencia materna, pero no es la única. Los enfoques más efectivos y apropiados trabajan con comadronas tradicionales, a las que se forma en los métodos más seguros de parto e higiene, y aseguran que la atención hospitalaria esté accesible cuando sea necesaria, en vez de convertirla en una práctica rutinaria. Para que estos programas funcionen, los sanitarios de primera línea deben saber cuándo ha de buscarse atención médica externa, y debe contarse con unos buenos sistemas de comunicaciones y de transporte para asegurar que las mujeres que lo necesiten puedan llegar a los centros médicos apropiados.⁴ En un estudio realizado en Camboya, se interrogó a mujeres indígenas sobre dónde preferían dar a luz: el 5% respondió que en el centro de salud; un 94% prefería la aldea. La ajena cultura hospitalaria choca con las tradiciones de las mujeres. En el centro de salud, tienen que dar a luz públicamente en una sala común, no pueden practicar ciertos rituales y no pueden contar con la presencia de miembros de la familia que les ayuden.⁵ Los pueblos aislados, además, corren el riesgo de contraer enfermedades extrañas si acuden a centros de salud distantes.

Recientemente, Amnistía Internacional informó de que las mujeres indígenas embarazadas de Perú están eludiendo la necesaria atención médica a causa de la insensibilidad cultural de los profesionales de la medicina. Pero, si optan por dar a luz en el hogar, algunas familias son multadas y muchas se convierten en víctimas de una burocracia discriminatoria: a los niños nacidos en sus casas se les deniegan los certificados de nacimiento, sin los cuales no pueden acceder a los servicios médicos gratuitos del estado.⁶ Desde los años setenta, la política canadiense ha consistido en alejar a las mujeres inuit de su comunidad para el parto. Muchas mujeres estaban tan desesperadas por evitar que se les desplazara para el nacimiento de sus hijos, que mintieron a los médicos acerca de la fecha en que darían a luz. Las

ancianas de la comunidad sintieron que su conocimiento había sido “desacreditado, rechazado e ignorado”, y las mujeres sufrieron una erosión de su autosuficiencia y confianza respecto al parto, porque el proceso al completo fue literalmente retirado de la comunidad. Se produjo una pérdida en la asistencia prenatal tradicional, en la que las mujeres de mayor edad guiaban a la madre, asegurándose de que seguía una dieta especial y se mantenía activa, y facilitaban el parto con hierbas medicinales y técnicas especiales para calmar y preparar psicológicamente a la madre. En los alejados centros sanitarios, el proceso del nacimiento se tornó un proceso extraño, ajeno e invisible. Se perdió el vínculo de “parentesco y responsabilidad mutua” que unía de por vida a la comadrona y el niño.⁷

NACIMIENTOS ESPACIADOS Y LACTANCIA MATERNA

Tanto misioneros como agencias gubernamentales han intervenido para cambiar prácticas culturales que favorecen tanto a las madres como a sus hijos. Las mujeres de muchas culturas indígenas aseguran largos espacios de tiempo entre los nacimientos de sus hijos mediante una serie de métodos, que van desde anticonceptivos a base de hierbas, hasta la abstinencia y prolongados periodos de lactancia materna. Estos nacimientos bien espaciados entre sí son beneficiosos tanto para la salud del niño como para la de la madre, especialmente en el caso de los pueblos nómadas. Cuando estas prácticas se ven alteradas por influencias externas, los nacimientos se aproximan entre sí y, por consiguiente, las mujeres se ven obligadas a destetar antes a sus hijos. El destete prematuro, especialmente cuando son frecuentes los alimentos de baja calidad o no higiénicos, puede ser muy peligroso para la salud del niño. El agresivo marketing de las leches de fórmula puede inducir a las mujeres a detener precozmente la lactancia natural y, de este modo, a tener hijos de forma más seguida. En los lugares donde las mujeres no disponen de

los recursos adecuados para comprar suficiente leche en polvo y mezclarla con agua limpia y hervida, se propicia la malnutrición y la exposición a la enfermedad. En el Ártico, los altos niveles de otitis media se han asociado a la sustitución de la lactancia materna por la leche de vaca.⁸

CAMBIO SOCIAL E INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

“Debido a nuestro reducido número, nuestra virtual invisibilidad y la ausencia de servicios de salud pública para nuestras comunidades a casi cualquier nivel, el VIH se ha propagado sin control alguno, y existe un peligro real e inmediato de que nuestro pueblo se vea drásticamente diezmado. Sin una información clara y provista de sensibilidad cultural, la combinación de miedo, ignorancia y el estigma resultante, amenaza con destruir nuestras, ya de por sí, frágiles comunidades.”

Líderes indígenas norteamericanos,

Comisión sobre Salud y SIDA, 1994

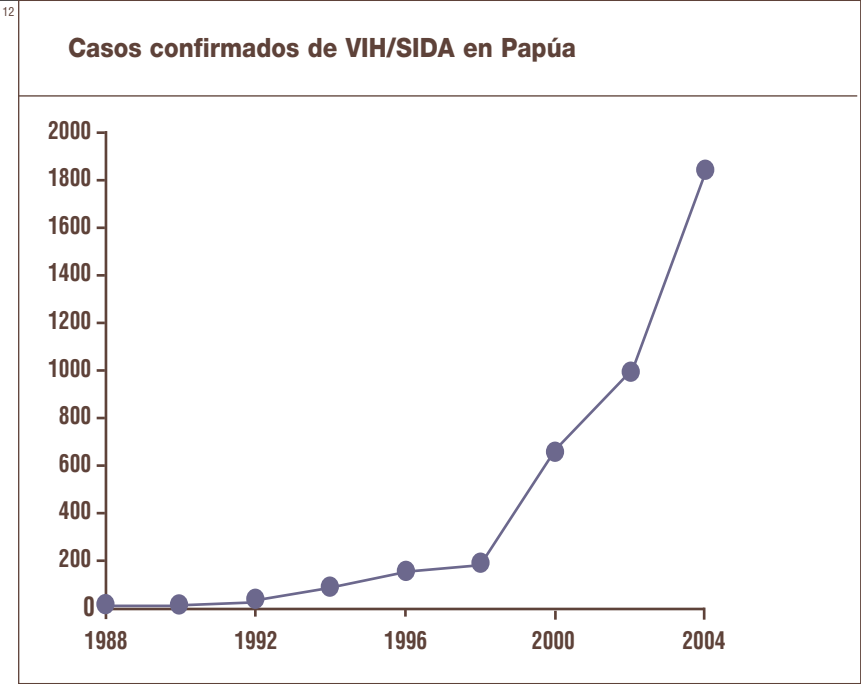
Con una drástica transformación cultural y un creciente contacto con personas externas a la comunidad, los grupos indígenas y tribales se exponen a un elevado riesgo de adquirir enfermedades de transmisión sexual (ETS). Especialmente en África, se ha producido un contagio de ETS a grupos indígenas paralelamente a la llegada de proyectos de desarrollo a gran escala. Por ejemplo, el riesgo de VIH/SIDA entre las mujeres ogoni ha aumentado con la llegada de los trabajadores de las petroleras.⁹

VIH/SIDA EN PAPÚA OCCIDENTAL

LOS 312 PUEBLOS INDÍGENAS DE PAPÚA OCCIDENTAL HAN SIDO VÍCTIMAS DE LA OPRESIÓN EXTREMA Y LA VIOLENCIA DESDE LA OCUPACIÓN INDONESIA EN LOS AÑOS SESENTA. ALGUNAS PERMANECEN AISLADAS DEL RESTO DE LA SOCIEDAD PAPÚ. LOS PUEBLOS DE LAS MONTAÑAS, COMO LOS AMUNGME, VIVEN DE LOS CULTIVOS ROTATIVOS, LA CRÍA DE CERDOS, LA CAZA Y LA RECOLECCIÓN. LOS PUEBLOS DE LAS TIERRAS BAJAS, COMO LOS ASMAT, VIVEN DE LA CAZA Y DE LA RECOLECCIÓN DE SAGO. LA INTRUSIÓN DEL GOBIERNO Y LOS INMIGRANTES INDONESIOS EN LAS VIDAS DE LOS PUEBLOS DE PAPÚA HA DADO LUGAR A LA PROPAGACIÓN DE LAS ENFERMEDADES Y A LA MALNUTRICIÓN, LO QUE GENERA UNA BAJA ESPERANZA DE VIDA Y UN ALTO ÍNDICE DE MORTALIDAD INFANTIL.¹⁰

EL “DESARROLLO” DE LA MINERÍA Y LA EXPLOTACIÓN MADERERA HA TRAÍDO CONSIGO CATÁSTROFES MEDIOAMBIENTALES Y SOCIALES, Y, AHORA, UN NUEVO PROBLEMA MORTAL: EL VIH/SIDA. LA MITAD DE LOS DOS MILLONES DE PERSONAS QUE VIVEN ACTUALMENTE EN LA PROVINCIA DE PAPÚA SON FORÁNEOS, Y EL ÁREA REGISTRA HOY EL MAYOR ÍNDICE DE VIH/SIDA DE INDONESIA: INCLUSO LOS CÁLCULOS MÁS MODERADOS SITUAN LA CIFRA 15 VECES POR ENCIMA DE LA TASA NACIONAL¹¹ (VER GRÁFICO¹²). LOS CASOS DE ENFERMEDAD CONOCIDOS REPRESENTAN UNA PEQUEÑA PARTE DEL TOTAL DE GENTE INFECTADA¹³ EN 2004, PAPÚA TENÍA APROXIMADAMENTE 15.000 PERSONAS CON SIDA Y 60.000 PERSONAS INFECTADAS CON VIH/SIDA.¹⁴

EL ORIGEN DE LA MAYORÍA DE LOS CASOS PUEDE HALLARSE EN LA INDUSTRIA DEL SEXO, QUE HA ACOMPAÑADO A LA LLEGADA DE LOS TRABAJADORES MIGRANTES DE LOS SECTORES PESQUERO, MADERERO Y MINERO. UN ESTUDIO DE 2001 REVELÓ QUE MÁS DE UNA CUARTA PARTE DE LAS PROSTITUTAS EXAMINADAS ERAN SEROPOSITIVAS. LAS FUENTES OFICIALES ECHAN LA CULPA A LOS PESCADORES TAILANDESES Y SUS BURDELES, O INCLUSO A LA SUPUESTA “DESVIACIÓN SEXUAL” DE LOS PUEBLOS PAPÚES. LAS PERSONAS QUE TRABAJAN CON LOS INDÍGENAS SE HAN DADO CUENTA DE QUE LOS MIGRANTES HAN TRAÍDO LA ENFERMEDAD, DE QUE EL GOBIERNO INDONESIA NO HA FACILITADO A LOS PAPÚES SENSIBILIZACIÓN, PRUEBAS O TRATAMIENTOS PARA EL VIH/SIDA, Y DE QUE LOS ESTEREOTIPOS NEGATIVOS QUE SOBRE LOS PAPÚES TIENEN EL GOBIERNO Y EL PUEBLO INDONESIA ESTÁN AGRAVANDO EL PROBLEMA. ALGUNOS CULPAN DE MANERA MÁS DIRECTA A LOS MILITARES POR TRAER PROSTITUTAS, CUYA INFECCIÓN CON EL VIRUS ES CONOCIDA, A LAS ZONAS INDÍGENAS.¹⁵

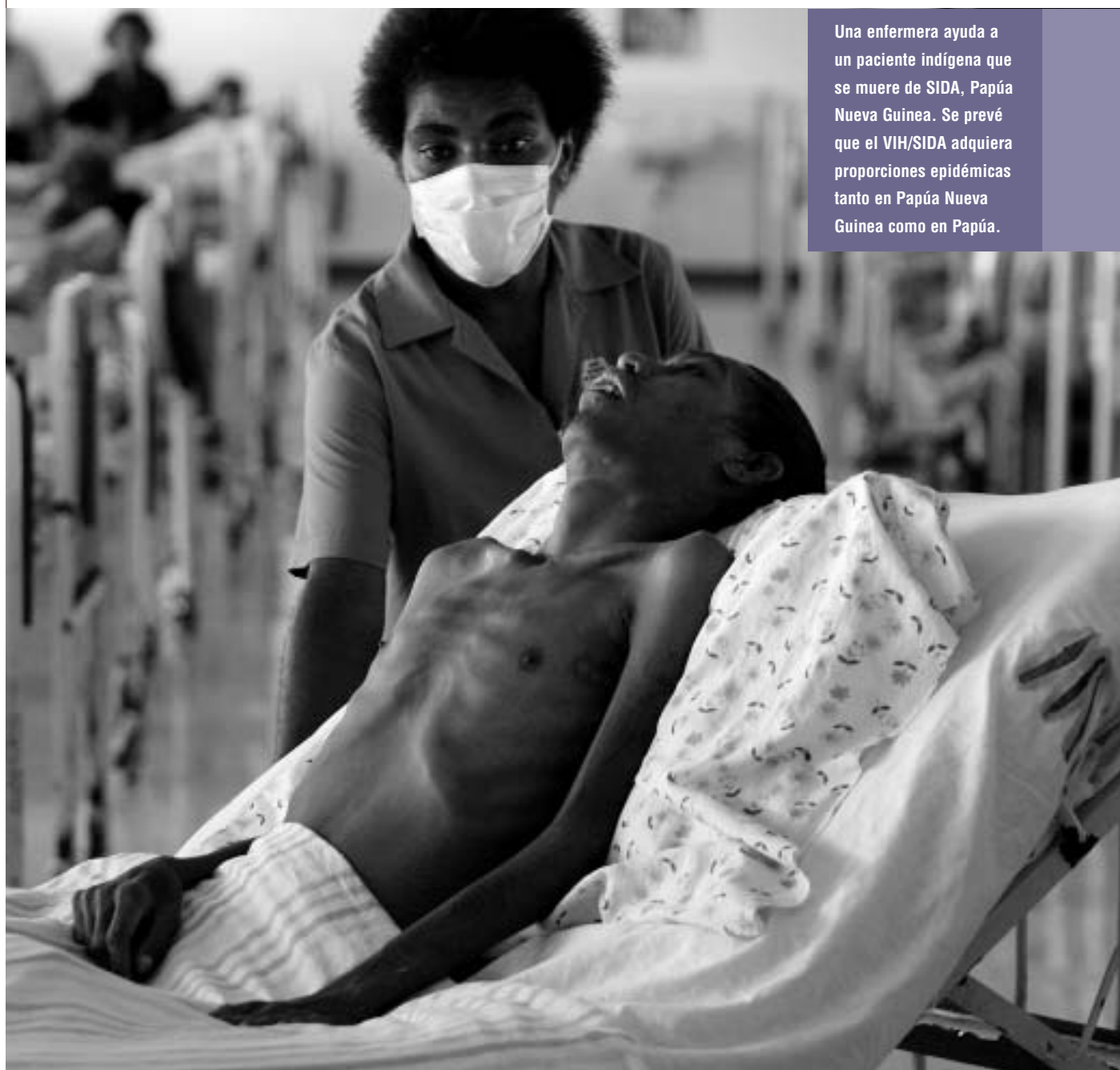


**En 2004,
Papúa tenía
aproximadamente
15.000 personas con
SIDA, y 60.000
infectadas con el
VIH/SIDA.**

VIH/SIDA EN PAPÚA OCCIDENTAL (CONTINUACIÓN)

