

SITUACION DE SALUD MATERNO INFANTIL ASENTAMIENTOS EMBERA Dabeiba - Antioquia - Colombia 1985 - 1986*

MARIA MERCEDES ARIAS V.**
AIDA C. GALVEZ A.***
GLORIA M. ALCARAZ L.****

RESUMEN

Compendia algunos de los resultados más relievantes de la investigación.

Después de ubicar en el contexto cultural y geográfico la comunidad estudiada, presenta el comportamiento de la mortalidad por edad y sexo en la población indígena, así como las 10 primeras causas de morbilidad de la población materno infantil. Efectúa el análisis socio-antropológico de las principales enfermedades, es decir, la interpretación indígena y la de la Medicina Convencional.

Explica los principales productos agrícolas de la comunidad así como la división social del trabajo y las condiciones en que se realiza; las costumbres dietéticas y su dependencia de la dinámica del ciclo productivo anual.

Los porcentajes de adecuación de nutrientes consumidos por el grupo materno-infantil y el perfil nutricional. El comportamiento de la fecundidad y algunas de las conclusiones y recomendaciones a las cuales llega el estudio.

* Investigación realizada con apoyo de COLCIENCIAS - Universidad de Antioquia y Servicio Seccional de Salud de Antioquia. Por razones de espacio sólo se presenta un apretado resumen de Resultados. El trabajo original consta de aproximadamente 1.000 páginas y aún no se ha publicado.

Los gráficos 5, 6, 7 y 8 se presentan por su importancia, aunque no se hace referencia a ellos en el texto.

** Enfermera, Mg Salud Pública - Profesora Facultad de enfermería, Universidad de Antioquia.

*** Antropóloga, Profesora, Facultad de Ciencias sociales. Universidad de Antioquia.

**** Nutricionista Dietista - Profesora Facultad de enfermería - Universidad de Antioquia.

La investigación se realizó en los asentamientos indígenas comprendidos en jurisdicción del municipio de Dabeiba en el noroccidente del departamento de Antioquia, Colombia, distante 180 km., al noroeste de la ciudad de Medellín por la vía que comunica a ésta con Turbo.

Los indígenas de Dabeiba pertenecen a la etnia Embera, originaria del Atrato Chocoano. Se dispersaron en la postconquista hacia varios lugares del occidente Andino y llanuras del Pacífico del actual territorio colombiano, rebasando en ocasiones las fronteras nacionales. En Antioquia se les conoce como Catíos, por haberse asentado en tierras de ese grupo, totalmente exterminado por los españoles a fines del siglo XVI.

Los Embera son depositarios de una indianidad que ha retenido parte del legado cultural aborígen, transformándolo en un contacto que va para cinco siglos. En el contexto de la sociedad mayor, la etnia Embera se inserta como subordinada, diferente y sujeta a una relación desigual.

La investigación caracterizó dos zonas de ocupación indígena en el municipio, contrastables en razón del paisaje y del tipo de explotación del medio, modelados en gran parte por la acción de la colonización Antioqueña.

En la primera zona, de asentamientos satélites, la injerencia de los agentes de la sociedad nacional ha modificado drásticamente el entorno. Allí se ubican los asentamientos de Chimladó, Dabeiba viejo, el Pital, Antadó-Llanogordo, Karrá, Choromandó y Lejía, habitados por el 33.85% de la población total. El patrón disperso tradicional de los Embera, ha variado por la contracción de territorios que se capta en la nucleación compulsiva de la vivienda sobre pilotes llamada tambo, característica de la etnia.

Los indígenas comparten el espacio con los campesinos, a quienes llaman "libres", el bilingüismo es generalizado y la cercanía a la cabecera municipal facilita entre otros, el acceso a los servicios de salud y los intercambios comerciales.

La segunda zona de ocupación indígena es la selvática, con predominio del bosque húmedo tropical. Allí habita el 65.5% de la población. Rige en sus asentamientos el patrón de poblamiento disperso, apreciándose franjas ocupadas por colonos dedicados a la ganadería y a la explotación maderera.

Los tambos separados por extensiones boscosas, se comunican por trochas frecuentemente cruzadas por cursos de agua. Comprende los asentamientos de Chimurro, Amparradó, Nendó, Chéver, Taparales, Pegadó, Tuguridó, Cruces de Termal-cabeceras del Choromandó y Pavarandó. A distancias extremas de éstos se levantan a veces tambos de los cimarrones -término de

origen colonial que alude al ostracismo- quienes "salen" al año en dos ocasiones, para abastecerse de sal y petróleo. Por las dificultades en el acceso, fueron considerados en el estudio como población estimada en los aspectos demográficos. En esta zona, la presión colonizadora es más tardía que la experimentada por los asentamientos satélites, intensificándose a partir de la década del 50. La presencia del Estado es difusa, el monolingüismo es dominante entre la población femenina y el analfabetismo es superior al 90%.

Si bien los asentamientos de las dos zonas presentan especificidades en cuanto al modo de contacto con la sociedad nacional, que se visualizan en el estado de salud, en la práctica ambas zonas distan de desenvolverse como conjuntos aislados. La flexibilidad de su organización social basada en la gran autonomía de los grupos domésticos, hace que los indígenas presenten una constante movilidad entre las dos zonas, que puede extenderse a otras porciones del territorio macro-étnico del noroccidente antioqueño. En 1985 la tasa de migración neta fue de 0.18% por lo tanto la tasa de crecimiento vegetativo: 3.45% se constituye en la tasa de crecimiento de la población.

La pirámide de población indígena de Dabeiba (Gráfico 1) evidencia una base ancha y un vértice angosto, con una proporción de población de 65 años y más de 2.63%. Su composición por edad es característica de una población joven: 50% menor de quince años, 75% menor de treinta años y 95% menor de cincuenta y cinco años. El grupo materno-infantil representa el 70% del total de la población.

