

## Salud, globalización e interculturalidad: una mirada antropológica a la situación de los pueblos indígenas de Sudamérica

Health, globalization and interculturalism: an anthropological approach to the situation of indigenous peoples in South America

Susana Ramírez Hita <sup>1</sup>

**Abstract** *This article reflects upon the impact of globalization and interculturalism on the living conditions of indigenous peoples in South America. Through two examples – Bolivia and Argentina – it is seen how health interculturalism has transformed into a discourse and a practice that both global organizations and most Latin American countries have used to assimilate and attract indigenous communities. Traditional medicine is respected and valued without proposing changes to improve the living conditions of these population groups. This is especially true in those areas where land is being expropriated or contaminated with the extraction of gas, oil, minerals and the construction of dams, along with indiscriminate deforestation of the rainforest. Health/illness cannot be separated from the territorial conditions of these peoples since environmental health is critical for their survival.*

**Key words** *Health, Globalization, Multiculturalism, Territory, South America*

**Resumen** *Este artículo es un ensayo sobre la incidencia que tiene la globalización y la interculturalidad en las condiciones de vida de las poblaciones indígenas de Sudamérica. A través de dos ejemplos – Bolivia y Argentina – se plantea como la interculturalidad en salud ha devenido en un discurso y una práctica que han utilizado, tanto los organismos globales como la mayoría de países latinoamericanos, para asimilar y seducir a las comunidades indígenas. Se revaloriza la medicina tradicional, sin proponer cambios en la mejora de las condiciones de vida de estas poblaciones. Sobre todo en aquellas zonas en las que se están expropiando las tierras o contaminándolas: con la extracción de gas, petróleo, minerales, construcción de represas, junto con la deforestación indiscriminada de la selva. La salud/enfermedad no puede separarse de las condiciones territoriales de estos pueblos ya que la salud ambiental es fundamental para su supervivencia.*

**Palabras claves** *Salud, Globalización, Interculturalidad, Territorio, Sudamérica*

<sup>1</sup> Departamento de Antropología, Universidad Rovira i Virgili. Carrer de L'Escorxador s/n, 43003 Tarragona Catalunya España. susanaramirez@hotmail.com

## Introducción

Este artículo es un ensayo sobre la incidencia que tiene la globalización y la interculturalidad en las condiciones de vida de las poblaciones indígenas. La reflexión se basa en los trabajos de campo que realicé entre los años 2004 al 2011 en Bolivia, así como sobre las condiciones de vida de las poblaciones mbyá-guaraní de la provincia de Misiones en Argentina, lugar en el que viví durante los años 1989 a 1995, periodo en que se asentaron las ONG en el país y en concreto en las comunidades indígenas.

La globalización reconoce la diversidad pero, a su vez, propone su homogeneización en aras de una supuesta convivencia armónica dentro de un mundo global. Para conseguir la pertenencia a ese mundo armónico, la integración de todas las culturas y de los grupos sociales debe realizarse a través de una misma lógica interna de avance, equivalente al concepto de progreso del modelo capitalista. Desde ese modelo se considera que, al conseguirse la integración de todas las culturas dentro de la sociedad mayoritaria, a través del desarrollo se podrá paliar la pobreza y también, como uno de sus indicadores, se logrará la mejora de la salud de todas las poblaciones latinoamericanas. Sin embargo, uno de los problemas es que el desarrollo es entendido dentro de la teoría de la modernización, cuyos referentes no son los propios sino de los países centrales capitalistas: “El proceso de globalización aparece impulsado funcionalmente desde el proyecto neoliberal como continuidad del proceso histórico de expansión capitalista”<sup>1</sup>.

Como señala Díaz-Polanco, la globalización va unida a un florecimiento de las identidades, que tiene que ver con la propia lógica globalizadora del capital. Por lo tanto, hay que entender que “la globalización ha encontrado la manera de aprovechar la diversidad sociocultural [...] mediante la ideología multiculturalista y como nunca antes busca convertir la pluralidad de culturas en un puntal de su reproducción y expansión”<sup>2</sup>. Para entender la forma de expansión actual, el autor propone el concepto de etnofagia, que significa: “El abandono de los programas y acciones explícitas encaminados a destruir la cultura de los grupos étnicos y la adopción de un proyecto de más largo plazo que apuesta al efecto absorbente y asimilador de las múltiples fuerzas que pone en juego el sistema [...] La etnofagia expresa el proceso global mediante el cual la cultura de la dominación busca engullir o devorar a las múltiples culturas populares, principalmente

en virtud de la fuerza de gravitación que los patrones ‘nacionales’ ejercen sobre las comunidades étnicas”<sup>2</sup>.