“MUCHA GENTE SOSTIENE QUE LOS MILITARES TIENEN UN ESPECIAL INTERÉS EN INTRODUCIR AQUÍ Y PERPETUAR EL PROBLEMA [DEL VIH/SIDA]. LA INTRODUCCIÓN DEL VIH/SIDA SE ESTÁ LLEVANDO A CABO COMO UN MÉTODO EFECTIVO PARA ANIQUILAR A LOS PUEBLOS INDÍGENAS. LAS ALARMANTES TASAS DE VIH/SIDA EN TRIBUS REMOTAS DE LA REGIÓN DE MERAUKE SON LA MUESTRA DE ELLO. TALES TASAS HAN SIDO EL RESULTADO DE LA INTRODUCCIÓN DE LA PROSTITUCIÓN EN LA ZONA Y DEL DELIBERADO OFRECIMIENTO DE FAVORES A LOS LÍDERES INDÍGENAS LOCALES A CAMBIO DE LA ADQUISICIÓN DE TIERRAS INDÍGENAS PARA DESTINARLAS AL DESARROLLO COMERCIAL. MUCHOS OPINAN QUE ÉSTE ES UN CASO FLAGRANTE DE LIMPIEZA ÉTNICA” (REVERENDO JOHN BARR, DE LA CONGREGACIÓN RELIGIOSA AUSTRALIANA “UNITING CHURCH”).¹⁶

EN EL SUBDISTRITO DE ASSUE, SE HA ACUSADO A GUARDIAS DE SEGURIDAD DE PROPORCIONAR TANTO BEBIDAS ALCOHÓLICAS COMO TRABAJADORAS DEL SEXO A LOS LÍDERES INDÍGENAS A CAMBIO DE PODER ACCEDER A LA VALIOSA Y OLOROSA MADERA DE “GAHARU” (AGAR), QUE SE EMPLEA PARA HACER INCENSO. LOS PUEBLOS INDÍGENAS AWYU Y WIYAGAR DE LA ZONA SE ENFRENTAN AL PELIGRO DE LA EXTINCIÓN TOTAL DEBIDO AL CONTAGIO DE VIH/SIDA POR EL CONTACTO CON LAS PROSTITUTAS.¹⁷



Una enfermera ayuda a un paciente indígena que se muere de SIDA, Papúa Nueva Guinea. Se prevé que el VIH/SIDA adquiera proporciones epidémicas tanto en Papúa Nueva Guinea como en Papúa.

Las estadísticas relativas a ETS en comunidades indígenas desplazadas no son fáciles de consultar, sobre todo porque muchos gobiernos no quieren que tales cifras salgan a la luz. Las muertes por SIDA, o bien suelen no registrarse o bien se camuflan -a propósito o no- como muertes por tuberculosis, neumonía u “otras causas”, lo que produce una distorsión

significativa en los registros. En el campo de reasentamiento de New Xade, en Botsuana, por ejemplo, el 40% de las muertes de bosquimanos gana y gwi en 2002 se registraron como muertes por SIDA. Es probable que un 10% más de las muertes en este campo tuvieran el SIDA como causa.

MUERTE DE UNA MUJER BOSQUIMANA, BOTSUANA



GAKEMEITSWE (NO ES SU NOMBRE REAL) TENÍA 29 AÑOS CUANDO MURIÓ DE SIDA EN EL CAMPO DE REASENTAMIENTO DE NEW XADE, EN 2006. DEJÓ ATRÁS A TRES HIJOS, DOS DE LOS CUALES HABÍA ADOPTADO CUANDO SU HERMANA MURIÓ DE TUBERCULOSIS. POCO ANTES DE SU MUERTE, DIJO A SURVIVAL: **“QUIERO QUE ME LLEVEN Y ME ENTIERREN EN MI HOGAR EN MOLAPO [EN LA RESERVA DE CAZA DEL KALAHARI CENTRAL, RCKC]. AHORA ESTOY ENFERMA, ESTOY A PUNTO DE MORIR... FUIMOS LA PRIMERA GENTE DE MOLAPO EN SER EXPULSADA. AQUÍ EN NEW XADE HAY MUCHOS TIPOS DE ENFERMEDADES QUE NO RECONOCEMOS... SI TE ENFERMAS, MUERES.”**

A PESAR DE QUE BOTSUANA TIENE UNA DE LAS TASAS DE INCIDENCIA DE VIH/SIDA MÁS ALTAS DEL MUNDO, LAS COMUNIDADES BOSQUIMANAS DE LA RCKC APENAS ESTABAN AFECTADAS. SIN EMBARGO, LAS TASAS ESTÁN AUMENTANDO DE FORMA ALARMANTE EN LOS CAMPOS DE REASENTAMIENTO. LA FAMILIA DE GAKEMEITSWE FUE EXPULSADA DE LA RESERVA EN 1997. SU HERMANA Y SU MADRE TAMBIÉN HAN MUERTO EN NEW XADE. OTRA HERMANA ESTÁ CUIDANDO DE LOS TRES HUÉRFANOS, ADEMÁS DE OTROS CUATRO HIJOS PROPIOS.¹⁸

En 2002, los yanomami, que han sufrido la pérdida del 20% de su población a causa de las enfermedades introducidas por los mineros, terratenientes y madereros, se vieron ante una nueva amenaza: la construcción de barracones militares cerca de sus tierras. Se han registrado casos de explotación sexual de mujeres yanomami y propagación de enfermedades sexuales: “Los soldados ya han traído consigo la gonorrea y la sífilis, y tememos que, si continúan manteniendo relaciones sexuales con mujeres yanomami, les transmitan el VIH” (Davi Kopenawa Yanomami).¹⁹

Los trabajadores sanitarios con una larga trayectoria dentro de las comunidades y que gozan de su confianza, pueden ser muy eficaces a la hora de prevenir la transmisión de ETS. Una enfermera auxiliar de los enawene nawe alertó a la comunidad frente a las “akoya kawe”, las enfermedades que pueden transmitirse mediante contacto sexual, y explicó el uso del condón. Cuando se construyó una carretera y se sobornó a algunos hombres con la visita a un burdel, los pocos que aceptaron insistieron en que querían usar condones.²⁰ Para poder tener éxito, los programas de sensibilización han de ser diseñados sobre el terreno y estar adaptados a la cultura.²¹

“Los soldados ya han traído consigo la gonorrea y la sífilis, y tememos que, si continúan manteniendo relaciones sexuales con mujeres yanomami, les transmitirán el VIH.”

Davi Kopenawa Yanomami

Capítulo 5:

Atención sanitaria



“Los médicos en Papúa no están salvando vidas. Recetan medicinas para nuestra gente cuando se pone enferma, pero cuando los papúes van a la farmacia no se pueden permitir comprar unas medicinas tan caras. Regresan tristes a sus casas y esperan la muerte. Esto es un genocidio sistemático. Nuestro país es rico, así que nuestra gente debería tener suficiente dinero para comprar medicinas para salvar sus vidas. ¿A dónde se está yendo el dinero de nuestro país?”

Reverendo Herman Saud y reverendo Socratez Sofyan Yoman, 2005¹

“Tal como viene a ilustrar la experiencia de muchos pueblos indígenas, proporcionar atención sanitaria en sórdidos 'campos de reasentamiento' no es una compensación apropiada por la apropiación indebida de sus tierras y la supresión de un estilo de vida que es fundamental para su concepto de salud y bienestar.”

Global Health Watch, 2005-6

“Esto no es desarrollo. Ellos [los jarawa] están perdiendo su identidad y su modo de vida, que les ha permitido sobrevivir durante tantos años. Han iniciado el viaje por la carretera que conduce a la extinción.”

Shekhar, 2003

EL MITO DE LA ATENCIÓN SANITARIA

En este informe se han puesto de manifiesto algunos de los graves problemas de salud que padecen los pueblos indígenas cuando se les aleja de su tierra, se les impide poner en práctica sus tradiciones y se sustituye drásticamente su dieta basada en una sana y variada selección de alimentos silvestres por los productos comerciales procesados, las raciones y los pobres tentempiés disponibles en los suburbios urbanos. En estos entornos, muchos pueblos indígenas experimentan un empeoramiento tal de su estado de salud, que precisan desesperadamente atención médica. Pero en los deprimentes lugares de reasentamiento, las periferias urbanas y las chabolas al pie de las carreteras donde muchos pueblos indígenas suelen ir a parar, la atención médica suele ser inaccesible, económicamente inasequible y nada adaptada a sus necesidades.

Aquellos pueblos indígenas que conservan el control de sus tierras, con la posibilidad de practicar sus actividades tradicionales, como la caza y la recolección, y cuyas comunidades mantienen cierta autonomía, salen mucho mejor parados. Por supuesto, también ellos tienen necesidades que no pueden satisfacerse mediante sus médicos tradicionales, sobre todo por culpa de las enfermedades traídas desde fuera como la malaria y el sarampión, así como cuando sufren problemas que requieren cirugía. Pero la asistencia sanitaria más adecuada es la que lleva a los profesionales sanitarios y sus medicamentos a las comunidades, en lugar de llevar al paciente -o, peor aún, arrancar de su tierra a la comunidad al completo- a los centros urbanos, o a hospitales locales inadecuados y con escasos recursos.

Existe un mito muy extendido entre expertos en desarrollo y gobiernos, según el cual son los propios pueblos indígenas los que más interés tienen en ser trasladados a zonas menos remotas. Uno de los principales argumentos dados es que este desplazamiento permite a las comunidades acceder a una mejor atención sanitaria. La pregunta que plantean es ésta: “¿Acaso no queremos todos tener un fácil acceso a buenos hospitales?” A menudo, los gobiernos utilizan el desastroso impacto del primer contacto, como, por ejemplo, las epidemias, para reforzar su argumento simplista.²

En Botsuana, los bosquimanos han sido el principal objetivo del “Programa de Desarrollo de Áreas Remotas” (RADP por sus siglas inglesas), que ha buscado “desarrollar” a personas que viven en zonas remotas y acercarlas a los centros sanitarios y educativos. “Los efectos acumulativos han sido la pobreza, la marginalización, el sometimiento, el abuso del alcohol, deficientes niveles básicos de salud y educación, exclusión de los procesos de decisión, discriminación y prejuicios sociales, dominación y control, y dependencia [de grupos no bosquimanos]” (Nthomang, 2004). Los resultados no han sido ni el “desarrollo” ni la “atención sanitaria”. El propio gobierno del país ha admitido que los bosquimanos desplazados al campo de reasentamiento de New Xade están muriendo actualmente de intoxicación alcohólica y cirrosis hepática.³ Los residentes del campo también se están muriendo de SIDA.

El desarrollo de la atención sanitaria también se ha utilizado como argumento mayor para desplazar a las comunidades a viviendas más “apropiadas”, como en el caso de los innu de Davis Inlet. Los innu, que tradicionalmente han vivido en tipis o tiendas, fueron trasladados a viviendas de mala calidad, sin agua corriente ni red de aguas residuales, y que no conseguían proteger del frío a los nuevos inquilinos. Los asentamientos estaban atestados y suponían una enajenación permanente del modo de vida innu. El reasentamiento provocó un empeoramiento rápido de la salud física de la comunidad. El abandono de un estilo de vida nómada en aras de la “atención sanitaria” condujo a una significativa reducción del bienestar de las personas afectadas.⁴

Desplazar a individuos a hospitales alejados les expone a nuevos problemas de salud, como las enfermedades infecciosas, que, además, pueden introducirse en la comunidad cuando el paciente regresa. Esto es particularmente peligroso en personas que mantienen un alto grado de aislamiento y que, por tanto, poseen una reducida inmunidad a las enfermedades comunes de los occidentales. Para los individuos de comunidades aisladas, el shock que supone llegar a un gran hospital, en un área urbana, con personas a las que su cultura les es totalmente ajena, puede, sin duda, agravar su estado de salud. Muchos indígenas de zonas remotas de América y Australia han sido apartados de sus comunidades por largos períodos de tiempo en nombre de la atención sanitaria. El paciente sufre el aislamiento cultural y la ausencia de sus familiares. Si se traslada de esta manera a una cantidad suficiente de personas, las repercusiones serán para la comunidad al completo. Con el propósito de atajar el repentino y alarmante aumento de tuberculosis entre los pueblos inuit, el gobierno canadiense obligó a los pacientes a evacuar sus tierras. A muchos se les separó de sus familias y culturas durante años e incluso décadas.⁵ A las mujeres de comunidades remotas de Canadá y Australia se les alejó de sus familias cuando estaban a punto de dar a

luz, y se les envió a hospitales para el parto y “reclusión”, lo cual interfirió en las prácticas y rituales tradicionales.⁶ De modo similar, en Alaska, las políticas estatales relativas a la atención paliativa de los pacientes terminales han aislado a los pacientes de sus comunidades. Al enviar a los enfermos terminales a hospitales lejanos a morir solos, los médicos les deniegan los beneficios fisiológicos y psicológicos del apoyo familiar y las prácticas rituales. Al interferir de este modo en el nacimiento y la muerte, el sistema médico puede ocasionar un daño catastrófico a una cultura.⁷

En Canadá, a los pacientes de tuberculosis se les ha evacuado de sus comunidades durante décadas.

TRATANDO A LOS JARAWA DE LAS ISLAS ANDAMÁN

A PESAR DE QUE EN EL AÑO 2004 UNA DIRECTIVA DICTAMINASE QUE LOS JARAWA RECIENTE CONTACTADOS DEBÍAN RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA EN LAS SELVAS QUE HABITAN, Y QUE SÓLO PODÍAN SER TRASLADADOS A HOSPITALES EN CASOS DE EMERGENCIA, UNA RECIENTE INVESTIGACIÓN REVELÓ QUE SE SEGUÍA INGRESANDO A LOS JARAWA EN HOSPITALES POR MOTIVOS MENORES, COMO TOS, RESFRIADOS Y CORTES.⁸ TENIENDO EN CUENTA QUE, ENTRE LOS JARAWA, LA FAMILIA AL COMPLETO SUELE ACOMPAÑAR AL PACIENTE AL HOSPITAL, UN GRAN NÚMERO DE JARAWA SE ESTÁ EXPONIENDO AL PELIGRO DE CONTRAER ENFERMEDADES. AL TRATARSE DE UN PUEBLO AISLADO Y NUMÉRICAMENTE REDUCIDO, SON ESPECIALMENTE VULNERABLES A LAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS, DE LAS QUE SI SE CONTAGIAN, PODRÍAN AMENAZAR A TODA LA TIRBU AL REGRESAR A SU COMUNIDAD. DURANTE LA ESTANCIA HOSPITALARIA, LOS JARAWA RECIBEN ROPAS Y COMIDAS QUE SON AJENAS A SU CULTURA, Y QUE ESTÁN HECHAS PARA LAVAR CON JABÓN. LAS ROPAS PUEDEN CAUSAR PROBLEMAS GRAVES A PUEBLOS QUE TRADICIONALMENTE NO LAS HAN USADO, PUES A MENUDO SE QUEDAN SIN LAVAR Y PROVOCAN ENFERMEDADES CUTÁNEAS. LAS UNIDADES MÉDICAS MÓVILES QUE OPERARON DENTRO DE LA RESERVA JARAWA HAN SIDO SUSPENDIDAS. AL INSISTIR EN ALEJAR A LOS JARAWA DE SUS TIERRAS PARA INTERVENCIONES MÉDICAS INNECESARIAS, LAS AUTORIDADES ANDAMANESAS ESTÁN EXPONIENDO A LOS JARAWA NO SÓLO AL PELIGRO LAS ENFERMEDADES, SINO TAMBIÉN AL DE LA DEPENDENCIA.