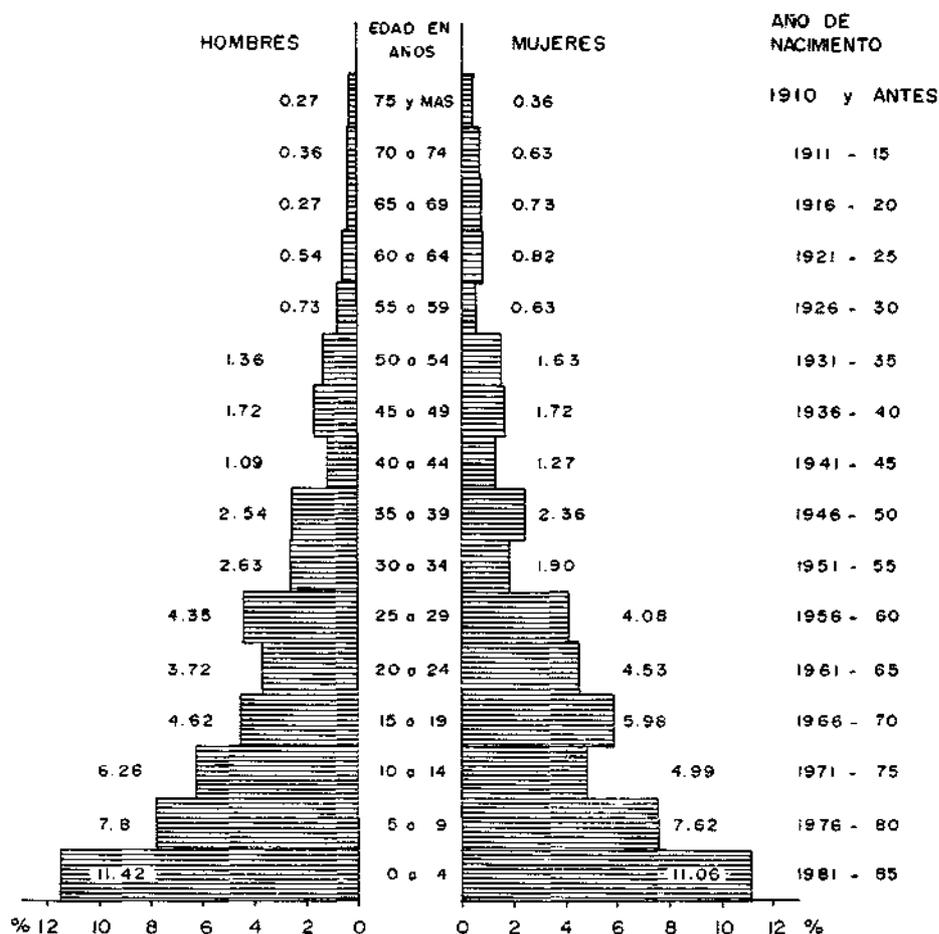
La esperanza de vida al nacer es de 60.76 años, siendo inferior 3 años a la de la población colombiana (63 años) ⁽¹⁾ 16.65 años a la alcanzada en 1985 por la población antioqueña (77 años), en el mismo año y calculada con el mismo método.

Existen además diferencias por sexo: para hombres es de 56.69, 20 años inferior a la de los antioqueños (76 años); para mujeres 65.63, 13 años inferior a la de las antioqueñas (78 años). Sería pertinente seguir el comportamiento de este indicador en el tiempo, ya que en el año 1985 no hubo muertes de adultos mayores de 30 años; además, los mayores de 65 años -edad a partir de la cual tienden a presentarse altas tasas de mortalidad- fueron sólo el 2.63% del total de población.

La tasa de fecundidad general: 224.06 por mil mujeres en edad fértil, y la tasa bruta de natalidad: 48.96 por mil habitantes son muy superiores a las de Colombia en el mismo año: 115 x 1.000 MEF ⁽²⁾ y 26 x 1.000 h ⁽³⁾ respectivamente.

La mortalidad infantil: 185 por nacidos vivos, más de cuatro veces superior a la del país: 42 x 1.000 NV ⁽⁴⁾ y la mortalidad general: 14.51 por mil habitantes, supera en más de 2 veces a la de Colombia, 5.8 x 1.000 h ⁽⁵⁾ con ello, la abrumadora mortalidad hace las veces de control del crecimiento demográfico en este grupo. La tasa ajustada de mortalidad fue de 9.89 x 1.000 h.

GRAFICO No. 1
COMPOSICION DE LA POBLACION INDIGENA SEGUN EDAD Y SEXO
DABEIBA 1985 - 1986



En la mortalidad del primer año el grupo que presentó el mayor riesgo de morir fue el de menores de un mes; del primer mes los primeros siete días. El período perinatal, que aportó una tasa de 157.89 muertes por cada mil nacidos vivos más nacidos muertos, es altamente crítico para la vida humana, ya que las enfermedades sufridas por la madre, el proceso del parto y las agresiones del medio, pueden significar la vida con mayor o menor calidad de ésta, o la muerte. (Cuadro 1)

CUADRO No. 1
TASAS DE MORTALIDAD POR EDAD Y SEXO
POBLACION INDIGENA DABEIBA 1985

SEXO	HOMBRES		MUJERES		TOTAL		
	Grupos/Edad	No.	Tº/oo	No.	Tº/oo	No.	Tº/oo
	< 1 año	7	241.38	3	120	10	185.18
	1 - 4 años	1	12.20	0	0	1	5.81
	5 - 9 años	0	0	0	0	0	0.00
	10 - 14 años	1	14.49	1	18.18	2	16.12
	15 - 19 años	0	0	2/66	30.30	2	17.09
	20 - 24 años	0	0	0	0	0	0
	25 - 29 años	1	20.83	0	0	1	10.75
	30 - 44 años	0	0	0	0	0	0
	15 - 44 años	1	4.78	2	9	3	6.96
	45 - 64 años	0	0	0	0	0	0
	> 65 +	0	0	0	0	0	0
	TBM	10	18.25	6	10.81	16	14.51

En cuanto al sexo, los hombres registraron más alta tasa de mortalidad que las mujeres, especialmente en el primer año de vida, cuando la duplican. En la zona selvática se registró mayor riesgo de morir que en la zona satélite.

La enfermedad es por supuesto, un estado connatural a los grupos humanos, máxime si se hallan abocados a un deterioro en sus condiciones de existencia como es el caso de los Embera, sin embargo, de la disposición eficaz de sistemas del control de la morbilidad, dependerá en gran medida que ésta no llegue a la mortalidad. La alta tasa de mortalidad infantil exige del Estado la implementación de acciones multisectoriales donde se incluyen las del sector salud, cuyo aporte es el conocimiento teórico y técnico necesario para evitar las muertes infantiles, a diferencia de la mortalidad propia de edades avanzadas en la cual entre otros factores, la variable edad es difícil de intervenir.

La elevada probabilidad de morir que tienen los niños indígenas durante su primer año de vida ha forjado una abigarrada conceptualización cultural del fenómeno. Los casos de bebés que a su nacimiento presentan conducta disfuncional, con fiebre, llanto permanente y convulsiones, pueden atribuirse a la acción del /jai/ de /e gemia/ una entidad asociada al concepto de "mal viento", que por albergar espíritus malignos, enferma a quien se expone a su acción. Otra de las interpretaciones indígenas de la alta mortalidad infantil propone a la /wawamia/ o "ataques", como causa corriente de mortalidad desencadenada por maleficio.