Este concepto ayuda a entender lo que el término de interculturalidad promueve, a través de una máscara de buenas voluntades que proponen las cooperaciones, agencias de desarrollo y Organizaciones No Gubernamentales (ONG), que introducen los proyectos de desarrollo aceptados y promovidos tanto por los Estados, como —en muchas ocasiones— por las propias comunidades indígenas. Como afirma Sassen<sup>3</sup>, la globalización tiene su centro en el consentimiento de los propios Estados, ya que habita parcialmente en los territorios y las instituciones nacionales; es decir, que lo global se encuentra en el interior de lo nacional.

En palabras de Aníbal Quijano: “La fuerza y la violencia son requisitos de toda dominación, pero en la sociedad moderna no son ejercidas de manera explícita y directa, por lo menos de modo continuo, sino encubiertas por estructuras institucionalizadas de autoridad colectiva o pública y ‘legitimadas’ por ideologías constitutivas de las relaciones intersubjetivas entre los varios sectores de interés y de identidad de la población [...] tales estructuras son las que conocemos como Estado. Y la colonialidad del poder, su más profunda argamasa legitimatoria”<sup>4</sup>.

Así, los programas de las agencias de desarrollo, ONG y Estados, se convierten en impulsores de la única forma de entender la modernidad y el progreso, y a su vez, de iniciativas de transformación basadas en supuestos que se justifican en una única forma de ver y entender el mundo<sup>5</sup>. Se aceptan las diferencias pero, al mismo tiempo, se procede a transformar aquellos elementos que se consideran perjudiciales dentro de las culturas o grupos sociales. En términos de salud, se concreta en mejorar los índices epidemiológicos y, en el caso de la educación, en transformar las culturas propias mediante las globales.

El significado de salud intercultural se difundió como la armonía y complementariedad entre dos sistemas médicos: el biomédico y el tradicional; sin embargo, la interculturalidad actúa como un concepto desestructurador de los mecanismos internos de cohesión de las medicinas tradicionales indígenas, que están vinculadas a la religión. Al transformar la estructura de las medicinas tradicionales se erosiona, asimismo, la base religiosa en la que se apoyan y, consecuentemente, se incide en una transformación y en la desestabilización de los sistemas ideológicos propios. Hay que considerar que lo que caracteriza

a los terapeutas tradicionales es su no institucionalización. Son los responsables, entre otras funciones, de la cohesión grupal de la comunidad y de ejercer como líderes espirituales. Una función que es mucho más amplia que la que se les reconoce cuando son incorporados a los servicios de salud. Nos encontramos, ante un concepto que aparece como desestabilizador de las medicinas tradicionales y de las religiones de las poblaciones indígenas<sup>6-8</sup>.

Uno de los objetivos de la incorporación de las medicinas tradicionales y sus líderes a los servicios de salud es el de poder controlarlos bajo el resguardo de la salud pública. El aspecto participativo y comunitario de los programas de atención primaria – desarrollado tanto por ONG's como por los estados – sirvió para sensibilizar a las comunidades del beneficio que les acarrearía la introducción del sistema médico y del educativo propuesto por la sociedad mayoritaria.

Como plantea Sassen, “el Estado no es una ‘víctima’ de los procesos globales, sino que participa en su implementación”<sup>3</sup> y así, se observa en la implementación de los proyectos y políticas de salud intercultural. En el mismo sentido señala Díaz-Polanco: “No se busca la destrucción absoluta o el ataque violento de las otras identidades, sino su disolución gradual, mediante la atracción, la seducción y la transformación”<sup>2</sup>; es decir, que la globalización propone una manera diferente de asimilar a las identidades étnicas y, entre esas formas –a través del reconocimiento de la pluralidad, la diversidad, las medicinas tradicionales, etc.–, se encuentra la introducción de los proyectos de desarrollo, fundamentalmente a través de la salud y la educación.