“EN UN MISMO DÍA VIVIMOS DOS CONTACTOS CON LOS JARAWA. LA PRIMERA VEZ... ELLOS ESTABAN SENTADOS EN LAS CAMAS DE UN HOSPITAL, VISTIENDO TROPOS MAL COMBINADOS DE RIDÍCULOS COLORES Y FORMAS, MIRANDO VAGAMENTE A LOS VISITANTES. ESCENA SIGUIENTE: EN EL ENTORNO NATURAL DE... LAS SELVAS DEL SUR DE LAS ANDAMÁN, EN EL BARRANCO DE POONA. LOS ENCONTRAMOS REBOSANTES DE VIDA Y ENERGÍA, SIN EL ESTORBO DE LAS ROPAS, CARGANDO A SUS BEBÉS, FABRICANDO UTENSILIOS DE CAZA, CELEBRANDO LA LLEGADA DE NUEVA ‘SHIKAR’ [CAZA]. ... EL RECUERDO QUE QUEDÓ EN NUESTRA MEMORIA ES EL DE UNA GENTE ORGULLOSA Y FELIZ, MUY DIFERENTE DE LA DEPRIMENTE ESCENA DEL HOSPITAL.”⁹

UN CHOQUE DE CULTURAS

“La salud futura de estos grupos depende de factores socioeconómicos y sociopolíticos como el acceso a la educación y el reconocimiento de los derechos tradicionales. La atención médica, frente a la malnutrición y las enfermedades de esta gente, podría aliviar los síntomas, pero no debería excluir otras intervenciones de mayor alcance, que tengan en cuenta a los impulsores de cambio ecológicos, sociales, políticos y económicos que afectan indirectamente a la salud de los pueblos de las selvas. Mejorar su salud no está únicamente en manos de los médicos.”

AusAID, 2005

Muchos profesionales de la salud tienen una férrea creencia en la superioridad de la medicina occidental y una falta de comprensión de los métodos indígenas locales de atención sanitaria y los conceptos tradicionales de bienestar, salud y atención holística. Peor aún, algunas organizaciones misioneras han tratado de prohibir los sistemas chamánicos de atención sanitaria, tildándolos de “brujería” y “culto satánico” y sin comprender cuán intrínsecos son estos sistemas a las culturas en cuestión¹⁰

Este abismo en el entendimiento genera complejos problemas cuando a los pueblos indígenas se les imponen sistemas externos de atención sanitaria. Los profundamente enraizados conceptos de vergüenza y corrección pueden verse violentados cuando, por ejemplo, una enfermera lava a un anciano, o cuando un ginecólogo varón examina a una mujer.

Las repentinas irrupciones de los equipos de inmunización pueden desatar el pánico si sus motivaciones y métodos no se explican cuidadosamente. Es de vital importancia que los agentes sanitarios externos expliquen sus intenciones a las comunidades a las que sirven, que se esfuercen en comprender las sensibilidades locales y en ajustarse a ellas, y que acepten que en ocasiones sus procedimientos o explicaciones pueden ser inapropiados.

“Adherirse rígidamente a una concepción occidental de la salud puede, de hecho, causar más mal que bien [debido a...] la marginalización (o incluso criminalización) de los médicos tradicionales, [... Es necesario tender] un puente a las concepciones locales de salud, enfermedad y tratamiento” (Colfer et al, 2006).

ACCESIBILIDAD, ASEQUIBILIDAD Y DISCRIMINACIÓN

Los servicios médicos occidentales convencionales, incluso cuando se les ofrece a los pueblos indígenas reasentados, suelen ser inaccesibles debido a los altos costes que conllevan. Cada vez más, la atención médica en los países pobres conlleva el cobro de tasas al paciente, que los pueblos indígenas no pueden permitirse. En Camboya, mujeres indígenas han dado parte de que los costes (tanto del transporte como de las tasas de los médicos) son un enorme obstáculo a la hora de acceder a la atención sanitaria, y de que, para poder recibir tratamiento, se han visto obligadas a comprar medicamentos en caras farmacias privadas gestionadas por familiares del personal hospitalario.¹¹

Incluso donde la atención sanitaria es asequible, suelen darse problemas de discriminación contra las comunidades indígenas. En Burundi y la República Democrática del Congo, las mujeres twa (pigmeas) han tenido que pagar sobornos para que el personal sanitario les

atienda. Algunas cuentan que los profesionales de la salud les discriminan, diciéndoles que “huelen” o que están “sucias”.¹² Los san de Namibia informan de que han soportado tanta grosería, maltrato e intimidación por parte de las enfermeras de los centros de salud, que pierden las ganas de buscar ayuda.¹³ En Sudamérica, las comunidades indias suelen quedarse “generalmente en el límite de los programas de ayuda. Efectivamente, incluso aquellos programas que se extienden a zonas indígenas pueden fracasar debido a que las actitudes racistas entre los trabajadores sanitarios limitan en gran medida el acceso a los servicios y a que los programas están diseñados sobre la premisa incorrecta de que los grupos humanos son cultural y biológicamente homogéneos” (Hurtado et al, 2005: p. 642).

En la Columbia Británica, las mujeres de las Primeras Naciones presentan índices de mortalidad por cáncer cervical entre 4 y 6 veces mayores a la media de la provincia. Estas mujeres participan con menor frecuencia en los programas de detección de cáncer cervical que sus vecinas no indígenas, y encuentran difícil acceder a servicios sanitarios culturalmente adecuados.¹⁴

Las barreras lingüísticas y culturales, combinadas con la discriminación, suelen dar como resultado una falta de comunicación entre el personal médico y los pacientes indígenas. En abril de 2006 en Perú, muchas mujeres de la etnia pueblo nuevo, de la región amazónica oriental de Ucayali, fueron esterilizadas en un centro de salud sin recibir explicaciones sobre la naturaleza de la operación ni sobre la necesidad de reposo y tratamiento postoperatorio. Las mujeres retomaron su alto nivel de actividad habitual y cuatro de ellas desarrollaron infecciones graves.¹⁵

HOSPITALES PAPÚES: LUGARES PARA EL ÚLTIMO ALIENTO

LOS PUEBLOS PAPÚES DE LA ISLA DE NUEVA GUINEA HAN SUFRIDO TERRIBLEMENTE DESDE QUE INDONESIA OCUPARA LA MITAD OCCIDENTAL DE LA ISLA EN 1963. EL EJÉRCITO INDONESIO CUENTA CON UN LARGO HISTORIAL DE VIOLACIONES DE LOS DERECHOS HUMANOS CONTRA LOS PAPÚES, Y, POR LO GENERAL, LOS RACISTAS SOLDADOS INDONESIOS CONSIDERAN A LOS PAPÚES POCO MÁS QUE ANIMALES. EL GOBIERNO INDONESIO Y UNA SERIE DE COMPAÑÍAS EXTRANJERAS ESTÁN EXPLOTANDO LOS RECURSOS NATURALES DE PAPÚA Y EXTRAYENDO ENORMES BENEFICIOS, PERO A EXPENSAS DE LOS PUEBLOS PAPÚES Y DE LAS TIERRAS QUE SON SU HOGAR.

LA SALUD DE LOS PUEBLOS PAPÚES CONTRASTA CLARAMENTE CON LOS PROMEDIOS DE INDONESIA: SU ESPERANZA DE VIDA ES DE APENAS 50 AÑOS, Y 170 BEBÉS DE CADA 1.000 MUEREN ANTES DE ALCANZAR LOS CINCO AÑOS, EN COMPARACIÓN CON LOS 50 DE LA MEDIA DE INDONESIA. LOS PAPÚES, EXPUESTOS A INNUMERABLES ENFERMEDADES TRAÍDAS POR LOS FORÁNEOS, NO TIENEN ACCESO A UNA ATENCIÓN SANITARIA DE NIVEL ALTO. AL CONTRARIO, LA ATENCIÓN SANITARIA HA SIDO DESCRITA COMO UN “INFIERNO” POR PARTE DE LOS LÍDERES PAPÚES DOLLY ZONGGANAU Y JOHN RUMBIK. LOS FAMILIARES DE LOS PACIENTES SE ENCARGAN HASTA DE LA LIMPIEZA DE LAS CABINAS DE OPERACIÓN, Y SE PRODUCEN GRAVES PROBLEMAS DE COMUNICACIÓN ENTRE EL PERSONAL INDONESIO Y LOS PACIENTES PAPÚES. MUCHOS PAPÚES DESCONFÍAN DE LOS HOSPITALES; CREEN QUE SON UN LUGAR PARA EL “ÚLTIMO ALIENTO”.¹⁶

“Primero nos hacen indigentes al quitarnos nuestras tierras, nuestra caza y nuestro modo de vida. Luego dicen que no somos nada porque somos indigentes”

Jumanda Gakelebene, bosquimano, Botsuana, 2007

SONDEO SOBRE EL SIDA EN BOTSUANA

UN ESTUDIO REALIZADO EN 2007 POR MOSWEUNYANE EN BOTSUANA, EXPLORÓ LAS EXPERIENCIAS Y CONOCIMIENTOS RELACIONADOS CON EL VIH/SIDA ENTRE LA POBLACIÓN BOSQUIMANA. EL VIH/SIDA ERA VISTO COMO UNA ENFERMEDAD AJENA, INTRODUCIDA POR LOS BATSUANA (HABITANTES NO BOSQUIMANOS DE BOTSUANA), A MENUDO MEDIANTE LA VIOLACIÓN. LA VIOLACIÓN NO SE SOLÍA DENUNCIAR, PORQUE **“TEMEMOS A LOS POLICÍAS, PORQUE DICEN QUE OLEMOS MAL, ESTAMOS BORRACHOS Y NO HABLAMOS BIEN EL SETSUANA [LA LENGUA NACIONAL]. A VECES, SIMPLEMENTE SE RÍEN.”**

LA INFORMACIÓN SOBRE LA PREVENCIÓN, LAS PRUEBAS Y EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD NO ESTABA ALCANZANDO A LOS BOSQUIMANOS, EN PARTE DEBIDO A LA ACTITUD NEGATIVA DE LOS BATSUANA HACIA LOS BOSQUIMANOS. MIEMBROS DEL SECTOR SANITARIO ENTREVISTADOS SE REFIRIERON A LOS BOSQUIMANOS EN LOS SIGUIENTES TÉRMINOS: “BORRACHUZOS CONFLICTIVOS Y PROBLEMÁTICOS; MUY ARROGANTES, NO COOPERAN; PERSONAS MUY INSOLENTES; GENTE MUY RUIDOSA.” A LOS BOSQUIMANOS ENTREVISTADOS LES RESULTABA DIFÍCIL ACCEDER A LA INFORMACIÓN, QUE NO ESTABA DISPONIBLE EN SUS LENGUAS, Y ENCONTRABAN A LOS FUNCIONARIOS DEL GOBIERNO INTIMIDATORIOS; UNO DE ELLOS DIJO: “ELLOS SON LA GENTE QUE NOS TRAJÓ LA ENFERMEDAD, PERO AHORA HACEN COMO QUE NOS ATIENDEN Y NOS ENSEÑAN, CUANDO SABEN QUE YA ESTAMOS INFECTADOS Y MURIENDO.” AL PREGUNTÁRSELES QUÉ PROYECTO DE SALUD HACÍA FALTA, EL TEMA MÁS RECURRENTE ERA LA NECESIDAD DE INFORMACIÓN EN SU PROPIO IDIOMA Y PROPORCIONADA POR SU PROPIA GENTE. UNA RESPUESTA CLARA FUE ÉSTA: **“QUEREMOS QUE SE NOS DEVUELVA A NUESTRAS TIERRAS ANCESTRALES PORQUE ALLÍ NO ABUSABAN DE NOSOTROS LAS PERSONAS DE LAS CIUDADES NI LOS ‘BOERS’ [GRANJEROS BLANCOS], COMO SÍ OCURRE EN ESTE MOMENTO EN NEW XADE [CAMPO DE REASENTAMIENTO].”**¹⁷

ATENCIÓN SANITARIA POR EL PUEBLO Y PARA EL PUEBLO

URUGUAY

El proyecto de atención sanitaria yanomami -iniciado en la década de los noventa- logró reducir a la mitad el número de muertes entre los yanomami.

No tiene por qué haber un dilema para los pueblos indígenas entre vivir en sus tierras y tener acceso a una atención sanitaria decente y efectiva. Ni tiene que sustituirse a los curanderos indígenas por médicos occidentales. A lo largo de los siglos, los pueblos indígenas han desarrollado complejos sistemas de salud, que combinan la curación espiritual con la curación mediante hierbas.¹⁸ Estos sistemas se sustentan en un intrincado y amplio conocimiento de las plantas medicinales y sus usos.¹⁹ De hecho, una considerable proporción de la farmacopea occidental mundial se basa en el uso indígena de plantas medicinales u otras substancias.

Los enfoques indígenas en el ámbito de la curación suelen girar en torno a las interconexiones entre el individuo, la familia y la comunidad, y consideran que la salud física, la salud mental y la salud espiritual son inseparables. Esta concepción supone un fuerte contraste con la concentración en el paciente y sus síntomas específicos propia de la medicina occidental, y es mucho más adecuada para

hacer frente a los complejos problemas que aquejan a las comunidades desplazadas, incluidos el abuso del alcohol, el suicidio y la diabetes. En estas situaciones, la mejor manera de devolver la salud al individuo es mediante cambios de carácter comunitario. Si bien los curanderos tradicionales no pueden curar todas las enfermedades que conlleva el contacto con Occidente, tampoco pueden hacerlo los médicos occidentales; y los curanderos indígenas siguen siendo vitales para el bienestar general de la comunidad. Es fundamental que su trabajo sea respetado y complementado por el sistema médico externo, cualquiera que éste sea, en lugar de descartado y sustituido.