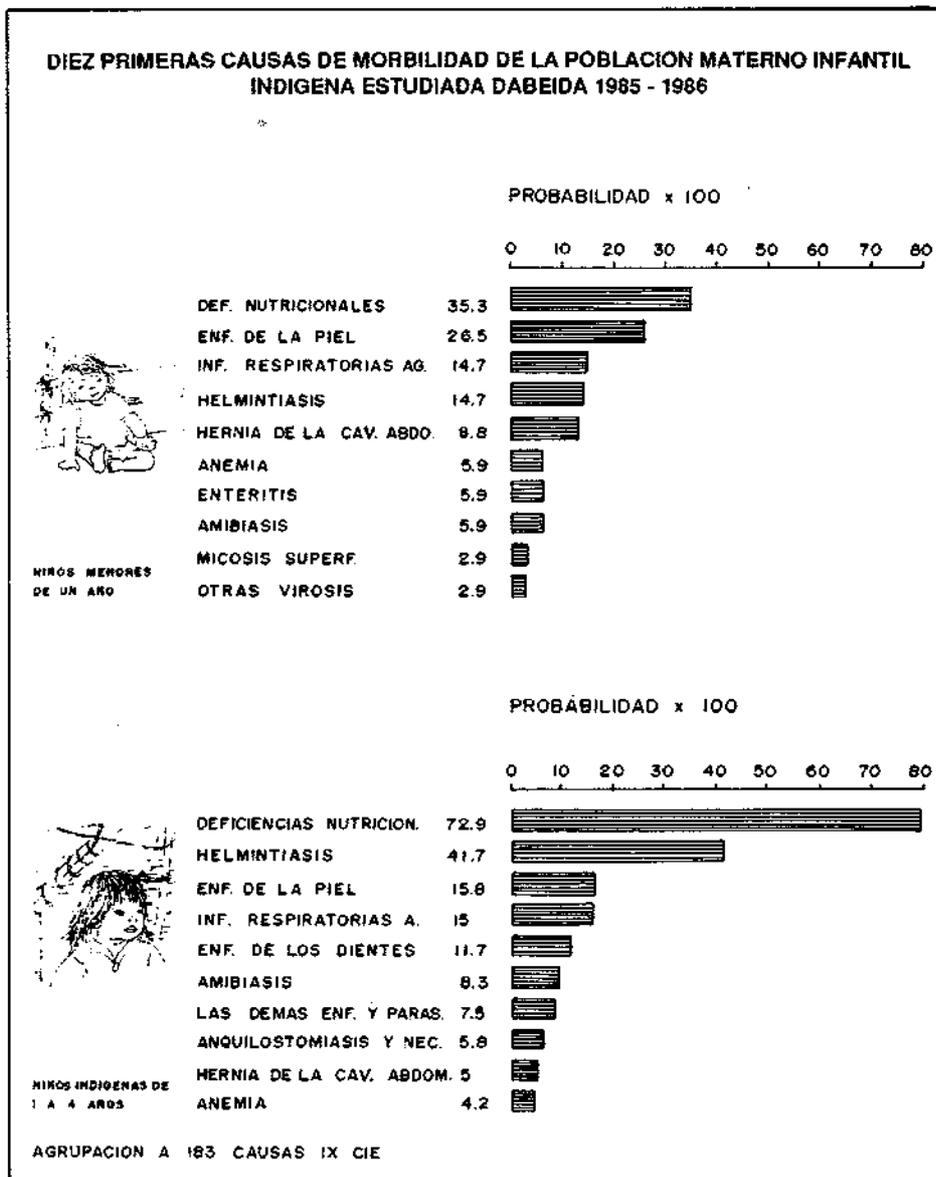
A manera de hipótesis se homologarían ambas, partiendo de la descripción indígena, al tétanos neonatal o a la meningitis de la clínica occidental. A la presencia del tétanos contribuiría el manejo cultural del muñón umbilical, sobre el cual se aplican sustancias de origen animal y vegetal con cualidades mágicas, lo mismo que la ínfima cobertura de inmunización antitetánica que existe para esta población.

La proporción de hijos sobrevivientes calculada por la investigación, tomando sólo los hijos nacidos vivos y descartando por tanto las muertes fetales, reveló que sobre un total de 122 madres, el 19.68% sufrieron la muerte de más del 40% de sus hijos y el 54% habían sufrido la muerte de al menos uno de sus hijos. Hasta el momento en que se levantó la información, se determinó un promedio de fallecimientos de 1.12 hijos por cada mujer indígena, tal promedio podría verse elevado, considerando que muchas de ellas no habían finalizado su ciclo reproductivo.

La morbilidad sentida por los niños menores de cinco años y expresada por sus madres fue del 53.25%; en las mujeres fue de 66.17%. La morbilidad detectada en los menores de cinco años fue del 89.61%, en las mujeres fue del 88.72%, con un promedio superior a dos enfermedades por persona.

Las primeras causas de morbilidad en menores de cinco años fueron: enfermedades perinatales, enfermedad respiratoria aguda, deficiencias nutricionales, enfermedad diarreica aguda, enfermedades inmunoprevenibles y de la piel (Gráfico 2).

GRAFICO No. 2



En la cultura Embera no opera radicalmente la distinción entre mundo físico y mundo de lo sobrenatural. La realidad fluye en una interacción entre las gentes y los /jais/, o sea espíritus antropomórficos, zoomórficos, fitomórficos o de caracteres mixtos, cuya vocación por habitar y compartir el entorno con los indígenas, posibilita su intervención en la cotidianidad y de este modo en la salud, la enfermedad y la muerte de los Embera. Los espíritus, núcleo del poder mágico en el sistema etnomédico pueden ser manipulados para la curación o la agresión -traducida en accidentes y dolencias- por el jaibaná (*), es decir, el chamán.

La percepción de la morbilidad infantil es establecida por la comunidad según el enfoque etnomédico; su orientación cognitiva excluye medidas empíricas de prevención: para los niños de 1 - 4 años de edad se reportaron caídas desde lo alto de la vivienda en un 52.5% de los casos, explicables en buena parte por la carencia de barandas de seguridad en un 55.37%, de los tambos. Las caídas al revestir una causalidad mágica se enmarcan en la entidad /peerá kubua/, o "susto".

Sobre el grupo de 1 - 4 años de edad, recaen con más fuerza las agresiones del medio; la súbita autonomía que en el segundo y tercer años se ven obligados adquirir, coincidente con la ablactación entre los 13 y 18 meses de edad cuyo sustrato son los intervalos intergenésicos cortos de la madre, no les depara un patrón consistente de alimentación: La prevalencia de desnutrición global en estos niños llega al 80%, y la probabilidad de estar enfermos es del 93.33%.