En el caso boliviano, por ejemplo, fueron gobiernos de política globalizadora los que reconocieron jurídicamente los territorios indígenas. En 1990 los movimientos indígenas de tierras bajas realizaron la denominada “Marcha por la dignidad y el territorio”, haciendo posible el reconocimiento jurídico de sus territorios y derechos en la denominada ley INRA de 1996. Este hecho se produjo bajo un gobierno neoliberal. Dicha ley regulaba la existencia de las Tierras Comunitarias de Origen (TCO) y garantizaba los derechos de las comunidades indígenas sobre sus tierras comunitarias, el aprovechamiento de sus recursos renovables y la explotación de los recursos naturales no renovables<sup>9</sup>.

Actualmente, existe en Bolivia una confusión entre el gobierno que valoriza lo indígena y aquellos elementos de la globalización que también valorizan lo indígena. De ahí que las poblaciones

indígenas interpreten que la interculturalidad, introducida en muchos casos a través de nociones de Derechos Humanos, del Estado Plurinacional, etc., es algo positivo que consiste en la revalorización de sus saberes, de su medicina tradicional. Al coincidir los dos hechos al mismo tiempo, la interculturalidad introducida como estrategia de globalización y como estrategia del gobierno, la asimilación y seducción se solapan insertadas en y por el propio Estado<sup>8</sup>.

Así el desarrollo, entendido desde la lógica de la modernización, implica el abandono de lo tradicional bajo el ideal de que todas las poblaciones cubran las necesidades básicas insatisfechas propuestas en los parámetros de Naciones Unidas. Estos parámetros de medición se homogenizan sin definir ni analizar la pobreza en los distintos países desde la realidad interna. Por ejemplo, la diferencia entre zona urbana/rural, ya que no es lo mismo ser indígena en barrios suburbanos de grandes ciudades que en grupos cazadores, pescadores y recolectores de zonas selváticas de la amazonía, de la misma manera que tampoco es lo mismo un grupo selvático con propiedad de la tierra que sin ella. Sin embargo, los parámetros para medir uno y otro grupo son los mismos, y esto repercute negativamente en diversas poblaciones, ya que influye en los proyectos que se decide implementar.

Es a través del Índice de Desarrollo Humano (IDH) como se mide el logro de un país o región, en base a tres dimensiones: “una vida larga y saludable; los conocimientos; y un nivel de vida decente. En base a tres variables: la esperanza de vida al nacer, el logro educacional y el producto interno bruto per cápita real ajustado en dólares”<sup>9</sup>. Así, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) se dedica a realizar comparaciones entre países, sin definir previamente los niveles de bienestar de las diversas poblaciones que comparten un mismo territorio nacional (grupos étnicos, diferencias campo/ciudad, diferencias entre áreas geográficas –selváticas, altioplánicas– etc.). Partiendo de este error metodológico los resultados son cuestionables y las conclusiones se alejan de la realidad.

La Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) promulga prácticas de producción teórica que, posteriormente, incorporan las instituciones de salud locales, como fue el caso de la salud intercultural sostenida en las declaraciones de Naciones Unidas para los pueblos indígenas. Las Naciones Unidas poseen una lógica política y económica que reproduce la forma de entender

el mundo por los países occidentales, reproduciendo a su vez la lógica hegemónica.

No debemos olvidar que en el año 1993 Naciones Unidas declaró el año internacional de las poblaciones indígenas del Mundo “con miradas a fortalecer la cooperación internacional para la solución de los problemas de los pueblos indígenas en las esferas de la educación, la salud, los derechos humanos, el medio ambiente y el desarrollo”<sup>10</sup>. En el año 2001 entró en vigor el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes, y en mayo del 2005, el Banco Mundial (BM) adoptó la directiva a la política sobre pueblos indígenas y se encargó de las decisiones referidas a proyectos de desarrollo que involucrasen a dichas poblaciones. El Banco Interamericano de Desarrollo (BID) aprobó a comienzos de 2006 la versión revisada de su Política operativa sobre Pueblos Indígenas, mientras que, en 1998, la Unión Europea promulgo principios y directrices para la cooperación con pueblos indígenas. Por primera vez, en el año 2007 se consideró el derecho a la tierra y al territorio como un derecho humano en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los pueblos indígenas<sup>10</sup>.