Incluso las comunidades muy remotas pueden tener proyectos de salud asequibles gestionados por ellos y para ellos, con la ayuda de personal cualificado del exterior. Con el tiempo, estos foráneos pueden compartir sus habilidades y conocimientos con la comunidad; los locales interesados pueden acudir a programas de formación, y es posible establecer un sistema

local de atención sanitaria. Una característica principal de estos proyectos reside en su actitud de fondo: se considera que los miembros de la comunidad local son tanto capaces de ayudarse a sí mismos como las personas más adecuadas para llevar a cabo la curación. Este enfoque es diametralmente opuesto a la actitud paternalista de muchos proyectos de salud llevados a cabo por gobiernos o misiones, que dan por hecha la superioridad de los conocimientos y técnicas “occidentales”. Cada vez son más los ejemplos de proyectos de salud efectivos y adecuados entre comunidades indígenas.

Los proyectos de salud más efectivos se basan en los conocimientos indígenas más una formación específica.



“ANTES DE QUE LLEGARAN LOS BLANCOS, NO ÉRAMOS IGNORANTES. NUESTROS CHAMANES ERAN CAPACES DE CURARNOS. CUANDO NO HABÍA MEDICINA BLANCA, LOS CHAMANES HACÍAN SU TRABAJO Y SOLAMENTE UNAS POCAS PERSONAS MORÍAN JÓVENES. AHORA QUE LOS BLANCOS HAN ENTRADO EN NUESTRA SELVA, TENEMOS MIEDO DE LA MALARIA Y LA TUBERCULOSIS, TENEMOS MIEDO DE LAS XAWARA [ENFERMEDADES CONTAGIOSAS] QUE DEJAN A SU PASO. ESTAS ENFERMEDADES VIENEN DE LEJOS, NUESTROS CHAMANES NO LAS CONOCEN. LOS ESPÍRITUS DE NUESTROS CHAMANES SÓLO PUEDEN DESTRUIR LAS ENFERMEDADES QUE NOSOTROS CONOCEMOS. CUANDO COMBATEN LAS XAWARA POR SÍ MISMOS, TAMBIÉN LES PUEDEN MATAR A ELLOS. PARA PROTEGERNOS DE ESTAS ENFERMEDADES, CONOCEMOS LA MEDICINA DEL HOMBRE BLANCO. PERO NO SABEMOS LEER LOS PAPELES DEL HOMBRE BLANCO, NO SABEMOS CÓMO USAR SUS MEDICINAS. NECESITAMOS QUE USTEDES NOS ENSEÑEN CÓMO USAR SU MEDICINA CONTRA LA MALARIA, LA TUBERCULOSIS Y OTRAS ENFERMEDADES. ENTONCES, CUANDO NUESTROS JÓVENES SEPAN TODO ESTO, SEREMOS CAPACES DE CURARNOS A NOSOTROS MISMOS.” Davi Kopenawa Yanomami, 1997

EL PROYECTO DE SALUD YANOMAMI



Los yanomami de la selva del Amazonas se han visto asolados por el sarampión, la malaria y los ataques violentos desde que se abrieron las carreteras en su territorio, trayendo consigo obreros y buscadores de oro y diezmando a su población. En 1987, una persona yanomami moría cada día a causa de enfermedades introducidas por los foráneos, y en 1989 había 40.000 mineros en territorio yanomami. El Gobierno de Brasil, en un intento de ocultar la terrible situación, envió ayuda médica a la zona y desalojó a todos los observadores independientes, incluidos los trabajadores de la salud no gubernamentales.²⁰

En los siete años que transcurrieron hasta 1993, había muerto una quinta parte de los yanomami, bien por enfermedad o bien en ataques violentos de los buscadores de oro. En 1991, un estudio de salud reveló que el 35% de los yanomami estaban malnutridos, el 76% sufría anemia y el 13% de los niños había perdido a uno o dos de sus progenitores.²¹ En algunas zonas, más del 90% de los yanomami había contraído la malaria y el 70% padecía enfermedades respiratorias víricas.²² Las instalaciones sanitarias habilitadas por el Gobierno brasileño consistían en la “Casa do Índio”, en la ciudad de Boa Vista, donde se trataba a los pacientes de malaria, y, simultáneamente, se les sometía a unas “condiciones médicas, nutricionales y sanitarias deplorables” y a la infección de otras enfermedades (AAA, 1991).

El líder yanomami Davi Kopenawa Yanomami fue el primero en sugerir, en 1989, que su pueblo necesitaba un proyecto de salud propio y autónomo. Incluso después de que su tierra fuera finalmente demarcada en 1992 y se expulsara a los mineros, los problemas de salud persistían. Los proyectos de salud gubernamentales habían sido de corta duración, ineficaces e inadecuados. Se necesitaba un proyecto gestionado por ellos mismos para que se dejara de “arrastrar a los yanomami a

concentrarse y vivir permanentemente en torno a los puestos y misiones de la FUNAI [agencia nacional para asuntos indígenas], algo que agudizaba su dependencia, disminuía su identidad cultural y empeoraba sus condiciones de salud” (CCPY, 1991: p. 9).²³ En lugar de eso, se creó un proyecto de financiación independiente basado en una estrecha cooperación entre los equipos sanitarios y los chamanes, y, lo que es más importante, una atención sanitaria continua en las aldeas. Mientras estuvo gestionado por la ONG Urihi, el proyecto yanomami fue especialmente efectivo en la batalla contra el sufrimiento y las muertes ocasionados por la malaria. En 1999, Urihi había reducido las tasas de tuberculosis en un 60%, la mortalidad infantil en un 65% y la malaria en un 99%, en relación a las cifras de 1991. En los primeros seis meses del año 2000, la mortalidad descendió en más de un 50%.²⁴

Sin embargo, en 2002, el Gobierno restringió la financiación del proyecto. Los líderes lanzaron una súplica: “Nosotros los yanomami necesitamos que Urihi siga trabajando con nosotros”; pero en 2004 el Gobierno se hizo cargo del proyecto. La malaria se cuadruplicó, de 418 casos en 2003 a 1.645 en 2005, pese a que las instituciones oficiales gastaran dos veces más dinero que Urihi en proporcionar atención sanitaria a los yanomami.

En una carta abierta, los líderes de siete organizaciones indígenas brasileñas escribían estas palabras: “Nosotros queremos participar activamente y tener control sobre la atención sanitaria en nuestras áreas indígenas, porque nosotros conocemos nuestra realidad y las necesidades de las comunidades a las que representamos... No aceptamos que una organización no indígena... sin experiencia en el trabajo con la salud de los pueblos indígenas, asuma la atención sanitaria indígena.”²⁵



LA ATENCIÓN SANITARIA Y LOS ENAWENE NAWE

LOS PROBLEMAS DE SALUD Y EL SUFRIMIENTO A QUE LOS ENAWENE NAWE HAN HECHO FRENTE A RAÍZ DEL CONTACTO CON LOS FORÁNEOS NO LES HA LLEVADO A DESEAR MUDARSE A CIUDADES Y HOSPITALES, AUNQUE ESTO, CON SEGURIDAD, FUERA OBJETO DE DEBATE EN LA COMUNIDAD. SE DIERON CUENTA DEL PELIGRO DE DEPENDER DE LOS FORÁNEOS, Y PIDIERON QUE, ADemás DE RECIBIR LA ATENCIÓN SANITARIA PRIMARIA DE LA ONG OPAN (OPERACIÓN AMAZONIA NATIVA), LOS MIEMBROS DE LA COMUNIDAD RECIBIERAN FORMACIÓN SANITARIA, “DE MODO QUE NO NOS ASUSTAMOS CUANDO LOS INUTI [FORÁNEOS] NO ESTÉN EN LA ALDEA.” LOS ENAWENE NAWE TIENEN UN SOFISTICADO Y COMPLEJO SISTEMA DE SALUD, QUE INCLUYE A HERBORISTAS, CHAMANES Y MAESTROS DEL CANTO, PERO SE HABÍAN DADO CUENTA DE QUE TAMBIÉN NECESITABAN ALGUNAS MEDICINAS “OCCIDENTALES” DEBIDO A LA LLEGADA DE LAS ENFERMEDADES DE LOS FORÁNEOS. YA TENÍAN UN NOMBRE PREPARADO PARA LOS NUEVOS ESPECIALISTAS QUE HABÍAN DE FORMARSE: LOS “BARAITALIXI”, O “PEQUEÑOS HERBORISTAS”.

PARTE DEL ÉXITO DEL PROYECTO BARAITALIXI RESIDE EN LA FORMA EN QUE HA INTEGRADO LAS DIVERSAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD. LOS ENAWENE NAWE ESTABAN DESARROLLANDO SU LENGUA ESCRITA, Y ESTABAN DESEOSOS DE USAR LA BASE DE DATOS DEL PROYECTO DE SALUD PARA ESTE FIN. EL PROGRAMA GENERAL DE EDUCACIÓN INCLUYÓ AMPLIOS DEBATES SOBRE LAS POLÍTICAS DE SALUD. LA FORMACIÓN DE LOS BARAITALIXI SE LLEVÓ A CABO EN LAS CASAS ENAWENE NAWE, EN LA LENGUA ENAWENE NAWE Y EN PRESENCIA DE TODOS. CON EL PROYECTO BIEN ENCAMINADO, LOS BARAITALIXI, ASISTIDOS POR RADIO POR PROFESIONALES DE LA SALUD, HAN ESTADO ASESORANDO Y TRATANDO A RAZÓN DE HASTA 80 PERSONAS POR MES.

EL HOSPITAL LOCAL HA HABILITADO UNA SALA ESPECIAL PARA PACIENTES INDÍGENAS, CON GANCHOS PARA HAMACAS, ESPACIO PARA QUE SE ALOJEN ACOMPAÑANTES Y CURSILLOS BÁSICOS DE ANTROPOLOGÍA PARA EL PERSONAL HOSPITALARIO. ESTO SIGNIFICA QUE, CUANDO LA GENTE NECESITE UNA EVACUACIÓN DE EMERGENCIA, NO TENDRÁ MIEDO DE RECIBIR UN TRATO INADECUADO O DISCRIMINATORIO.²⁶



Ha habido ejemplos de proyectos financiados por el Gobierno que han sido efectivos a la hora de colaborar con las comunidades indígenas para proporcionar atención sanitaria apropiada y culturalmente adaptada, sobre todo aquellos que contemplan la participación de la comunidad como un principio fundamental. Sin embargo, el dinero y las políticas progresistas decididas desde arriba no son suficientes por sí solas para que los proyectos tengan éxito. La legislación brasileña sobre atención sanitaria indígena es muy progresista y prevé un papel activo para los propios pueblos indígenas en la administración de la atención sanitaria. No obstante, sin la voluntad política de llevar a la práctica estas políticas, o la formación apropiada de personal sanitario que esté dispuesto a cooperar con la comunidad bajo sus condiciones, los proyectos de salud gestionados por el gobierno han tendido a fracasar.

CULTURAS FUERTES, PUEBLOS SALUDABLES

Los proyectos diseñados y ejecutados por la comunidad representan también la forma más eficaz de abordar los problemas de salud mental que sufren muchos pueblos indígenas desplazados. El suicidio, el abuso del alcohol, la violencia doméstica, la depresión y el vandalismo no son problemas de fácil solución. Los programas gubernamentales no arrojan cifras muy satisfactorias. Pero se sabe que una solución -y una cura- para tales situaciones es la interacción continuada con la tierra y la cultura, conocida como “continuidad cultural”. Los individuos menos dañados en las comunidades reasentadas suelen ser aquellos que siguen regresando a la tierra y/o practicando la caza y la recolección por temporadas. Esta conexión con su propia identidad, y una continuada confianza en las destrezas y los conocimientos tradicionales, reducen la sensación de desintegración y dependencia. Los individuos jóvenes y desencantados, con problemas en la escuela y de carácter conflictivo y agresivo, pueden experimentar una profunda mejora del comportamiento y la autoestima si reconectan con su tierra y su cultura, con beneficios a largo plazo para su salud mental.

LA FUNDACIÓN TSHIKAPISK: RECONECTANDO CON LA CULTURA INNU

“CUANDO ESTAMOS EN EL CAMPO, NOS SENTIMOS SANOS. NOS ENCANTA ESTAR EN EL CAMPO DONDE SIEMPRE PODEMOS AYUDARNOS ENTRE NOSOTROS... ES UNA FORMA DE VIDA MARAVILLOSA.”

GRUPO DE NIÑOS INNU, 1992

LA ALDEA INNU DE SHESHATSHIU ESTÁ RODEADA POR UNA VIVIENDA COMUNAL, UN REFUGIO DE MUJERES, UN CENTRO PARA VÍCTIMAS DEL ABUSO DE DISOLVENTES, UNA CLÍNICA Y UN PROGRAMA CONTRA EL ALCOHOL. TODOS SON MUESTRA DE LA RESPUESTA DEL GOBIERNO CANADIENSE ANTE LOS ELEVADOS ÍNDICES DE SUICIDIO, ABUSO DE DROGAS Y COMPORTAMIENTO DISFUNCIONAL EN LA COMUNIDAD. ESTOS CENTROS REFLEJAN EL ENFOQUE GUBERNAMENTAL: EL QUE CONSIDERA QUE LOS PROBLEMAS DE LOS INNU SON PROBLEMAS DE INDIVIDUOS O FAMILIAS, Y LA MEJOR FORMA DE TRATARLOS ES CON MEDICAMENTOS, ORIENTACIÓN PSICOLÓGICA Y RITUALES DE CURACIÓN EN GRAN MEDIDA IMPORTADOS.

PERO MUCHOS INNU CREEN QUE ESTE ENFOQUE NO SE DIRIGE A LA RAÍZ DE SUS PROBLEMAS, Y, EN LUGAR DE CENTRARSE EN LOS INDIVIDUOS, HAN COMENZADO A BUSCAR SOLUCIONES EN SU HISTORIA, SU CULTURA Y SUS TRADICIONES. UN GRUPO DE FAMILIAS INNU DEDICADAS A LA CAZA CREÓ RECIENTEMENTE LA FUNDACIÓN TSHIKAPISK, COMO CONSECUENCIA DE LA FRUSTRACIÓN GENERADA POR LAS CLÍNICAS DEL GOBIERNO Y DEL DESEO DE LLEVAR UNAS VIDAS MÁS SALUDABLES Y PRODUCTIVAS EN EL CAMPO. A TRAVÉS DE LA FUNDACIÓN, SE HA ENSEÑADO A JÓVENES INNU LA HISTORIA DE SU PUEBLO, LA GEOGRAFÍA DE SUS TIERRAS Y LAS DESTREZAS PRÁCTICAS NECESARIAS PARA VIVIR EN EL CAMPO. EL PROYECTO MANTIENE VIVAS LAS TÉCNICAS INNU Y FORTALECE UN SENTIMIENTO DE IDENTIDAD INNU Y LA CONEXIÓN TRADICIONAL DEL PUEBLO INNU CON LAS TIERRAS, LAS AGUAS Y LOS ANIMALES QUE LES RODEAN.