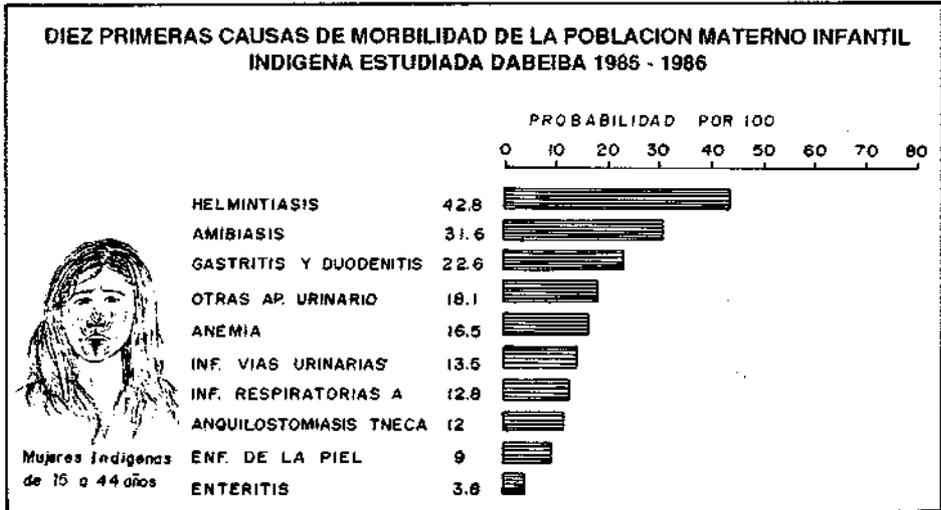
Los resultados de la valoración del desarrollo sicomotor refuerzan la apreciación de los efectos limitativos que delinear el primer lustro de vida, testigo de transformaciones prodigiosas, no superadas en otros períodos de la existencia humana, y durante el cual las experiencias de los niños indígenas se ven empobrecidas.

Las causas de enfermedad encontradas en el grupo de 5 a 14 años, no difieren sustancialmente de las halladas en otros grupos de edad; para ellos se obtuvo una de las más bajas probabilidades de consulta y hospitalización.

Las causas de morbimortalidad en el grupo de mujeres fueron: tuberculosis, malaria, mordedura de serpiente, gastritis y duodenitis, enfermedades genitourinarias y anemia (Gráfico 3).

* Literalmente "el que tiene los espíritus" ver: Mauricio Pardo. El convite de los espíritus - fotocopia. Bogotá, 1983.

GRAFICO No. 3



AGRUPACION A 183 CAUSAS IX CIE

La tuberculosis /osó/, que traduce tos, se considera parcialmente como /kapyrjá jai/ (*) por lo prolongado de su ciclo y el estado de consunción que provoca, hace que las gentes la asimilen a embrujamiento.

En la malaria /uremia/ es decir "tembladera" confluyen las interpretaciones personalística y naturalística de la enfermedad (6). Algunos indígenas la consideran producto de la picadura de mosquitos; otra versión cultural la concibe como /ębera jai/ (**) sobreviene a adultos y niños cuando en una quebrada un jaibaná intencionalmente deja un /jai/, al tomar un baño en horas de la tarde éste atacará al individuo, causando fiebre, escalofríos, dolores corporales, desaliento y palidez.

En la población femenina se encontró un promedio de presión arterial de 106.14/68, presentando baja prevalencia de hipertensión arterial: 0.07% pese al altísimo consumo de sal persona/día: 30.21 grs.

La parasitosis se revela generalizada, hallándose en un 92.04% de las muestras, la multiparasitosis es de un 65.05%. Los parásitos más frecuentes en su orden son: áscaris, tricocéfalos, E. coli, E. histolítica y uncinaria; su

* Enfermedad de Dios o de "blanco", que hace parte de las patologías aportadas por el elemento europeo, las cuales han sido deletéreas para los indígenas.

** A la acción de los /jai/ se adscriben las enfermedades de Indio o "maleficio", acordes con este conjunto de la nosografía Embera.

adquisición en los niños se asocia al período en que comienza la bipedestación y la alimentación complementaria.

La pluviosidad característica del área estudiada, el patrón de excretas en los cursos de agua, la presencia de pantano que circunda el tambo, la disposición de basuras que se hace en botadero abierto, la ausencia de canales de drenaje o desagüe, y la convivencia con animales domésticos, contribuyen a perpetuar un medio ambiente favorable a la reproducción de microorganismos. El sistema médico tradicional admite escasamente, sincretizándolas, las nociones de contagio empírico de las enfermedades infecciosas enmarcadas en la teoría microbiana occidental; en cierta medida, ello estaría limitando la interiorización e implementación de hábitos de higiene intradomiliaria y ambiental: De acuerdo con la lógica indígena el consumo de aguas fecalizadas carece de implicaciones de causa-efecto en los frecuentes episodios diarreicos infantiles, por lo cual no se tratan las aguas de consumo humano. La versión cultural que asocia aguas contaminadas -desde una concepción mágica- a la ocurrencia de diarreas, se estructura en relación a la intervención de entidades /*ɛbɛrǎ jai*/. Un cambio en este aspecto supone un trabajo intenso que puede ser de generaciones; probablemente sea estimulado por la escolaridad de la población de 5 - 14 años actualmente carente de ésta en un 72.32%, una educación en salud participativa, con énfasis en componentes pragmáticos (v. gr. soluciones en tecnología apropiada para abasto de agua potable) y una concientización en torno a la importancia de reorientar los actuales hábitos para alcanzar salud.

Los Embera son un grupo de agricultores de selva tropical, sus cultígenos son el maíz y el plátano. La variedad específica de maíz es el chumilo, perfectamente adaptado a las condiciones de la selva tropical. El chumilo requiere de grandes extensiones de tierra por el carácter itinerante de esta agricultura. En la zona satélite donde hay agotamiento de tierras, los indígenas dependen de las variedades de maíz común, y los períodos de barbecho de las parcelas son ya impracticables. El plátano, principalmente en su variedad primitivo, es permanente: esto hace que a lo largo del ciclo anual, el grupo dependa ante todo de la musácea. La dieta la complementan con productos de caza y pesca; el agotamiento de los cotos repercute en la disminución de las fuentes de proteína animal. De hecho, en la zona selvática no es posible cazar más de dos veces por mes, aun buscando parajes muy distantes. En la zona satélite las presas de caza se extinguieron, y sólo quedan pequeños caracoles, cangrejos y pájaros. En esta economía de subsistencia la tecnología es simple, existe división sexual del trabajo, y por la gran importancia de la energía humana en la producción, los niños se vinculan tempranamente a las labores imitando el comportamiento de los adultos. Los varoncitos se ocupan en la agricultura y en la pesca, las niñas en la agricultura y en oficios domésticos, incluyendo el cuidado de los

hermanitos. Asimismo los ancianos trabajan todo el tiempo, por la imposibilidad de entrar en retiro.

Demográficamente la población dependiente es de 51.77%, mientras en Antioquia corresponde a 38.04% (7).