La OPS y los Estados miembros se comprometieron, en las metas del Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo (1994-2004), a trabajar con las poblaciones indígenas, con el énfasis puesto en la mejora de la salud y el bienestar. En este contexto, la OPS propuso la incorporación del enfoque intercultural a la salud como una de las estrategias necesarias para lograr el acceso equitativo a la atención de calidad de las poblaciones de las Américas, en particular de la población indígena<sup>11</sup>.

Por tanto, la OPS incorporó el concepto de interculturalidad como estrategia para mejorar la atención primaria de estas poblaciones, en base a los deficientes índices epidemiológicos y su baja esperanza de vida. El centro del problema se situó en el desentendimiento cultural entre los servicios de salud y las diversas cosmovisiones indígenas. Como alternativa se decidió incorporar las medicinas tradicionales a los servicios de atención primaria, de manera que dicha alternativa consistía en utilizar sus propias medicinas dentro del control de la salud pública<sup>8</sup>.

La lógica para entender cómo fue implementada la salud intercultural involucra no tan sólo a las grandes agencias internacionales, sino también a aquellas entidades que, mucho más sutilmente, llegan a las poblaciones con un discurso

de buena voluntad; mediante los proyectos de desarrollo que implementan las cooperaciones, agencias de desarrollo, ONG nacionales e internacionales, pero también el propio Estado.

Hay que tener en cuenta que la mayoría de las ONG están enmarcadas en las políticas internacionales que proponen Naciones Unidas (ONU), y ello supone bajar proyectos desde las políticas internacionales a las comunidades, y raramente a la inversa. Un elemento que caracteriza a la mayoría de ellas es el estar envueltas en la dinámica económica de la consultoría. Una de las formas de expansión del modelo económico-político que propone la globalización<sup>8,12</sup>.

## Discusión

A través del concepto de interculturalidad se implementan políticas asimilacionistas e integracionistas. De hecho, la interculturalidad puede ser considerada como parte del colonialismo interno y, de acuerdo con esta consideración, resulta ser finalmente una forma de conformar/asimilar a las poblaciones indígenas mediante proyectos de desarrollo que consiguen su transformación sin resistencia. Se revaloriza la medicina tradicional, por lo tanto se revaloriza el saber, aunque la realidad sigue siendo la misma sin cambios en la mejora de las condiciones de vida. En especial en aquellas zonas en las que se están expropiando las tierras o contaminándolas: a causa de la explotación de gas, de minas o construcción de represas, con la consecuente contaminación de la tierra y el agua que abastece a las comunidades, que se suma a la deforestación indiscriminada de la selva. La salud/enfermedad no puede separarse de la situación territorial de estos pueblos.

Los siguientes ejemplos ayudarán a entender cómo los intereses económicos impulsados a través del concepto de desarrollo se encuentran por encima de las poblaciones y su bienestar: la situación de los chimanes, moxeños y yuracarés en el Territorio Indígena Parque Isidoro-Securé en Bolivia y la de los mbyá-guaraníes de la provincia de Misiones en Argentina.

El Territorio Indígena y Parque Isidoro Sécuré (TIPNIS) es un área protegida que pertenece a la subcuenca amazónica del río Mamoré de Bolivia. Se creó como Parque Nacional y área protegida en el año 1965. En septiembre de 1990, tras las movilizaciones indígenas de tierras bajas, se declaró Territorio indígena. Cuenta aproximadamente con 12.363 Km<sup>2</sup> y se encuentra entre el departamento del Beni y el de Cochabamba.

A finales del año 2010, Evo Morales anunció la construcción de la carretera transoceánica que uniría Brasil con puertos de Chile y Perú. Facilitando el tránsito desde el estado brasilero de Rondônia a puerto Ustáñez, con una carretera que pasaría en Bolivia por Trinidad, el TIPNIS y Cochabamba, para continuar hasta Chile.

El TIPNIS posee algo más de un millón de hectáreas que actualmente son propiedad colectiva de 15.000 indígenas moxeños-trinitarios, yurakares y chimanes que viven en el parque. La Confederación Indígena del Oriente Boliviano (CIDOB) se opuso a la construcción de la carretera, con el argumento de que llevará a la destrucción de su territorio y al considerar que el propósito no es otro que el de otorgar tierras a los coccaleros para ampliar la plantación de coca (La mayoría de coccaleros son indígenas quechuas y aymaras altiplánicos, asentados en tierras bajas y que apoyan al actual gobierno boliviano).