LOS ESTUDIANTES TIENEN QUE ESFORZARSE MUCHO, Y LLEGAN A CAMINAR 20 KILÓMETROS AL DÍA POR TERRENOS MUY ACCIDENTADOS LLEVANDO PESADAS CARGAS. VUELVEN A LAS COMUNIDADES MÁS SANOS Y FUERTES. LOS JÓVENES INNU, A QUIENES A MENUDO SE LES CONSIDERA “FRACASADOS” EN LA ALDEA POR SUS MALOS RESULTADOS EN EL SISTEMA ESCOLAR, SUELEN DESTACAR EN LAS HABILIDADES PRÁCTICAS Y SOCIALES NECESARIAS EN LA NATURALEZA. AQUELLOS JÓVENES ENGANCHADOS A LA INHALACIÓN DE GASOLINA A LOS QUE SE LLEVA AL CAMPO, REGRESAN CON UNA AUTOESTIMA Y CONFIANZA ENORMEMENTE REFORZADAS.

**“ME SIENTO MUCHO MEJOR CONMIGO MISMO AHÍ FUERA EN EL CAMPO.
[DE REGRESO] EN SHESHATSHIU TODO LO QUE HAGO ES BEBER... A MÍ ME GUSTA
ESTO. ES TRANQUILO. NO HAY BORRACHOS NI DROGAS.”**

Jonathan Walsh, joven innu del campamento de Kapuamaskat, 2006

Conclusión

“No estoy diciendo que esté en contra del progreso. Creo que es muy positivo cuando los blancos vienen a trabajar entre los yanomami, a enseñar a leer y escribir, y a plantar y usar plantas medicinales. Para nosotros, esto es progreso. Lo que no queremos son las empresas mineras, que destruyen la selva, o a los mineros, que traen tantas enfermedades. Estos blancos deben respetar a nuestra tierra yanomami. Los mineros traen armas, alcohol y prostitución, y destruyen toda la naturaleza donde quiera que van. Para nosotros, esto no es progreso. Queremos progreso sin destrucción.”

Davi Kopenawa Yanomami

Hay tres cuestiones esenciales que este informe ha planteado en relación a la salud de los pueblos indígenas. En primer lugar, los derechos sobre la tierra y la posibilidad de conservar las tradiciones y la “continuidad cultural” en esa tierra son determinantes para un buen estado de salud. En segundo lugar, el desplazar a estas comunidades fuera de sus tierras, u otras formas de “progreso” impuesto, tienen repercusiones devastadoras, tanto inmediatas como a largo plazo. En tercer lugar, si bien los sistemas externos de atención sanitaria son necesarios para ayudar a los pueblos indígenas a combatir las enfermedades introducidas, estos sistemas pueden causar más daño que beneficio; unos proyectos de salud apropiados deben ser cuidadosamente concebidos con, por y para las personas afectadas.

1. Los derechos territoriales protegen la salud

Los pueblos indígenas, cuando viven según sus tradiciones, en su propia tierra, son generalmente saludables, felices, fuertes y enérgicos, con bajos niveles de enfermedades crónicas que asolan las sociedades occidentales. Su salud puede atribuirse en gran medida a tres factores: altos niveles de ejercicio, dietas basadas en una amplia variedad de alimentos silvestres (en vez de productos procesados) y bajos niveles de estrés, gracias a unas sólidas comunidades y la autosuficiencia. Los cambios repentinos en su entorno y su sociedad, y el contacto con los foráneos y sus enfermedades, conllevan rápidos incrementos de las tasas de mortalidad: históricamente, hasta el 90% de los grupos indígenas han sido exterminados tras el contacto. El contacto mata de tres formas: las epidemias de enfermedades; el shock y el subsiguiente derrumbe de los mecanismos de defensa y la

producción de comida, y la violencia. El impacto es mucho menos grave cuando la comunidad mantiene el control de sus tierras; esta es la fuente de su salud. Pero cuando se pierde el control sobre la tierra, o donde se impide a los pueblos indígenas usar su tierra de acuerdo con sus tradiciones, la salud a largo plazo sufre. Los tres factores que en mayor medida contribuyen a la salud -dieta, ejercicio y autosuficiencia- dependen del acceso a la tierra. Los pueblos a los que se ha separado de sus tierras casi siempre pierden su autosuficiencia, y empiezan a depender de la caridad, del trabajo asalariado o de la venta de productos a los mercados (o, en el peor de los casos, de la búsqueda de comida en la basura). Su dieta deja de estar basada en alimentos recolectados directamente en la naturaleza para pasar a incluir comidas procesadas o de origen agrícola; sus niveles de ejercicio físico cambian, y su estrés aumenta. El acceso a las medicinas tradicionales y a los poderes curativos asociados a la conexión espiritual con la tierra se pierde.

2. El contacto y la pérdida de la tierra tienen repercusiones a largo plazo sobre la salud

Las repercusiones inmediatas sobre la salud que tienen el contacto y el abandono de la tierra son claras, pero también hay repercusiones drásticas a largo plazo. Cuando se les lleva fuera de sus tierras, a los pueblos indígenas se les suele obligar a vivir en barriadas pobres y campamentos de chabolas, donde el hacinamiento puede ser un verdadero problema, especialmente para grupos que anteriormente fueron nómadas y vivieron en pequeños grupos familiares, como los nukak. Tal sedentarización conlleva la exposición a enfermedades típicas de la pobreza y el hacinamiento: enfermedades diarreicas transmitidas por el agua y epidemias



de enfermedades “comunes”, como la gripe y la varicela, así como enfermedades transmitidas por animales y ropas sucias. Para los niños pequeños en particular, esto puede provocar altas tasas de mortalidad.

Incluso en países más ricos, los pueblos indígenas padecen a menudo las peores de estas “enfermedades de la pobreza” y las enfermedades crónicas que trae consigo la “occidentalización”: diabetes, hipertensión arterial, obesidad y cáncer. La diabetes se ha convertido en una grave amenaza para la salud de los pueblos indígenas debido a las profundas alteraciones en la dieta y el volumen de ejercicio, y a un incremento del estrés emparejado con una merma de la autosuficiencia.

Estos cambios conducen, casi inevitablemente, a un desorden psicológico. Para la generación de mayor edad, la adaptación es más difícil y con frecuencia va acompañada de una profunda sensación de desorientación. Los ancianos también pierden su estatus en la medida en que las comunidades se descomponen por los cambios a los que se ven sometidas; el alcoholismo es un síntoma demasiado frecuente de su sufrimiento. Para los jóvenes, la pérdida del futuro imaginado sumado a una escolarización -especialmente la residencial- impuesta y ajena, puede ser tan desestabilizadora que pierden toda orientación. Se pueden sentir alienados respecto de la mayoría, a menudo víctimas del racismo, y, al mismo tiempo, desintegrados de sus comunidades. Los índices de suicidio juvenil y abuso de sustancias son alarmantemente elevados entre los grupos indígenas que ya no viven en sus propias tierras. Por el contrario, allí donde las comunidades siguen viviendo en gran medida según sus tradiciones y en su propia tierra, o donde han conseguido regresar a sus tierras, los suicidios son raros o completamente desconocidos. Una amenaza cada vez más preocupante para la salud de los pueblos indígenas es el VIH/SIDA. Son muchos los factores que contribuyen a la rápida expansión de la infección entre los pueblos

desplazados: el contacto con los foráneos conlleva con frecuencia la explotación sexual de mujeres y niñas indígenas; la creciente dependencia de puestos de trabajo remunerados lejanos implica que los hombres pasen fuera largos períodos y, que a menudo, vuelvan con el virus; y la desintegración de las comunidades destruye los tabúes sociales que podrían haber protegido a la gente de la infección, como los tabúes relativos a las relaciones sexuales con foráneos.

3. La atención sanitaria debe ser adecuada

Allí donde los pueblos indígenas han estado expuestos a las enfermedades de los foráneos y, especialmente, allí donde sus vidas han entrado en una espiral de confusión debido a los cambios impuestos desde fuera, sus integrantes estarán expuestos a enfermedades a las que sus sistemas médicos tradicionales no son capaces de hacer frente. Necesitan una buena atención sanitaria, en particular programas de vacunación y acceso a programas de atención dental y salud sexual. Pero la atención sanitaria puede ser más dañina que beneficiosa si implica el alejar a largo plazo a comunidades y/o individuos de sus tierras; si destruye la fe en la curación y los curanderos tradicionales; si está deficientemente explicada y agresivamente implementada, y si se administra por personal abusivo y racista. Todos estos “sí” son muy comunes.

Los programas de salud que son solicitados por la comunidad y desarrollados con su participación, en su tierra y uniendo tradiciones indígenas de atención sanitaria con la asistencia médica “occidental”, pueden ser muy positivos y generar no sólo mejorías en la salud, sino un renovado sentimiento de orgullo y confianza en la comunidad. Los mejores proyectos aspiran a reforzar, en vez de eliminar, la autosuficiencia de la comunidad, para lo que se forma a personas para que actúen de forma autónoma, además de proporcionar una atención sanitaria de apoyo que sea accesible, asequible y no discriminatoria, para situaciones que escapen a las posibilidades locales. De forma similar,

los programas más efectivos para problemas de salud mental, implican el reencuentro de los jóvenes con su tierra, su cultura y su sentido de identidad. Mientras que los programas gubernamentales de desintoxicación pueden ayudar a un adolescente adicto a las sustancias en el plazo más inmediato, estas iniciativas comunitarias se dirigen al origen del problema y posibilitan, por tanto, soluciones a largo plazo.

A través de nuestra participación en proyectos como el de la Fundación Tshikapisk y el Proyecto de Salud Yanomami, desde Survival hemos podido ver su potencial positivo. Pero la mayoría de los pueblos indígenas del mundo están sufriendo un desesperante estado de salud provocado por las repercusiones del “progreso” y la pérdida de sus tierras. Pueblos como los nukak de Colombia, los indígenas de Papúa Occidental y los recientemente contactados jarawa de las Islas Andamán, se enfrentan al riesgo real de la extinción total si sus derechos territoriales y sus derechos culturales no son reconocidos y respetados.

Si deseas más información sobre cómo puedes ayudar a los pueblos presentados en este informe, y quieres expresar tu apoyo, dirígete a la siguiente dirección:

www.survival.es/elprogresopuedematar



ACTÚA AHORA

Realizamos un seguimiento continuo de la situación de los pueblos indígenas de todo el mundo, prestando una atención especial a los más vulnerables, frecuentemente aquéllos que han tenido un menor contacto con personas del exterior. Pedimos a las personas sensibilizadas que actúen tan pronto como identificamos una amenaza específica. Se pueden evitar muchas tragedias, tanto a través de la presión pública como financiando proyectos de salud, educación o autoayuda.

Desde 1969, el movimiento que hemos creado ha demostrado en repetidas ocasiones su efectividad a la hora de salvar tierras indígenas y prevenir algunas de las catástrofes más graves. Unirse al movimiento por los pueblos indígenas es fácil y no comporta ningún tipo de obligación. Puedes elegir la cantidad de información que quieres recibir:

- Para recibir gratuitamente las noticias electrónicas mensuales, inscríbete en **www.survival.es/noticias/electronicas**
- Para recibir información adicional por correo ordinario, por favor, contacta con nosotros por e-mail a: **info@survival.es**, o por teléfono al **91 521 72 83**
- Visita nuestra página web **www.survival.es** con frecuencia. Las noticias son actualizadas a medida que nos llegan, así como los videos. En la web podrás encontrar gran cantidad de información sobre pueblos indígenas, videos, fotografías, formas de colaborar, etc.

www.survival.es

AGRADECIMIENTOS

Survival quiere expresar a las siguientes personas su agradecimiento por las inestimables contribuciones prestadas para la realización de este informe:

Dr. Renato Athias; Prof. Roberto Baruzzi; Dra. Leslie Butt; Dr. Ed Dounias; Dra. Mariana Ferreira; Dra. Nicole Freris; Dr. Alain Froment; Prof. Stafford Lightman; Prof. Jules Pretty; Dr. Colin Samson; Dr. Alex Shankland; Da. Heggy Wyatt.

© Survival International 2008

Primera edición en inglés: 2007

Primera edición en castellano: 2008

Autoras: Dr. Jo Woodman y Sophie Grig

Ayudamos a los pueblos indígenas a defender sus vidas, proteger sus tierras y decidir su propio futuro.

Survival International

Calle Príncipe, 12, 3ºA
28012- Madrid (España)

T +34 91 521 7283

F +34 91 523 1420

info@survival.es



NOTAS FINALES: CAPÍTULO 1

- ¹ Comunicado emitido a Survival, 2007
- ² Comunicado emitido a Survival, 2005
- ³ Profesor Paul Zimmet, Instituto Internacional de Diabetes, entrevista con la BBC, 14 de octubre de 2006
- ⁴ Montenegro and Stephens, 2006
- ⁵ Diener and Seligman, 2004
- ⁶ Global Health Watch, 2005; Dounias et al, 2004; Froment, 2001
- ⁷ Foliaki and Pearce, 2003
- ⁸ Dounias et al, 2004; Eaton and Eaton, 1999; Bodley, 1975
- ⁹ Wirsing, 1985
- ¹⁰ Pennington, 2001
- ¹¹ Venkatesan, 1990
- ¹² Bjerragaard et al 2004; Tanner, 1944; Maingard, 1937; Portman, 1899
- ¹³ Banks, 1770
- ¹⁴ National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Strategy (Draft), 2001
- ¹⁵ Bjerragaard et al, 2004
- ¹⁶ Colchester, 2004
- ¹⁷ Baruzzi y Franco, 1981. Ver también Baruzzi, 1981; Baruzzi et al, 1977
- ¹⁸ Early y Peters, 2000

Fotos: portada: padre e hijo yanomami, Brasil © Victor Englebert 1980/Survival; portada interior: madre y niño yanomami, Brasil © Antonio Ribeiro; p.4: padre yanomami con su hijo, Brasil © Peter Frey/Survival; p.5: madre e hijo nambiquara, Brasil © Marcos Santilli/Panos Pictures; p.7: niño jarawa, Islás Andamán © Salomé/Survival; p.8: tala ilegal en bosque de los penan, Sarawak, Malasia © Survival; p.9: campamento guaraní, Brasil © Survival.