Hacia los 10 años el proceso de endoculturación ha habilitado a los niños indígenas para desempeñarse según los roles de la división sexual del trabajo, esto, aunado a la permanencia de los ancianos en los oficios, plantea que desde el punto de vista cultural la población dependiente se reduciría a los menores de 10 años: 37.89%.

Para la obtención de dinero, los Embera recurren al jornaleo esporádico, a la venta de artesanías producto del trabajo femenino, y de animales domésticos. El dinero resultante de estas transacciones, se destina a la compra -casi siempre insuficiente- de sal, panela, arroz, aceite y a veces carne; se invierte también en petróleo, telas, prestaciones y contraprestaciones en alcohol.

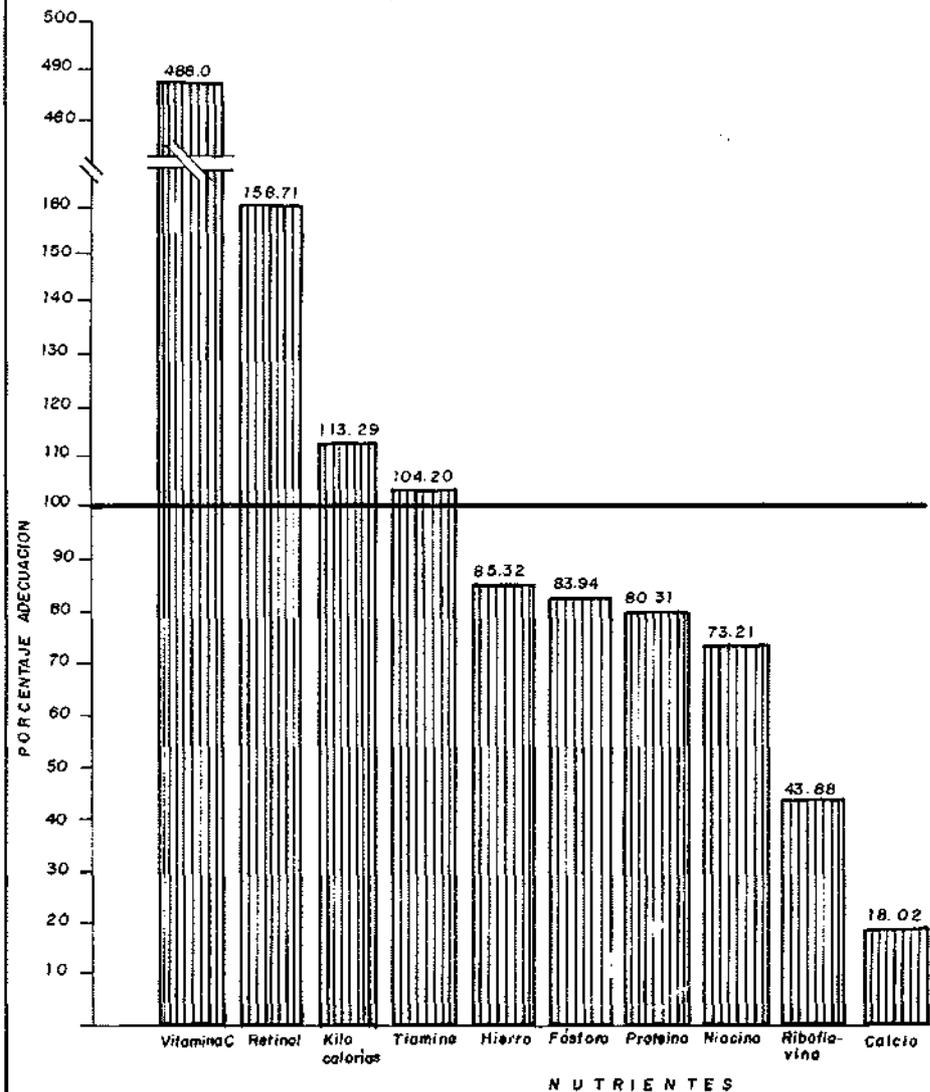
La dieta actual propicia el estado de malnutrición por ser baja en proteínas de alto valor biológico, minerales y vitaminas. La dinámica del ciclo productivo anual responde con precariedad a las demandas alimentarias de la población. En los períodos de hipoalimentación y hambruna, (mayo-junio-julio) lapso en el cual al no encadenarse efectivamente el ciclo de las 2 cosechas de maíz, ocurren depleciones que repercuten directamente en la morbimortalidad. Las deficiencias proteicas al alterar los mecanismos de inmunocompetencia, precipitan la morbilidad por la relación sinérgica entre desnutrición e infección. El ideal de consumo basado en el binomio maíz-plátano y en la proteína de alto valor biológico proveniente de la caza y de la pesca es ya impracticable.

El grupo materno-infantil (Gráfico 4) tiene adecuación de nutrientes del 100% o por encima de éste, para kilocalorías y vitaminas A y C, aportadas por el plátano, base de la alimentación, el cual es consumido por este grupo en un promedio de 806.1 grs. persona/día.

La proteína, casi toda de origen vegetal (plátano) es de bajo valor biológico, el hierro (no heme) proviene igualmente de la musácea.

La desnutrición global (Cuadro 2) en los menores de 5 años supera en más de tres veces la reportada por el Estudio Nacional de Salud 19.4% (8). En el grupo de 5-14 años la desnutrición supera la reportada para los escolares de Medellín 63.9% (9). Se encontró asociación entre la edad y la desnutrición global ($p = 0.0284$).

GRAFICO No. 4
PORCENTAJE DE ADECUACION DE NUTRIENTES CONSUMIDOS POR EL GRUPO
MATerno INFANTIL EMBERA - DABEIBA 1985 - 1986



CUADRO No. 2
PREVALENCIA DE DESNUTRICION GLOBAL, AGUDA Y CRONICA EN EMBERA
MENORES DE 15 AÑOS ESTUDIADOS POR GRUPOS DE EDAD
DABEIBA 1985 - 1986

GRUPO DE EDAD	DESNUTRICION GLOBAL		DESNUTRICION CRONICA		DESNUTRICION AGUDA	
	No.	PREVALENCIA POR 100	No.	PREVALENCIA POR 100	No.	PREVALENCIA POR 100
0 a 5 meses	7	53.9	8	61.5	1	7.7
6 a 11 meses	8	47.1	14	82.3	2	11.8
1 a 4 años	84	80.0	89	86.4	28	27.2
Menores 5 años	99	73.3	111	83.4	31	23.3
5 a 9 años	81	80.2	85	84.1	10	9.9
10 a 14 años	59	77.6	66	89.2	1	1.4
5 a 14 años	140	79.1	151	86.3	11	6.3
TOTAL	239	76.6	262	85.1	42	13.6

La prevalencia de desnutrición global por sexo fue similar presentándose diferencia significativa en el grupo de 10 a 14 años: 85.4% en hombres y 65.7% en las mujeres ($p = 0.0434$) dado que en la evaluación del peso para la talla actual las mujeres registraron 34.3% de obesidad lo cual se traduce en una mayor adecuación del peso para la edad. Por zonas se encontró en los menores de 15 años 80.3% en la zona selvática y 72.7% en la satélite no obstante, fue mayor la desnutrición global de intensidad severa en la zona satélite 9.1% frente a la selvática: 2%. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p = 0.005$).