Hay que tener en cuenta que la carretera forma parte de la Iniciativa para la Integración de la Infraestructura Regional Suramericana (IIRSA). Y como plantea el Centro de Estudios Aplicados a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales: “El ‘patrón’ IIRSA se replica en el caso del TIPNIS existe un contrato petrolero ley 3672 23/04/2007 ‘Área de explotación Río Hondo’ firmado con Petrobras Bolivia 50% y Total E&P Bolivia 50%, por 30 años a partir del 2007, abarca 1 millón de ha en los departamentos del Beni, Cochabamba y La Paz y afecta también al TIPNIS por el noroeste. Si a ello se añade el explícito interés y la promesa política de tierras en este Parque Nacional a los productores de hoja de coca y la nueva ley de Tierras en ciernes, tenemos un cuadro complejo que ayuda a comprender la intensidad de un conflicto, previsible en cualquier otro país sudamericano, pero hasta hace poco inimaginable en Bolivia, dado el desmesurado protagonismo del presidente en la escena internacional como paladín de la defensa de los pueblos indígenas y de la madre tierra”<sup>13</sup>.

Pese a los daños ecológicos que supone una intervención de este tipo, se decidió construir una carretera que atraviesa la Tierra Comunitaria de Origen. Como contraprestación el Estado propone implementar programas de desarrollo y llevar salud y educación a las comunidades. En palabras del propio Viceministro de Descolonización indígena, Félix Cárdenas: *Es posible impulsar el desarrollo en esa región con la apertura de caminos, sin que sea necesario dañar a la madre tierra. No se puede tener una morada ecológico-fundamentalista de que hay niños que caminan con los pies descalzos, que no haya escuelas, que no*

*haya postas sanitarias porque ese es su hábitat y hay que respetarlo. Eso no puede ser así*<sup>14</sup>.

Y en palabras del Presidente boliviano, Evo Morales: *No puedo entender que hermanos indígenas del Oriente, de la amazonía y del norte panceño se opongan al desarrollo que requiere el pueblo boliviano. Si bien Bolivia es respetuosa del medio ambiente, no puede dejar de desarrollarse explotando racionalmente sus recursos naturales... Es una necesidad tener más petróleo, más gas, más caminos e industria*<sup>15</sup>.

El gobierno, desde una óptica etnocéntrica – sobre la base del mundo campesino aymara altiplánico diferente a las formas de vida de grupos selváticos –, decidió que los indígenas asentados en ese territorio amazónico son “pobres” bajo los parámetros del PNUD (no tienen sanitarios, ni agua en tuberías, ni zapatos en los pies, ni centro médico, etc.) y propone introducir un modelo de vida ajeno a los grupos selváticos. A cambio de conseguir el apoyo para la construcción de la carretera, el gobierno propone el desarrollo bajo los mismos parámetros de la globalización, *para salvarlos de la pobreza*.

La construcción de la carretera llevará al deterioro de las condiciones de vida, por lo tanto a un presumible aumento de enfermedades. Las medidas que se prevén implementar para solucionar los problemas que va a ocasionar la destrucción del territorio indígena se centran en el Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural. Mediante el respeto a la cultura, incorporando los saberes ancestrales, a los terapeutas tradicionales y sus plantas medicinales, es decir, destinando una menor inversión en salud y, paralelamente facilitando la presencia del Estado en los puestos de salud, presencia que permitirá controlar la medicina tradicional y asegurar que el desarrollo previsto se introduzca. Una de las vías para introducir la salud y la educación se canaliza a través de los bonos sociales que otorga el Estado (que cuentan con aportes del Banco Mundial), por ejemplo el Bono Juana Azurduy para la mujer embarazada y el niño, como incentivo para que las mujeres se atiendan en los centros de salud, o el bono Juancito Pinto, creado para desincentivar la deserción escolar. De esta manera se homogenizan las culturas, implementando un único modelo económico-político introducido a través de la educación y la salud (Para un mayor conocimiento sobre las condiciones de la salud pública y los centros de salud intercultural en Bolivia, véase:<sup>16</sup>).