- ¹⁹ Cook, 1998
- ²⁰ Dobson and Carper, 1996
- ²¹ Early y Peters, 2000; Ramos y Taylor, 1979
- ²² Wirsing, 1985
- ²³ IWGIA, 1989
- ²⁴ Se cita en Feather y Serjali, 2002: p.10
- ²⁵ Se cita en Hemming, 2003: p.303
- ²⁶ Hemming, 2003
- ²⁷ Se cita en Hemming, 2003:541
- ²⁸ Se cita en Hemming, 2003:575
- ²⁹ Evald, 1998: estadísticas de 1788 y 1996; Pandit 1998: Estadísticas de 1858 y 1978; Censo de la India: estadísticas 1901-1971; NIPFP 2006: estadísticas de 1981 y 2003; Subgrupo de expertos de los jarawa: estadísticas de 2006
- ³⁰ Venkatesan, 1990
- ³¹ WALHI, 2006
- ³² Utusan Konsumer, 2002
- ³³ Dounias et al, 2004; Jackson, 2004; Froment, 2001; Fernandes-Costa et al, 1984
- ³⁴ Dounias y Froment, 2006

CAPÍTULO 2

- ¹ Citado en Lagan, 2006
- ² Cook, 1998
- ³ Godoy et al, 2005
- ⁴ Trovato, 2001
- ⁵ Fuentes utilizadas para el gráfico: *Canada - Health Canada, covering year 2000; New Zealand and Australia: Anderson et al, 2006. New Zealand data covers period 1996-1999; Australia data covers period 1996-2000.* Puntualización: tener en cuenta que los datos de Nueva Zelanda comparan las poblaciones maorí con las no maorí; los datos de otros países comparan poblaciones indígenas con los datos nacionales.
- ⁶ Health Canada, 2001
- ⁷ Anderson et al, 2006
- ⁸ Hetzel, 2000
- ⁹ Lagan, 2006
- ¹⁰ Royal Australasian College of Physicians, 2005. Las estadísticas hacen referencia a aborígenes por debajo de los 65 años en el periodo 1997-8
- ¹¹ Estadísticas citadas en el parlamento australiano por Linda Burney, diputada por Canterbury NSW, el 2 de julio de 2003. Ver: [www.parliament.nsw.gov.au/.../hanstrans.nsf/V3ByKey/A6E2138EE35D4848CA256D5E0037791E/\\$File/531la024.pdf](http://www.parliament.nsw.gov.au/.../hanstrans.nsf/V3ByKey/A6E2138EE35D4848CA256D5E0037791E/$File/531la024.pdf)
- ¹² HREOC, 2005
- ¹³ Presidente del grupo de trabajo nacional de pueblos indígenas del Human Rights Coordinating Committee, citado en Salazar, 2006.
- ¹⁴ <http://www.un.org/rights/50/people.htm>
- ¹⁵ Kunitz, 1994
- ¹⁶ Fred Hollows Foundation, 2004
- ¹⁷ Fred Hollows Foundation, 2004
- ¹⁸ Ver <http://www.healthinonet.ecu.edu.au/ears> para más información.
- ¹⁹ Entrevista radiofónica con Norman Swan, ABC Radio Health Report, 18 de agosto de 2003
- ²⁰ Burrow et al, 2003
- ²¹ Eaton et al, 1994
- ²² So, 1980; Shephard and Rode, 1996
- ²³ Hildes y Schaefer, 1984
- ²⁴ Shephard y Rode, 1996
- ²⁵ US Commission on Civil Rights, 2004; Condon et al, 2003
- ²⁶ Burhansstipanov and Dresser, 1993
- ²⁷ Levang et al, 2005
- ²⁸ Dounias et al, 2004
- ²⁹ Ambas citas de la BBC, 2006. Ver <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/6143182.stm>
- ³⁰ Citado en Campbell 2002: p.147
- ³¹ Se ha producido un incremento notable en la prevalencia de diabetes de tipo 2 entre los pueblos indígenas desde que se contactó con ellos y se les expuso a la comida “occidental”. Antes de la Segunda Guerra Mundial, los indígenas norteamericanos no habían oído hablar de diabetes, en ninguno de sus tres tipos (Joe and Young, 1994)
- ³² Thomson et al, 2004

- ³³ US Commission on Civil Rights, 2004
- ³⁴ Health Canada, 2001: p.23
- ³⁵ Young et al, 1990
- ³⁶ Young et al, 1998
- ³⁷ Fred Hollows Foundation, 2004
- ³⁸ Foliaki y Pearce, 2003
- ³⁹ Smith et al, 1994
- ⁴⁰ Milliken y Albert, 1999
- ⁴¹ Por sus esfuerzos en recuperar sus semillas perdidas, recibieron el “Slow Food Award for the Defense of Biodiversity” en 2003. Para más información: <http://www.slowfoodfoundation.org/eng/premio/vincitori2003.lasso>
- ⁴² Wirsing, 1985
- ⁴³ Wirsing, 1985
- ⁴⁴ Khunlein et al, 2004
- ⁴⁵ Tanner, 1944
- ⁴⁶ Samson y Pretty, 2006
- ⁴⁷ Fuentes utilizadas para el gráfico: Samson and Pretty, 2006
- ⁴⁸ Fuentes utilizadas para el gráfico: estadísticas tradicionales extraídas de Draper, 1977; datos extraídos de 1994
- ⁴⁹ So, 1980
- ⁵⁰ Khunlein et al, 2004
- ⁵¹ So, 1980
- ⁵² Moran, 1981
- ⁵³ Schaefer, 1981
- ⁵⁴ Arctic Health Research Centre, 1959
- ⁵⁵ McGrath-Hanna et al, 2003
- ⁵⁶ Metz et al, 1971
- ⁵⁷ Fernandes-Costa et al, 1984
- ⁵⁸ OIT, 1999
- ⁵⁹ Marini y Gragnolati, 2003
- ⁶⁰ Khunlein et al, 2004
- ⁶¹ Uauy et al, 2001
- ⁶² Murphy et al, 1992
- ⁶³ Argenpress.info, *Estamos muriendo como pajaritos*, 18 de septiembre de 2007
- ⁶⁴ Fell, 2005
- ⁶⁵ Fell, 2005
- ⁶⁶ El acceso a productos lácteos, vitaminas y frutas, y vegetales ricos en minerales puede mejorar la salud dental, pero entre las poblaciones tribales pobres y desplazadas, una mejora en la dieta no es la pauta.
- ⁶⁷ Price, 1945
- ⁶⁸ So, 1980
- ⁶⁹ Moynihan, 2005
- ⁷⁰ Dewailly and Weihe, 2002
- ⁷¹ Salazar, 2006
- ⁷² Hassol, 2004
- ⁷³ Ver <http://inuitcircumpolar.com/index.php?ID=267&Lang=En>

Fotos: p.11 pareja aborigen, Australia © Ceanne Jansen/Survival; p.12 mujer aborigen, Australia © Mikkel Ostergaard/Panos; p.14 hombre punan, Borneo © Edward Dounias; p.16 pescadores enawene nawa, Brasil © Fiona Watson/Survival; p.17 mujer innu, Canadá © Dominick Tyler/Survival.

CAPÍTULO 3

- ¹ Extraído de una entrevista con Fiona Watson, Survival, Porto Lindo, Brasil, noviembre de 1996
- ² Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1996; Kirmayer y Gill, 1994
- ³ Citado en Scott-Clarke and Levy, 2006
- ⁴ Bussidor y Bilgen-Reinart, 1997
- ⁵ Recordando a las comunidades aborígenes australianas, una razón que se sugiere para esto es que los ancianos tienden a estar más involucrados en la vida cultural, mientras que los hombres jóvenes están más alienados y “privados culturalmente”. (Tatz, 1999)
- ⁶ Coloma, 2006; Scott-Clark y Levy, 2006; NAHO, 2005; Pika and Bogoyavlensky, 1995
- ⁷ Scott-Clark y Levy, 2006
- ⁸ El gráfico hace referencia a las tasas de suicidio en Australia para los menores de 24 por cada 100.000 habitantes (Thomson et al, 2004: p.22)
- ⁹ Coloma, 2006; Leenaars, 2006; Newman, 2006; Fell, 2005; CIMI, 2001
- ¹⁰ Gráfico: tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes para hombres de entre 15 y 24 años. Fuente: SDWG, 2005: p.101
- ¹¹ NAHO, 2005; Bjerregaard et al, 2004; Shephard y Rode, 1996
- ¹² Health Canada, 2000
- ¹³ Shephard y Rode, 1996: p.83
- ¹⁴ UNICEF, 2003
- ¹⁵ Se cita en Newman, 2006
- ¹⁶ Coloma et al, 2006

- ¹⁷ Cita extraída de una entrevista con Fiona Watson, Survival, en territorio Pirakuá, en noviembre de 1996
- ¹⁸ En su origen el informe del que proviene esta cita compartía autoría con el CIMI (Conselho Indigenista Missionário) y el Ministerio Público Federal del Gobierno brasileño
- ¹⁹ Cita extraída de una entrevista con Fiona Watson, Survival, Limio Verde, 1996
- ²⁰ Cohen, 1999
- ²¹ Ver Tait, 2001. Sin embargo, téngase en cuenta que hay, quizás, otro diagnóstico exagerado sobre pueblos aborígenes en Canadá y Australia debido a los estereotipos racistas (Tait, 2002)
- ²² Para más información, ver el documental sobre el tema de la CBC “I’ll never stop sniffing gas”, del 29 de noviembre de 2000. Ver <http://archives.cbc.ca/400d.asp?id=1-70-1671-11509>
- ²³ Clancy, 2004. Ver: <http://www.cbc.ca/news/background/aboriginals/sheshatshiu.html>
- ²⁴ Dion Stout and Kipling, 2003
- ²⁵ Cita extraída de una entrevista con Sophie Grig, Survival, en Ustiye Vatiyorgana, en la región de Khanty-Mansi Autonomour, Rusia
- ²⁶ Ver también: Corrado and Cohen, 2003
- ²⁷ Para más detalles del estudio, ver: McKendrick, 2001
- ²⁸ Kirmayer et al, 2000
- ²⁹ Chandler y Lalonde en prensa
- ³⁰ CIMI, 2001

Fotos: p.23 nukak, Colombia © David Hill/Survival; p.26 familia guaraní, Brasil © João Ripper/Survival.

CAPÍTULO 4

- ¹ Citado en Jackson, 2006: p.39
- ² Encabezados por las ONG Conselho Nacional Indigenista (CIMI) y Operação Anchieta (ahora Operação Amazônia Nativa, OPAN)
- ³ Comunicación personal con Heggy Wyatt, 2006, enfermera y antropóloga que trabajó con los enawene nawe durante 4 años y medio como especialista en salud con OPAN/UNAIS.
- ⁴ UNICEF, 2002
- ⁵ Brown et al, 2006
- ⁶ Amnesty International USA, 2006. Ver <http://www.amnestyusa.org/news/document.do?id=ENGUSA20060711003>
- ⁷ Chamberlain and Barclay, 2000; Jasen, 1997
- ⁸ Shepard and Rode, 1996; Wirsing, 1985; So, 1980
- ⁹ Bourne, 2003
- ¹⁰ Brundige et al, 2004
- ¹¹ Butt, 2002; Butt, 2001
- ¹² Fuente: Consejo de Administración General de Enfermedades Contagiosas y Salud Medioambiental, Dpto. de Salud, de la República de Indonesia, 5 de octubre de 2004. Ver: <http://www.papuaweb.org/dlib/tema/hiv-aids/index.html>

- ¹³ Un cálculo aproximado por lo bajo podría obtenerse multiplicando los casos conocidos por 30, dada la falta de disponibilidad de tests de VIH/SIDA y el número de casos que nunca se identificaron, ni añadieron a las estadísticas oficiales. En Wamena, en las tierras altas, una enfermera informó de varias muertes de SIDA al mes, pero era incapaz de sacar análisis a los pacientes debido a la falta de fondos y tests. Las estadísticas oficiales sugieren que 14 casos dieron positivo en las prueba del VIH en la localidad desde el 2004, lo que claramente es una cifra incorrecta (Leslie Butt, comunicación personal en 2006)
- ¹⁴ Nethy Dharma Somba, 2004: ‘HIV/AIDS now major threat to Papuan tribes’
- ¹⁵ Wing y King, 2005
- ¹⁶ Citado en Laksamana.net, en octubre de 2002
- ¹⁷ Nethy Dharma Somba, 2004: ‘AIDS decimating two Papuan tribes’
- ¹⁸ Gakemeitswe habló con Survival poco antes de su muerte. Quería que su historia fuera contada. Sin embargo, por petición expresa de la familia, su nombre real no se ha usado.
- ¹⁹ Citado en Rohter, 2002
- ²⁰ Heggy Wyatt, 2006, comunicación personal.
- ²¹ Weaver, 1999; Pellegrine et al, 1998

Fotos: p.31 © David Gray/Reuters; p.32 © Survival.

CAPÍTULO 5

- ¹ Saud et al, 2005
- ² Es importante mencionar que los informes de mejoras relevantes en la salud de los cazadores-recolectores en asentamientos deben ser tratados con precaución. Las estadísticas que versan sobre el pre-contacto, o la pre-sedentarización, a menudo son defectuosas o incompletas debido a las pequeñas muestras de población disponibles
- ³ Noticia del Gobierno de Botsuana, 23 de marzo de 2006 “FPK allegations baseless ministry”
- ⁴ Samson y Pretty, 2006; Denov y Campbell, 2002
- ⁵ Bjerregaard et al, 2004
- ⁶ MacCallum, 2005
- ⁷ Decourtney et al, 2003
- ⁸ Investigación del subgrupo de expertos en los jarawa del Consejo Nacional de Consultas, en 2006
- ⁹ Subgrupo de expertos en los jarawa, 2006
- ¹⁰ IWGIA, 1989; Pollock, 1988
- ¹¹ Brown et al, 2006

- ¹² Jackson, 2003
- ¹³ Suzman, 2001
- ¹⁴ Health Canada, 2001:33
- ¹⁵ Información recogida por la Asociación Peruana de la Paz y la Esperanza, Salazar, 2006
- ¹⁶ See Saud et al, 2005
- ¹⁷ Mosweunyane, 2007
- ¹⁸ Renato, 2006; Renato, 1994
- ¹⁹ Ver, por ejemplo, Miliken and Albert, 1999, sobre el conocimiento etnobotánico de los yanomami.
- ²⁰ Rabben, 1998: p.91
- ²¹ Rabben, 1998: p.95
- ²² CCPY, 1991: p.8
- ²³ CCPY es la Comisión para la Creación del Parque Yanomami
- ²⁴ Instituto Socioambiental, 2000
- ²⁵ Ver Survival, 2006 (<http://www.survival.es/noticias/1506>)
- ²⁶ Wyatt, 2001; Comunicación personal con Heggy Wyatt, 2006
- ²⁷ Samson y Pretty, 2006

Fotos: p.37 Urihi © CCPY; p.38 Davi Yanomami, Brasil © Fiona Watson/Survival; p.39 mujer yanomami, Venezuela © Jerry Callow/Survival; p.40 niño enawene nawe, Brasil © Fiona Watson/Survival