Probablemente este hallazgo se relacione con el hecho de que en la zona selvática las hambrunas (período en el cual no hay disponibilidad de maíz) son menos críticas que en la zona satélite, al disponer de plátano y a veces de chontaduro.

La desnutrición crónica en los menores de 5 años supera en más de tres veces la reportada por el Estudio Nacional de Salud 25.9% ⁽¹⁰⁾. En el grupo de 5 a 14 años la desnutrición crónica es mayor a la registrada para los escolares de Medellín: 57.3% ⁽¹¹⁾. La desnutrición crónica aumenta con la edad ($p = 0.0054$), por sexo y zona la prevalencia de desnutrición fue similar:

84.3% en los hombres y 85.9% en las mujeres, 88.3 en la zona satélite y 82.2 en la selvática. Esta alarmante prevalencia de desnutrición crónica determina la presencia de enanismo nutricional.

En la desnutrición aguda se observa que ésta se incrementa hasta los 4 años. La gravedad del problema se refleja en el 23.3% de desnutrición sufrida por los menores de 5 años frente a lo reportado en el Estudio Nacional de Salud: 6% (12). A partir de los 5 años empieza a disminuir la desnutrición aguda, se adecúa el peso para la talla actual llegando incluso a la obesidad; en razón de esto se encontró una prevalencia de desnutrición aguda en el grupo de 5 a 14 años muy inferior a la reportada para los escolares de Medellín 16.3% (13).

Se halló asociación estadísticamente significativa entre la desnutrición de los siguientes grupos: 0 a 5 meses y 1 a 4 años ($p = 0.0232$); 1 a 4 y 5 a 9 años ($p = 0.004$); 5 a 9 y 10 a 14 años ($p = 0.008$). La obesidad se encontró en los niños de 0 a 5 meses y de 10 a 14 años con una prevalencia de 30.80% y 27.0% en su orden. Por zonas fue similar la prevalencia de desnutrición aguda 13.79% en la selvática y 14.70% en la satélite. Por sexos se encontró 19.5% de desnutrición en las niñas y 9.4% en los niños; la mayor prevalencia de obesidad fue en las niñas de 10 a 14 años con un 34.3%.

La aparente paradoja de alta prevalencia de desnutrición global y crónica con prevalencia de obesidad especialmente en el grupo de 10-14 años de edad se explica a partir del patrón dietario practicado desde la primera infancia por los Embera, bajo en proteína de alto valor biológico en calcio y vitaminas. Este patrón repercute en forma inmediata en pérdida de peso.

Al mantenerse constantes las depleciones nutricionales y los riesgos de morbilidad se compromete la estatura, retrasándola. Tal estado ha sido caracterizado en la literatura como enanismo nutricional.

En el grupo de 10-14 años las bajas tallas y la ingesta calórica superior a la requerida para su edad, fomenta la prevalencia de obesidad. La influencia hormonal propia de la adolescencia, hace más notoria la obesidad en las niñas 34.3% que en los varones: 15.4%.

Se estudió el estado nutricional de los menores de quince años según tres formas de análisis: porcentaje de adecuación, desviación con respecto a la mediana y medidas de posición (percentiles).

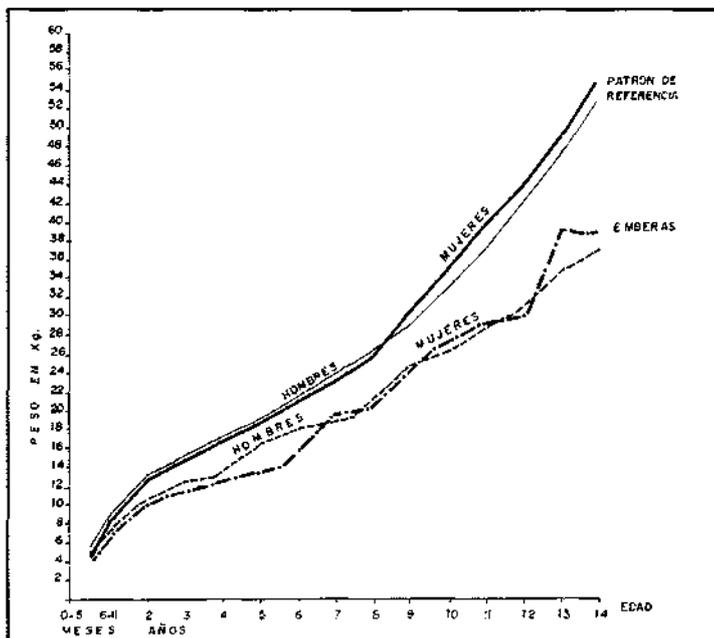
La magnitud de la desnutrición es tal, que se detecta por las tres formas de análisis.

Las reservas muscular y de grasa fueron deficientes según los resultados de la medición del perímetro braquial y del pliegue tricipital lo cual desfavorece el crecimiento y desarrollo de los niños.

El promedio de talla en las mujeres de 15-44 años: 143.78 cm. indica franco enanismo nutricional, semejante a lo encontrado en la población Cuna (14); al evaluar el peso con respecto a la talla, el 81.55% de ellas adecuaron su peso para la talla definitiva, el 5.88% presentó desnutrición aguda, el 8.74% exceso de peso y el 3.88% presentó obesidad.

Frente a la dramática prevalencia de desnutrición, este estudio recomienda la implementación de estrategias, comprometiéndose una voluntad política estatal. La restitución del territorio del resguardo de San Carlos de Cafiasgordas, permitiría un verdadero proceso autogestionario: de otro modo una acción estatal de corte asistencial y no por ello innecesaria, lograría sólo un impacto temporal, mientras se mantuviera el apoyo de los programas externos.

GRAFICO No. 5
PROMEDIO DE PESO (Kg) SEGUN EDAD Y SEXO EN LOS EMBERA MENORES DE 15 AÑOS
ESTUDIADOS FRENTE AL PATRON DE REFERENCIA
DABEIBA 1985 - 1986



Las estrategias tradicionales de subsistencia deberán readecuarse para que se sostengan los porcentajes de adecuación de nutrientes en los niveles normales. Es preciso reorientar los sistemas de producción, consumo y aprovechamiento biológico de los alimentos, y adelantar un programa de vigilancia nutricional que cubra a todo el grupo materno-infantil.