Existen experiencias previas de construcción de carreteras en medio de territorios indígenas,

como fue el caso de la que afectó a los nambiquara en la década del 80, cuando el Banco Mundial financió una carretera que atravesaba su territorio, abriendo paso a la ganadería, minería y explotación de madera, y devastando a su población con múltiples enfermedades<sup>17</sup>. Cabe resaltar, que un 74% de la deforestación de la zona amazónica se ha producido en los terrenos que se sitúan en un margen de 50 km. a ambos lados de las carreteras construidas, en tanto que la destrucción de zonas ricas en biodiversidad ha conllevado, entre otros muchos impactos, la promoción del monocultivo y la generación consiguiente de daños irreversibles a los ecosistemas<sup>13</sup>.

Cómo plantea Jaime Brehil, hay que tener en cuenta que las fuerzas productivas inciden sobre la vida en el planeta y, a través de este impacto sobre la salud. Por tanto ante las condiciones sociales adversas los servicios de salud pueden lograr poco<sup>18</sup>.

Un segundo caso sobre la incorporación de la salud intercultural dentro de un contexto de avasallamiento del Estado a las comunidades indígenas, es la situación de los mbyá-guaraníes, de la provincia de Misiones en Argentina, cuyas condiciones actuales de salud se han visto afectadas negativamente por las políticas neoliberales efectuadas sobre la base del concepto de desarrollo.

Proponer una salud intercultural que implique el reconocimiento de los saberes tradicionales (reconocimiento que ya existe en el interior de los pueblos indígenas) y al mismo tiempo permitiendo la deforestación de los bosques y la contaminación de las aguas, implica un silencioso y lento genocidio.

La selva en la provincia de Misiones fue desapareciendo – desde la década del 40 – fundamentalmente por la expansión de la industria maderera y papelera, junto con la expansión de áreas ganaderas y agrícolas (yerba mate, té y tabaco a gran escala) que concentraron la tenencia de la tierra<sup>19,20</sup>.

La destrucción del bosque nativo – sustituido por grandes extensiones de plantación de pino – junto con la contaminación del agua – agrotóxicos y desechos de las fábricas de pasta celulósica, entre otros – llevó a un lento deterioro de los mbyá-guaraní que tuvieron que modificar sus patrones de subsistencia tradicionales. Con la reducción de su territorio disminuyó la posibilidad de caza y pesca, quedando las comunidades dependientes de los subsidios del Estado y – en el caso de muchas de ellas – con la alternativa de ser mercancía para el turismo. Mientras que el turismo como recurso se plantea cargado de

neutralidad socio-política, los supuestos se impulsan a través de los lineamientos internacionales de la UNESCO, organismo responsable de la Red Mundial de Reservas de la Biosfera<sup>21</sup>. En este contexto, el turismo se constituye como mercancía y puerta de entrada al sistema económico-político que, está destruyendo el planeta.

Desde los años 70 en la provincia de Misiones –a través de las agencias indigenistas, ONG y el Estado– se concretaron programas de desarrollo que instauraron mediadores indígenas bilingües quienes, la mayoría de las veces, no coincidían con sus líderes políticos. De esta manera se comenzaron a desestabilizar las comunidades con la creación de nuevos liderazgos vinculados a los beneficios que recibían del Estado, generando conflictos y crisis de representación en los asentamientos mbyá. Con el discurso de respetar y proteger, a los nuevos caciques se les distribuía ropa, alimentos y algunos otros bienes, creando una población indígena cada vez más dependiente de las donaciones<sup>22</sup>.

Cuando el consejo de caciques mbyá asumió una posición crítica al actuar estatal, el gobierno provincial creó el Consejo de Ancianos y Guías Espirituales, institución que colocaba en la esfera política a los terapeutas tradicionales, *opygua*, intentando así desestabilizar a los líderes espirituales que asumen otras funciones diferentes a las políticas. De esta manera, el Estado generó confusión y debilitamiento político, entrometiéndose en asuntos internos de los mbyá.

La consecuencia de la intromisión externa dio como resultado la multiplicación de unidades residenciales.