- ACHPR (African Commission on Human and Peoples' Rights). 2006. *Report of the Working Group on Indigenous Populations/Communities in Africa Mission to the Republic of Botswana 15 - 23 June, 2005*. ACHPR: Banjul.
- AAA (American Anthropological Association). 1991. *Report of the Special Commission to Investigate the Situation of the Brazilian Yanomami*. AAA: Arlington.
- Anderson, I., Crengle, S., Kamaka, M., Chen, T., Palafox, N., Jackson-Pulver, L. 2006. Indigenous Health in Australia, New Zealand and the Pacific. *The Lancet*, 367 1775-1785.
- Arctic Health Research Centre. 1959. *An Appraisal of the Health and Nutritional Status of the Eskimo*. Interdepartmental Committee on Nutrition for National Defense: Fairbanks.
- Athias, R. 1998. Doença e Cura : Sistema Médico e Representação Entre os Hupdë-Maku da Região do Rio Negro, Amazonas. *Horizontes Antropológicos* 4(9).
- Athias, R. 2004. *Indigenous Traditional Medicine Among the Hupd'äh-Maku of Tiquié River (Brazil)*. Paper Delivered at Indigenous Peoples' Right to Health: Did the International Decade of Indigenous People Make a Difference? 9-10 December 2004. London School of Hygiene and Tropical Medicine: London.
- AusAID. 2005. Wrong Way, Go Back. *Focus*, Sep-Dec, 24-26.
- Banks, J. 1770. Endeavours River. In State Library of New South Wales (Ed.) Series 3: *The Endeavour Journal of Joseph Banks, 25 August 1768-12 July 1771*. 2006. State Library of New South Wales: Sydney.
- Baruzzi, R.G et al. 1977. *The Kren-Akrore: A Recently Contacted Indigenous Tribe. Health and Disease in Tribal Societies, Ciba Foundation Symposium, 49 Aug 1977*. Elsevier.
- Baruzzi, R.G. 1981. Escola Paulista de Medicina: 16 Anos de Atendendo os Índio. *RAI* 21, 62-66.
- Baruzzi, R.,and Franco, L. 1981. Amerindians of Brazil. In H. Trowell and D. Burkitt (Eds.), *Western Diseases: Their Emergence and Prevention*. Edward Arnold: London.
- Bjerregaard, P., Young, T.K., Dewailly, E., Ebbesson, S. 2004. Indigenous Health in the Arctic: An Overview of the Circumpolar Inuit Population. *Scandinavian Journal of Public Health* 32, 390-395.
- Bodley, J. 1975. *Victims of Progress*. Cummings Publishing Company: Menlo Park.
- Bourne, R. 2003. *Invisible Lives. Undercounted, Underrepresented and Underneath: The Socio-Economic Plight of Indigenous Peoples in the Commonwealth*. Commonwealth Studies Unit: London.
- Brown, E., Godden, C. and Sopheak, N. 2006. Uniting Indigenous Communities in Cambodia to Claim the Right to Maternal Healthcare. *Gender and Development*, 14(2) 211-222.
- Brum, E. 2004. De Volta ao Passado. *Epoca*. 31 May 2004.
- Brundige, E., King, W., Vahali, P., Vladeck, S. and Yuan, X. 2004. *Indonesian Human Rights Abuses in West Papua: Application of the Law of Genocide to the History of Indonesian Control. A Paper Prepared for the Indonesia Human Rights Network by the Allard K. Lowenstein International Human Rights Clinic, Yale Law School*: New Haven.
- Burhansstipanov, L. and Dresser, C.M. 1993. *Native American Monograph #1: Documentation of the Cancer Research Needs of American Indians and Alaska Natives*. National Cancer Institute: Bethesda.

- Burrow, S., Burns, J. and Thomson, N. 2003. *Review of Ear Health and Hearing*. Australian Indigenous Health Infonet, Kurungkurl Katitjin, School of Indigenous Australian Studies at Edith Cowan University (ECU): Perth.
- Bussidor, I. and Bilgen-Reinart, Ü. 1997. *Night Spirits: The Story of the Relocation of the Sayisi Dene*. University of Manitoba Press: Winnipeg.
- Butt, L. 2001. KB Kills: Political Violence, Birth Control, and the Baliem Valley Dani. *The Asia Pacific Journal of Anthropology* 2(1), 63-86.
- Butt, L. 2002. The Smokescreen of Culture: AIDS and the Indigenous in Papua, Indonesia. *Pacific Health Dialog* 9(2), 283-289.
- Campbell, M. 2002. Type 2 Diabetes and Children in Aboriginal Communities: The Array of Factors that Shape Health and Access to Health Care. *Health Law Journal* 10, 147-168.
- CCPY/CEDI/CIMI/NDI. 1990. *Yanomami: A Todos os Povos da Terra, Ação Pela Cidadania*. CCPY/CEDI/CIMI/NDI: São Paulo.
- CCPY (Commission for the Creation of the Yanomami Park). 1991. *Report on the Health Work in the Yanomami Area. Medical Care and Dental Health. Area 15 (Demini Project) and Other Areas. January 1990 to May 1991*. CCPY: Sao Paulo.
- CCPY (Commission for the Creation of the Yanomami Park). 1993. *Report on Health Activities in the Yanomami Area. Demini, Toototobi, Balawau. April - November 1993*. CCPY: Sao Paulo.
- CCPY (Commission for the Creation of the Yanomami Park). 1994. *Report on Health Activities in the Yanomami Area. Demini, Toototobi, Balawau. December 1993 - September 1994*. CCPY: Sao Paulo.
- Chamberlain, M. and Barclay, K. 2000. Psychosocial Costs of Transferring Indigenous Women from their Community for Birth. *Midwifery* 16(2), 116-122.
- Chandler, M. J. and Lalonde, C.E. In press. Cultural Continuity as a Moderator of Suicide Risk Among Canada's First Nations. In L.J. Kirmayer and G.Valaskakis (Eds.). *The Mental Health of Canadian Aboriginal peoples: Transformations, Identity, and Community*. University of British Columbia Press: Vancouver.
- Chiappino, J. 1975. *The Brazilian Indigenous Problem and Policy: The Aripuanã Park*. Amazind/IWGIA, Copenhagen and Geneva.
- Chiappino, J. and C, Alés. 1997. *Del Microscopio al Maraca*. Editorial Ex Libris: Caracas.
- CIMI (Conselho Indigenista Missionário, Comissão pró Índio de São Paulo and Ministério Público Federal). 2001. *Conflitos de Direitos Sobre as Terras Guarani Kaiowá no Estado do Mato Grosso do Sul*. Conselho Indigenista Missionário, Comissão pró Índio de São Paulo, Ministério Público Federal: São Paulo.
- Cohen, A. 1999. *The Mental Health of Indigenous Peoples: An International Overview*. Nations for Mental Health, Department of Mental Health, World Health Organization: Geneva.
- Cohen, M.N. 1989. *Health and the Rise of Civilization*. Yale University Press: New Haven.
- Colchester, M. 2004. La Fumee du Metal: The Health Impacts of Contact. *World Rainforest Bulletin* 87, 21-24.

- Colfer, C., Sheil, D. and Kishi, M. 2006. *Forests and Human Health: Assessing the Evidence*. Center for International Forestry Research (CIFOR): Jakarta.
- Coloma, C., Hoffman, J.S. and Crosby, A. 2006. Suicide Among Guaraní Kaiowá and Nandeva Youth in Mato Grosso do Sul, Brazil. *Archives of Suicide Research* 10(2), 191-207.
- Colomeda, L. and Wenzel, E. 2000. Medicine Keepers: Issues in Indigenous Health. *Critical Public Health* 10(2), 243-256.
- Condon, J.R., Armstrong, B.K., Barnes, A., Cunningham, J. 2003. Cancer in Indigenous Australians: A Review. *Cancer Causes and Control* 14, 109-121.
- Cook, D.N. 1998. *Born to Die: Disease and New World Conquest, 1492-1650*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Corrado, R. and Cohen, I. 2003. *Mental Health Profiles for a Sample of British Columbia's Aboriginal Survivors of the Canadian Residential School System*. The Aboriginal Healing Foundation: Ottawa.
- DeCourtney, C., Jones, K., Merrimn, M. and Heavener, N. 2003. Establishing a Culturally Sensitive Palliative Care Program in Rural Alaska Native American Communities. *Journal of Palliative Medicine* 6(3), 501-510.
- Denov, M. and Campbell, K. 2002. Casualties of Aboriginal Displacement in Canada: Children At Risk Among the Innu of Labrador. *Refuge* 20(2), 21-33.
- Dewailly, E. and Weihe, P. 2002. The Effects of Arctic Pollution on Population Health, pp95-105. In AMAP (*Arctic Monitoring and Assessment Programme*), 2003 *Human Health Report*. AMAP: Oslo.
- Diener, E., and Seligman, M. 2004. Beyond Money: Toward an Economy of Well-Being. *Psychological Science in the Public Interest* 5(1), 1-31.
- Dion Stout, M. and Kipling, G. 2003. *Aboriginal people, Resilience and the Residential School Legacy*. The Aboriginal Healing Foundation: Ottawa.
- Dobson, A.P and Carper, R.E. 1996. Infectious Diseases and Human Population History. *Bioscience* 46(2), 115-126.
- Dounias, E. and A. Froment. 2006. When Forest-Based HunterGatherers Become Sedentary: Consequences for Diet and Health. *Unsylva* 224, 26-33.
- Dounias, E., Kishi, M., Selzner, A., Kuniawan, I., Levang, P. 2004. No Longer Nomadic: Changing Punan Tubu Lifestyle Requires New HealthStrategies. *Cultural Survival Quarterly* 28(2), 15-20.
- Draper, H.H. 1977. The Aboriginal Eskimo Diet in Modern Perspective. *American Anthropologist* 79(2), 309-316.
- Dunn, F. 1977. Health and Disease in Hunter-Gatherers: Epidemiological Factors. In D. Landy (Ed.), *Culture, Disease and Healing: Studies in Medical Anthropology*. MacMillan Publishing Company: London and New York.
- Early, J. and Peters, J. 2000. *The Xilixana Yanomami of the Amazon: History, Social Structure and Population Dynamics*. University Press of Florida: Gainesville.
- Eaton, S.B and S. Eaton. 1999. Hunter-Gatherers and Human Health, pp449-457. In R. Lee and R. Daly (Eds.), *Cambridge Encyclopaedia of Hunters and Gatherers*. Cambridge University Press: Cambridge.

- Eaton, S.B., Pike, M.C. and Short, R.V. 1994. Women's Reproductive Cancers in Evolutionary Context. *Quarterly Review of Biology* 69, 353-367.
- Evald, P. 1998. *The Andaman Islanders: A State of the Art Report 1996* (revised 1998). The Royal School of Library and Information Science: Aalborg.
- Feather, C. and Serjali, S. 2002. Peru: Camisea Gas Project Undermines the Rights of Indigenous Peoples. *World Rainforest Movement Bulletin* 62, 10-12.
- Fell, N. 2005. Argentine Tribe Losing Battle Against 'Silent Genocide'. *Sunday Herald*: Edinburgh.
- Fernandes-Costa, F.J., Marshall, J., Ritchie, C., Van Tonder, S.V., Dunn, D.S., Jenkins, R. and Metz, J. 1984. Transition From a Hunter-Gatherer to a Settled Lifestyle in the !Kung San: Effect on Iron, Folate, and Vitamin B12 Nutrition. *American Journal of Clinical Nutrition* 40(6), 1295-1303.
- Foliaki, S. and Pearce, N. 2003. Changing Pattern of Ill Health for Indigenous People: Control of Lifestyle is Beyond Individuals and Depends on Social and Political Factors. *British Medical Journal* 327(7412), 406-407.
- Fred Hollows Foundation. 2004. *Profile of Indigenous Population and Health Status*. Fred Hollows Foundation Factsheet.
- Froment, A. 2001. Evolutionary Biology and the Health of Hunter-Gatherer Populations, pp239-261. In C. Panter-Brick, R. Layton and P. Rowley-Conway (Eds.). *Hunter-Gatherers: An Interdisciplinary Perspective*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Global Health Watch. 2005. Global Health Watch 2005-2006: An Alternative World Health Report. *People's Health Movement. Medact*. Global Equity Gauge Alliance and Zed Books: London.
- Godoy, R., Reyes-Garcia, V., Byron, E., Leonard, W.R. and Vadez, V. 2005. The Effect of Market Economies on the Well-Being of Indigenous Peoples and on their Use of Renewable Natural Resources. *Annual Review of Anthropology* 34, 121-138.
- Hassol, S.J. 2004. ACIA (Arctic Climate Impact Assessment), *Impacts of a Warming Arctic*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Health Canada. 2000. *A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada*. Health Canada: Ottawa.
- Health Canada. 2001. *A Statistical Profile on the Health of First Nations in Canada for the Year 2000*. Health Canada: Ottawa.
- Hemming, J. 2003. *Die if You Must: Brazilian Indians in the Twentieth Century*. Macmillan: London.
- Hetzel, B. 2000. Historical Perspectives on Indigenous Health in Australia. *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition* 9(3), 157-163.
- Hildes, J.A. and Schaefer, O. 1984. The Changing Picture of Neoplastic Disease in the Western and Central Canadian Arctic (1950-1980). *Canadian Medical Association Journal* 130, 25-30.
- HREOC. 2005. *A Statistical Overview of Aboriginal and Torres Strait Islander Peoples in Australia*. Australian Human Rights and Equal Opportunities Commission: Canberra.

- Hurtado, A.M., Lambourne, C.A., James, P., Hill, K., Cheman, K. and Baca, K. 2005. Human Rights, Biomedical Science, and Infectious Diseases Among South American Indigenous Groups. *Annual Review of Anthropology* 34, 639-665.
- ILO. 1999. *Indigenous Peoples of South Africa: Current Trends*. International Labour Office, Project for the Rights of Indigenous and Tribal Peoples: Geneva.
- IWGIA. 1989. *Paraguay. Ethnocide: Mission Accomplished?* IWGIA: Copenhagen.
- Jackson, D. 2003. *Twa Women, Twa Rights in the Great Lakes Region of Africa*. Minority Rights Group: London.
- Jackson, D. 2004. Central Africa: Nowhere to Go: Land Loss and Cultural Degradation: *The Twa of the Great Lakes*. *World Rainforest Bulletin* 87, 21-24.
- Jackson, D. 2006. *The Health Situation of Women and Children in Central African Pygmy Peoples*. Forest Peoples' Programme: Moreton-in-Marsh.
- Jackson, L. and Ward, J. 1999. Aboriginal Health: Why is Reconciliation Necessary? *Medical Journal of Australia* 170, 437-440.
- Jasen, P. 1997. Race, Culture, and the Colonization of Childbirth in Northern Canada. *Social History of Medicine* 10(3), 383-400.
- Joe, J.R., Young, R. 1994. Diabetes as a Disease of Civilization: *The Impact of Culture Change on Indigenous Peoples*. Mouton de Gruyter: Berlin.
- Kent, S. and Dunn, D.S. 1996. Anemia and the Transition of Nomadic Hunter-Gatherers to a Sedentary Life-style: Follow-up Study of a Kalahari Community. *American Journal of Physical Anthropology* 99(3), 455 - 472.
- Kirmayer, L. and Gill, K. 1994. *Emerging Trends in Research on Mental Health Among Canadian Aboriginal Peoples: A Report Prepared for the Royal Commission on Aboriginal Peoples*. McGill University: Montreal.
- Kirmayer, L., Brass, G. and Tait, C. 2000. The Mental Health of Aboriginal Peoples: Transformations of Identity and Community. *Canadian Journal of Psychiatry* 45, 607-616.
- Kuhnlein, H.V., Receveur, O., Soueida, R., Egeland, G.M. 2004. Arctic Indigenous Peoples Experience the Nutrition Transition with Changing Dietary Patterns and Obesity. *Journal of Nutrition* 134, 1447-1453.
- Kunitz, S.J. 1994. *Disease and Social Diversity*. Oxford University Press: Oxford.
- Lagan, B. 2006, November 13. Utopia: A Place Where Aborigines Live Long and Prosper. *The Times*: London.
- Leenaars, A.A. 2006. Suicide Among Indigenous Peoples: Introduction and Call to Action. *Archives of Suicide Research* 10(2), 103-115.
- Levang, P., Dounias, E., Sitorus, S. 2005. Out of the Forest, Out of Poverty? *Forests, Trees and Livelihoods* 15, 211-235.
- MacCallum, C. 2005. Explaining Caesarean Section in Salvador da Bahia, Brazil. *Sociology of Health and Illness* 27, 215-242.