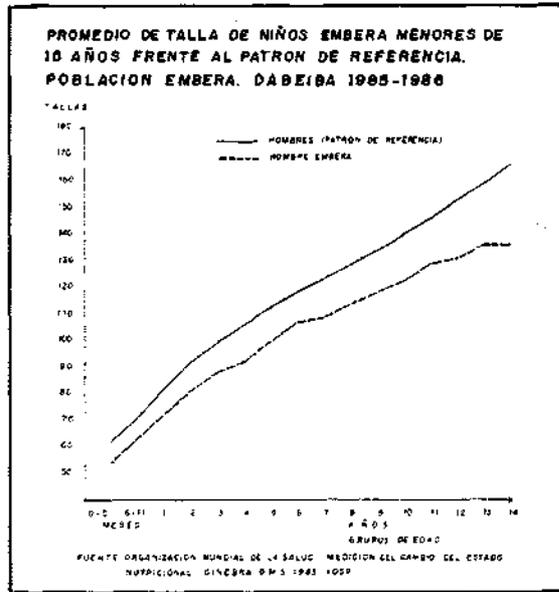


GRAFICO No. 6

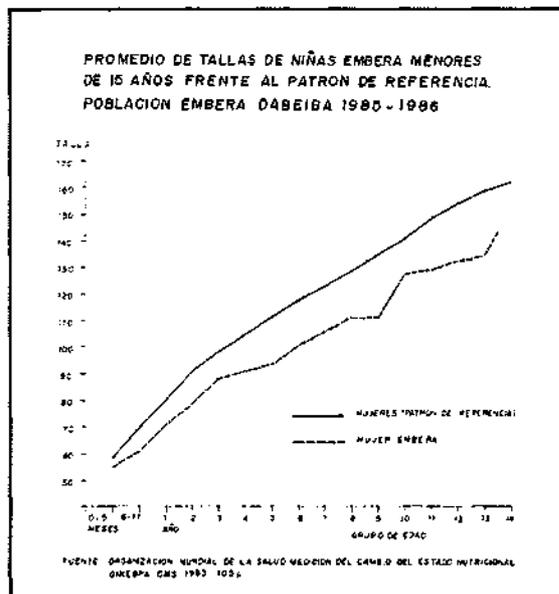


GRAFICO No. 7

El comportamiento de las medidas de fecundidad, de la gravidez -incluido su comienzo- y de los intervalos intergenésicos de la población femenina, plantea el cuadro de los riesgos a que se hallan sujetas las indígenas durante su ciclo genésico. Asimismo, las altas tasas de mortalidad fetal, perinatal, infantil y materna (*), son de suyo contundentes para reflexionar sobre la urgencia de correctivos.

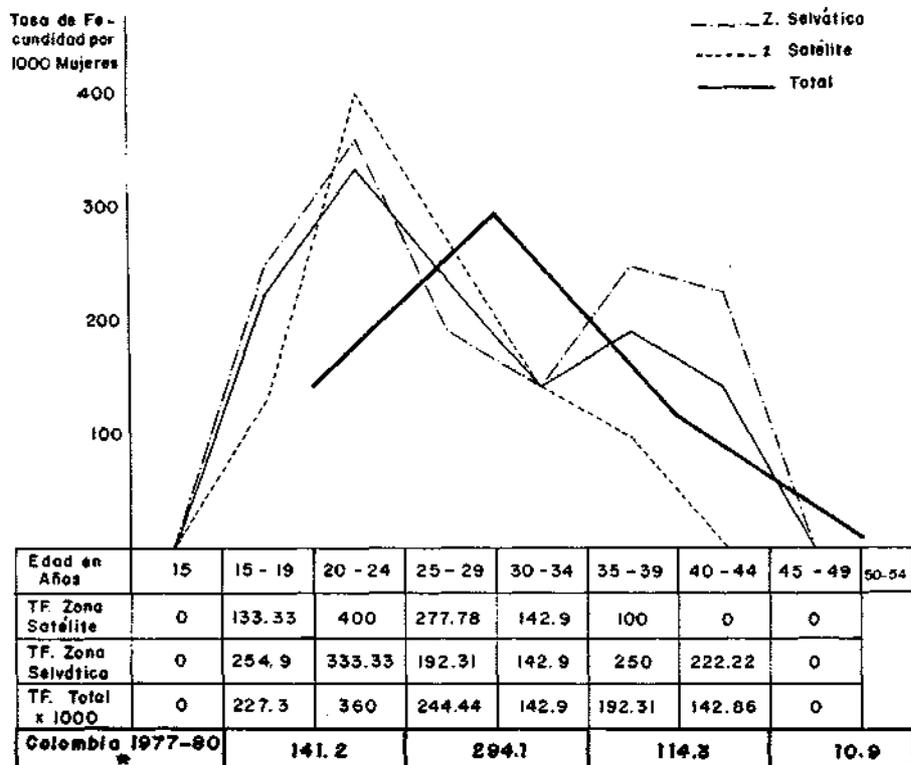
La conjunción de los factores de riesgo que amenazan la díada madre-hijo e indirectamente sugieren desnutrición fetal pueden desglosarse así: edad promedio al comienzo del primer embarazo: 15.65 años, edad promedio al primer parto: 16.5 años, multigravidez: 62.82%, multiparidad: 61.53%. Multigrávidas y multiparas constituyen los mayores porcentajes a partir de los 20 años. Ganancia de peso durante la gestación, en un 66.66%, por debajo del percentil 10 (deficiente); gestantes adolescentes en un 73.01% de los casos cuando el organismo materno no ha llevado a término su maduración, intervalos intergenésicos cortos; valores y prácticas tradicionales en torno al comportamiento y alimentación de la gestante que tabuizan el consumo de potenciales alimentos, reducen las cantidades de los mismos, alientan la actividad física de la mujer, con miras a instrumentar el ideal cultural de un parto rápido. Baja talla: 94% inferior a 151 cm., indicadora de desnutrición crónica, ausencia de escolaridad en mujeres de 15-25 años: 87.18% y de mayores de 25: 93.70%; dieta desbalanceada, compartida con el resto de la población: alta en alimentos energéticos y baja en alimentos renovadores y protectores.

La paridad de las Embera puede juzgarse extrema al compararse con la reportada para las mujeres páez mayores de 45 años del resguardo de Tumbichue en el Cauca: entre aquellas, un 18.1% tuvieron durante su vida reproductiva 11 hijos y más; esta situación se detectó en Dabeiba en el 60% de las Embera de 40-44 años, y en el 14.64% de las mujeres entre 30-39 años evaluadas.

Frente a esta realidad no puede desconocerse la pertinencia de postponer el comienzo de la vida marital, ampliar los intervalos intergenésicos (inferiores a 24 meses en promedio en un 56.07% de las mujeres estudiadas) y disminuir la tasa global de fecundidad TGF: 6.55 hijos (Gráfico 8).