- Maingard, L.F. 1937. Some Notes on Health and Disease Among the Bushmen of the Southern Kalahari, pp227-236. In J.D. Rheinallt-Jones and C.M. Doke (Eds.). *Bushmen of the Southern Kalahari*. University of the Witwatersrand Press: Johannesburg.
- Marini, A. and Gragnolati, M. 2003. Malnutrition and Poverty in Guatemala. World Bank: Washington DC.
- McGrath-Hanna, N.K., Greene, D.M., Tavernier, R.J., Bult-Ito, A. 2003. Diet and Mental Health in the Arctic: is Diet an Important Risk Factor for Mental Health in Circumpolar Peoples? A review. *International Journal of Circumpolar Health* 62(3), 228-41.
- McKendrick, J.H. 2001. The Legacy of the 'Stolen Generations' in Australia, pp69-81. In. L. Kirmayer, M. Macdonald and G. Brass (Eds.). *The Mental Health of Indigenous Peoples: Proceedings of the Advanced Study Institute The Mental Health of Indigenous Peoples McGill Summer Program in Social and Cultural Psychiatry and the Aboriginal Mental Health Research Team May 29 - May 31, 2000 Montréal, Québec*. McGill University: Montréal.
- Metz, J., Hart, D., Harpending, H.C. 1971. Iron, Folate and Vitamin B12 Nutrition in a Hunter-Gatherer People: A Study of the Kung Bushmen. *American Journal of Clinical Nutrition* 24(2), 229-242.
- Miliken, W. and B. Albert. 1999. *Yanomami: A Forest People*. Royal Botanic Gardens, Kew: London.
- Montenegro, R. and Stephens, C. 2006. Indigenous Health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet* 367, 1859-1869.
- Moran, E.F. 1981. Human Adaptation to Arctic Zone. *Annual Review of Anthropology* 10, 1-25.
- Mosweunyane, D. 2007. Attitude and Behaviour Responses of Basarwa to HIV/AIDS. *Mmegi*, 28 September 2007.
- Moynihan, P. 2005. The Role of Diet and Nutrition in the Etiology and Prevention of Oral Diseases. *Bulletin of the World Health Organization* 83(9), 694-699.
- Murphy, N.J., Schraer, C.D., Bulkow, L.R., Boyko, E.J. and Lanier, A.P. 1992. Diabetes Mellitus in Alaskan Yup'ik Eskimos and Athabaskan Indians after 25 yr. *Diabetes Care* 15(10), 1390-1392.
- Mussell, B., Cardiff, K. and White, J. 2004. *The Mental Health and Well-Being of Aboriginal Children and Youth: Guidance for New Approaches and Services*. Sal'i'shan Institute for the British Columbia Ministry for Child and Family Development: Chilliwack.
- NAHO. 2005. Inuit Backgrounder: *World Suicide Prevention Day*, September 10, 2005. National Aboriginal Health Organisation (Canada): Ottawa.
- National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Council. 2001. *National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Strategy: Draft for Discussion*. National Aboriginal and Torres Strait Islander Health Council: Canberra.
- Native American Leadership Commission on HIV and AIDS. 1994. *A Native American Leadership Response to HIV and AIDS*. American Indian Community House: New York.
- Newman, L. 2006. Tragedy Stalks Brazil's Guarani. Doha: Al Jazeera online. 15 November 2006. <http://english.aljazeera.net/NR/exeres/995D087C-3CA6-4B41-9694-91D49D2ED038.htm>

- NIPFP. 2006. *State Development Report of Andaman and Nicobar Islands*. National Institute of Public Finance and Policy: New Delhi.
- Nthomang, K. 2004. Relentless Colonialism: The Case of the Remote Area Development Programme (RADP) and the Basarwa in Botswana. *Journal of Modern African Studies* 42(3), 415-435.
- Pandit, T.N. 1998. Ecology, Culture, History and World-View: The Andaman and Nicobar Islanders. In B. Saraswati (Ed.), *The Cultural Dimension of Ecology*. IGNCA and D.K. Printworld Pvt. Ltd: New Delhi.
- Pellegrine, M., Brito, T.F., Pimenta, M.C. 1998. Challenge to Prevent HIV/AIDS in the Intercultural Context: the Brazilian Experience Among Indigenous People. In *12th International AIDS Conference: Geneva*.
- Pennington, R. 2001. Hunter-Gatherer Demography, pp170-204. In C. Panter-Brick, R. Layton and P. Rowley-Conway (Eds.), *Hunter-Gatherers: An Interdisciplinary Perspective*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Pika, A. and Bogoyavlensky, D. 1995. The Yamal Peninsula: Oil and Gas Development and Problems of Demography and Health Among Indigenous Populations. *Arctic Anthropology* 32(2), 61-74.
- Pollock, D. K. 1988. Health Care Among the Culina, Western Amazonia. *Cultural Survival Quarterly* 12(1), 28-32.
- Portman, M.V. 1899. *A History of Our Relations with the Andamanese*. Compiled from Histories and Travels and from the Records of the Government of India. Office of the Superintendent of government printing: Calcutta.
- Price, W. 1945. *Nutrition and Physical Degeneration*. Price-Pottenger Nutrition Foundation: La Mesa.
- Rabben, L. 1998. Unnatural Selection: *The Yanomami, the Kayapo and the Onslaught of Civilisation*. Pluto Press: London.
- Ramos, A., and Taylor, K. 1979. *The Yanomama in Brazil*. IWGIA: Copenhagen.
- Reading, J. 1999. *An Examination of Residential Schools and Elder Health*. First Nations and Inuit Regional Health Survey.
- Rich, G. 2000. *Struggling with My Soul: Exploring Memory, Finding Meaning*. Harrish Press: St Johns.
- Rohter, L. 2002. A New Intrusion Threatens a Tribe in Amazon: Soldiers. *New York Times*: New York.
- Royal Australasian College of Physicians. 1997. *Communiqué of the 1997 Cottrell Conference hosted by the Royal Australasian College of Physicians: Statement on the delivery of specialist services to remote and rural Aboriginal and Torres Strait Islander communities*. (The Darwin Declaration). Royal Australasian College of Physicians: Canberra.
- Royal Australasian College of Physicians. 2005. *Inequity and Health, a Call to Action: Addressing Health and Socioeconomic Inequality in Australia*. (Policy Statement). Royal Australasian College of Physicians: Canberra.

- Royal Commission on Aboriginal Peoples. 1996. Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples: Looking Forward, Looking Back. Canada Communication Group: Ottawa.
- Salazar, M. 2006. Indigenous People, Ignored Even by the Statistics. *IPS News*. 10 October 2006.
- Samson, C. and Pretty, J. 2006. Environmental and Health Benefits of Hunting Lifestyles and Diets for the Innu of Labrador. *Food Policy* 31, 528-553.
- Samson, C. In press. A Colonial Double-Bind: Social and Historical Contexts of Innu Mental Health, pp195-244. In J. Laurence, Kirmayer and G. Valaskakis (Eds.), *The Mental Health of Canadian Aboriginal peoples: Transformations of Identity and Community*. University of British Columbia Press: Vancouver.
- Saud, H., Yoman, S. S., Biniluki, L., Done, P., and Ladjar, L. L. 2005. *Statement to the Regional Parliament*. Papua Province: Christian Evangelical Church in Papua, West Papua Baptist Church, Indonesian Evangelical Church, Tabernacle Evangelical Church of Papua and Bishop of Jayapura.
- Saúde Sem Limites (Health Unlimited). Citizen and Health Rights for Indigenous and Traditional Populations. Saúde Sem Limites: São Paulo.
- Schaefer, O. 1981. Eskimos (Inuit), pp113-129. In H.C. Trowell and D.P. Burkitt (Eds.), *Western Diseases: Their Emergence and Prevention*. Harvard University Press: Cambridge.
- Schraer, C. 1994. Diabetes Among the Alaska Natives: The Emergence of a Chronic Disease with Changing Life-styles. In Joe, J.R. and Young, R. (Eds.), *Diabetes as a Disease of Civilization: The Impact of Culture Change on Indigenous Peoples*. Mouton de Gruyter: Berlin.
- Scott-Clark, C. and Levy, A. 2006. The Land of the Dead. *The Guardian, Weekend Magazine*: London.
- SDWG. 2005. *Analysis of Arctic Children and Youth Health Indicators*. Arctic Council Sustainable Development Working Group (SDWG): Ottawa.
- Shekhar, S. 2003. Dateline Andaman: the Last of the Aborigines. *The Hindustan Times*: New Delhi.
- Shephard, R.J. and Rode, A. 1996. *The Health Consequences of 'Modernization': Evidence from Circumpolar Peoples*. Cambridge University Press: Cambridge.
- Smith, C.J., Manahan, E.M., Pablo, S.G. 1994. Food Habit and Cultural Changes Among the Pima Indians, pp407-433. In J.R. Joe and R. Young (Eds.), *Diabetes as a Disease of Civilization: The Impact of Culture Change on Indigenous Peoples*. Mouton de Gruyter: Berlin.
- So, J.K. 1980. Human Biological Adaptation to Arctic and Sub-Arctic zones. *Annual Review of Anthropology* 9, 63-82.
- Somba, N.D. 2004, November 18. AIDS Decimating Two Papuan Tribes. *Jakarta Post*: Jakarta.
- Somba, N.D. 2004, December 1. HIV/AIDS Now Major Threat to Papuan Tribes. *Jakarta Post*. Jakarta.
- Stavenhagen, R. 2005. *Report of the Special Rapporteur on the Situation of Human Rights and Fundamental*
- US Commission on Civil Rights. 2004. *Broken Promises: Evaluating the Native American Health Care System*. US Commission on Civil Rights: Washington.

- Utusan Konsumer. 2002. *Baram's Penan Community - Hungry, Poor and Sick. Series of Interviews with Representatives from Nine Penan Communities in Baram, Miri Division. Malaysia, 1st May 2002.*
<http://borneo.live.radicaldesigns.org/article.php?id=241>
Freedoms of Indigenous People. United Nations Economic and Social Council.
- Sub-group of Experts on the Jarawa. 2006. *Report of the Sub-group of Experts on the Jarawa. Appointed by the Planning Commission to Report to the National Advisory Council (NAC).* National Advisory Council, Government of India: New Delhi.
- Survival. 2006. *BRAZIL: Indigenous Children Dying as Health Crisis Deepens.* Press Release, 24 March 2006. Survival: London.
- Suzman, J. 2001. *An Assessment of the Status of the San in Namibia.* Legal Assistance Centre (LAC): Windhoek.
- Tait, C. 2001. Aboriginal Identity and the Construction of Fetal Alcohol Syndrome, pp95-112. In L. Kirmayer, M. Macdonald and G. Brass (Eds.). *The Mental Health of Indigenous Peoples: Proceedings of the Advanced Study Institute, the Mental Health of Indigenous Peoples McGill Summer Program in Social and Cultural Psychiatry and the Aboriginal Mental Health Research Team May 29 - May 31, 2000 Montréal, Québec.* McGill University: Montréal.
- Tanner, V. 1944. Outlines of the Geography, Life and Customs of Newfoundland-Labrador (the Eastern Part of the Labrador Peninsula). *Acta Geographica* 8(1), 1-907.
- Tatz, C. 1999. *Aboriginal Suicide is Different: Aboriginal Youth Suicide in New South Wales, the Australian Capital Territory and New Zealand: Towards a Model of Explanation and Alleviation. A Report to the Criminology Research Council on CRC Project 25/96-7.* Australian Institute of Criminology: Canberra.
- Thomson, N., Burns, J., Burrow, S. and Kirov, E. 2004. *Overview of Indigenous Health 2006.* Australian Indigenous Health Infonet: Perth.http://www.healthinfonet.ecu.edu.au/html/html_overviews/overview.pdf
- Trovato, F. 2001. Aboriginal Mortality in Canada, the United States and New Zealand. *Journal of Biosocial Science* 33, 67-86.
- Uauy, R., Albala, C., Kain, J. 2001. Obesity Trends in Latin America: Transiting from Under- to Overweight. *Journal of Nutrition* 131(3), 893-899.
- UNICEF. 2002. *Amazon Sub-Regional Programme. Peru 2003-2007.* UNICEF-Peru: Lima.
- UNICEF. 2003. *Ensuring the Rights of Indigenous Children.* UNICEF Innocenti Research Centre.
- Urihi. 2000. *Kahiki Totihi. Volume 1 No.1.* Urihi - Saude Yanomami: Boa Vista.
- Urihi. 2000. *Kahiki Totihi. Volume 1 No.2.* Urihi - Saude Yanomami: Boa Vista.
- Urihi. 2000. *Kahiki Totihi. Volume 1 No.4.* Urihi - Saude Yanomami: Boa Vista.
- US Commission on Civil Rights. 2004. *Broken Promises: Evaluating the Native American Health Care System.* US Commission on Civil Rights: Washington.
- Utusan Konsumer. 2002. *Baram's Penan Community - Hungry, Poor and Sick. Series of Interviews with Representatives from Nine Penan Communities in Baram, Miri Division. Malaysia, 1st May 2002.*

- Venkatesan, D. 1990. Ecocide or Genocide? The Onge in the Andaman Islands. *Cultural Survival Quarterly* 14(4), 49-51.
- WALHI. 2006. *The Environmental Impacts of Freeport-Rio Tinto's Copper and Gold Mining Operation in Papua*. WALHI: Jakarta.
- Weaver, H.N. 1999. *Through Indigenous Eyes: Native Americans and the HIV Epidemic*. *Health and Social Work* 24(1), 27-35.
- Wing, J. and King, P. 2005. *Genocide in West Papua? The Role of the Indonesian State Apparatus and a Current Needs Assessment of the Papuan People*. Centre for Peace and Conflict Studies, The University of Sydney: Sydney.
- Wirsing, R. 1985. The Health of Traditional Societies and the Effects of Acculturation. *Current Anthropology* 26(3), 303-315.
- Wyatt, H. 2001. *Relatório de Trabalho de Saúde com os Enawene Nawe 1998-2001*. OPAN (Operação Amazônia Nativa).
- Young, T.K., Szathmary, W., Carvers, S. and Wheatley, B. 1990. Geographical Distribution of Diabetes Among the Native Population of Canada: A National Survey. *Social Science and Medicine* 31, 129-139.
- Young, T.K., O'Neil, J., Elias, B., Leader, A., Reading, J. and McDonald, G. 1998. Chronic diseases: *Literature Review and Analysis of the First Nations and Inuit Regional Health Survey National Core Data*. Centre for Aboriginal Health Research: Manitoba.