* 12.05 X 1000 mujeres gestantes en 1985.

GRAFICO No. 8
TASA DE FECUNDIDAD POR 1000 SEGUN EDAD Y ZONA
POBLACION FEMENINA INDIGENA
DABEIBA 1985



* MINSALUD, INS, ASCOFAME DEMANDA Y UTILIZACION DE SERVICIOS DE SALUD ENS BOGOTÁ, MARZO 1984

Al proponer las recomendaciones sobre la regulación de la fecundidad, el estudio es consciente de los costos culturales implicados, referentes entre otros, a la imagen cultural femenina apuntalada en la maternidad, pero considera también, imprescindible romper a favor del grupo, la equívoca ecuación cultura = alta fecundidad -alta mortalidad- desnutrición, sostenida a expensas de la infancia y de las madres indígenas.

Esta cuestión requiere reubicar social, política e ideológicamente la discusión sobre regulación de la fecundidad, superando las posiciones de principio y evaluando las repercusiones que tiene el actual comportamiento de la fecundidad sobre la salud materno-infantil; tal discusión y las opciones que pudiesen derivarse, deberían involucrar la participación femenina.

El estudio evidencia las bajas probabilidades de hospitalización y de consulta al recurso institucional de salud, en contraste con la alta probabilidad de estar enfermo que tiene el grupo materno-infantil.

Existe una baja cobertura de atención en salud especialmente para los asentamientos de la zona selvática; este hecho se aprecia además en las ínfimas coberturas de inmunización.

El sistema médico tradicional rige como opción en el cuidado de la salud, a través del jaibanismo y del nivel de medicina casera. La teoría indígena de la enfermedad al identificar la dolencia como /kapurjáj jai/ o /eβera jai/ señala el canal terapéutico adecuado, sin llegar a proscribir la consulta a los agentes institucionales.

La reorientación del recurso institucional de salud con miras a la ampliación y cualificación de la cobertura en la población indígena, supone un cambio sensible en sus agentes y en las estrategias de atención en cuanto a la aceptación y el conocimiento respetuosos, no acrílicos, del bagaje etnomédico y de la visión cultural que medularmente lo constituye, tendiente a reubicar en un nuevo plano la relación autoritaria con el usuario indígena que sólo perpetúa, profundizándola, la distancia entre lógicas divergentes frente a la prevención, la curación y el estar en el mundo.

Adelantar en conjunto con la comunidad y sus especialistas, acciones que sean eficaces para frenar la morbimortalidad y la desnutrición, paulatinamente articulables al contexto cultural, complementando, no sustituyendo, a aquellos componentes del sistema etnomédico que continúan siendo funcionales, podría ser el punto crucial de la relación. El control de la morbimortalidad, adicionalmente aliviaría las tensiones comunitarias referentes a la malquerencia de individuos y jaibaná, que surge como explicación de primer orden ante la frecuencia de la enfermedad.

En la prestación del servicio a la comunidad, se recomienda reforzar el programa de promotores indígenas, estableciendo los correctivos necesarios de acuerdo con la evaluación. Su étnica adscripción y adaptación al medio inhóspito de la selva, que en alguna medida intervienen en la aceptación y en el cubrimiento permanentes de los asentamientos por parte de los agentes occidentales, hacen del promotor un trabajador clave de la atención en salud.

El estudio apoya la conformación de un equipo interdisciplinario por cada regional de salud que cubra población indígena. Los equipos considerados por la resolución 10013 de 1981, estarán integrados por profesionales de las áreas de la salud y de las ciencias sociales. Tendrán a su cargo además de asesorar al promotor en terreno, el refuerzo en la detección y atención de la

morbilidad y la desnutrición, el desarrollo de la educación continua acorde con las características culturales de grupo de promotores y la continuidad de la investigación.

Urge la flexibilización de los canales de consulta externa y hospitalización, la adecuación de la vigilancia epidemiológica en la situación de la tuberculosis y la malaria, primeras causas de morbilidad por consulta externa y egreso hospitalario y asimismo de las normas de diagnóstico y tratamiento. La adaptación de estrategias de inmunización a las peculiaridades de la población indígena, partiendo de su apertura al respecto es necesaria, con objeto de controlar la morbimortalidad por inmunoprevenibles.

El proceso de organización comunitaria de los indígenas de Antioquia, genera crecientes posibilidades de concertar con el Estado acciones integrales en las cuales tiene un gran peso el sector salud. La organización indígena puede lucrarse también de programas alternativos en salud que están desarrollando otras regionales indígenas del país. La magnitud de la problemática de salud y nutricional, al perpetuar las deterioradas condiciones de existencia de la etnia, hace inaplazable el compromiso del Estado y de la etnia Embera para la concreción de las recomendaciones formuladas por el estudio.

REFERENCIAS

1. DANE. Censo de población y vivienda. Avance de resultados preliminares Bogotá, 1985.
2. MINSALUD. INS ASCOFAME. Demanda y utilización de servicios de Salud. E.N.S. Bogotá 1984.
3. MINSALUD. Plan Nacional de salud 1986 - 1990, Bogotá. Noviembre 1985.
4. MINSALUD. División Materno-Infantil y dinámica de población. Diagnóstico de salud reproductiva en el país. Palacio, Magda y otros. Seminario taller: Lineamientos en salud reproductiva y tecnología diagnóstica perinatal. Bogotá, marzo 1988.
5. DANE. Censo de población y vivienda 1985 op. cit.
6. Ver Foster en: Muñoz-Bernand, Carmen. Enfermedad, daño e ideología. Ediciones Abya-yala, Quito, 1986. También Gutiérrez de P. Virginia. Medicina Tradicional en Colombia. Volumen II, Ediciones Universidad Nacional de Colombia. Bogotá 1985.
7. DANE. División de Investigaciones Estadísticas. Dirección de Estadísticas Básicas. Anuario Estadístico de Antioquia - Medellín 1985.

8. MORA, José Obdulio. Situación Nutricional de la Población Colombiana 1977-1980. MINSALUD INS ASCOFAME. ENS Vol. I Bogotá julio 1982.
9. ALVAREZ, Marta C. et al: Evaluación del estado nutricional de los escolares de Medellín. Asociación Colombiana de Nutricionistas-Dietistas, Seccional Antioquia (ACODIN) Medellín 1983.
10. MORA, José O. op. cit.
11. ALVAREZ, Marta C et al: op. cit.
12. MORA, José Obdulio. op. cit.
13. ALVAREZ, Marta C. et al. op. cit.
14. ARENAS, Max, et al: Encuesta de morbilidad realizada entre la comunidad indígena Cuna de Calmán Nuevo, Turbo Antioquia, julio 1975. En: Rev. E.N.S.P. Medellín. Vol. 2 No. 2 (enero-junio 1976).