La negociación por parte de los mbyá con el Estado siempre estuvo enfocada en conseguir las tierras. Al verlas reducidas comenzaron a aceptar planes de asistencia social (que incluyen alimentos) como una de las estrategias de supervivencia y, con ello, comenzaron a sufrir graves consecuencias en la salud. La deforestación de los bosques, la reducción de su territorio y la contaminación de las aguas provocó el cambio de dieta, la utilización de la biomedicina y un mayor contacto con la sociedad mayoritaria<sup>19</sup>. Ello llevó a un empeoramiento de la calidad de vida de los mbyá y, en consecuencia, de su salud.

Actualmente, una de las propuestas inminentes de desarrollo en la Provincia de Misiones es la creación de la represa Garabí/Panambi, un complejo hidroeléctrico entre Brasil y Argentina que se ubicará sobre el río Uruguay y prevé inundar áreas de la provincia de Corrientes y Misiones, en Argentina, y Río Grande do Sul, en Brasil. Las pri-

meras estimaciones en el proyecto Garabí muestran que la represa afectaría a un total de 26.000 hectáreas. Allí existen 9 áreas indígenas ubicadas a una distancia de 15 Km. del río Uruguay. El proyecto Panambí afectará a 19.000 hectáreas de vegetación nativa, incluidas áreas protegidas. Así, en Brasil en el parque Estadual do Turvo, a unas 60 hectáreas, y en Argentina la Reserva de la Biosfera Yabotí, a 34 hectáreas más, superficie, esta última, que alberga comunidades guaraníes. Pese a que las estimaciones indican que no tendrá un impacto directo en las comunidades indígenas, sí lo tendrá de manera indirecta, ya que 6 de las 9 áreas indígenas que hay en Misiones se ubican a menos de 15 Km del río<sup>23</sup>. A su vez, se calcula que habrá de 15 a 20 mil desplazados<sup>24</sup>. Efectos a los que cabe sumar las consecuencias de los impactos de las líneas de transmisión de energía de alta tensión.

Los estudios preliminares del proyecto Garabí comenzaron en el año 1974 aunque en el año 1991 se produjo la paralización del proyecto por las nuevas condiciones establecidas para el sector energético por Argentina y Brasil. En el año 2002, se retomaron las conversaciones entre ambos países, cuando el proyecto fue incorporado al Plan IIRSA. En el año 2009 los presidentes de ambos países firmaron el acuerdo para la creación de la Empresa Mixta Internacional, que supervisará la construcción del complejo Hidroeléctrico Binacional Garabí<sup>24</sup>.

La financiación de la represa está a cargo del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), -48% en proyectos de ampliación y 51% de proyectos energéticos-, el Banco de Desarrollo de América Latina - 66% de préstamos - y el Banco Mundial - entidad que brinda apoyo gubernamental a un 78% -<sup>23</sup>.

La provincia de Misiones ya cuenta con el antecedente del proyecto hidroeléctrico Binacional Yacyreta, ubicado sobre el río Paraná, frontera entre Argentina y Paraguay, que empeoró las condiciones de vida de la población misionera: dejó a 50 mil afectados directos y a otros miles de indirectos, además de inundar 170 mil hectáreas<sup>25</sup>. Las aguas estancadas y la destrucción ecológica favorecieron la aparición de una serie de enfermedades que no se encontraban presentes en la provincia hace apenas dos décadas atrás: leishmaniasis, los vectores de la esquistosomiasis, dengue, malaria, fiebre amarilla, parásitos, alergias, enfermedades de la piel y otras, sumadas a los efectos de los agrotóxicos que se emplean habitualmente en las plantaciones de monocultivo en la provincia<sup>26</sup>.

El Banco Mundial es una de las entidades internacionales más importantes en la financiación de estas grandes infraestructuras y, como ya mencionamos, desde el año 2005 esa entidad se encarga de las directrices de la política relativa a los pueblos indígenas y de las decisiones concernientes a los proyectos de desarrollo para estas poblaciones.

Paralelamente, en el año 2005 enmarcados dentro de los parámetros de OPS, el Ministerio de Salud argentino constituyó el área de salud indígena y la creación del Programa de Médicos Comunitarios. Se pretendía incorporar, dentro de los equipos de salud del Primer Nivel de Atención, a los agentes comunitarios indígenas, diseñar material pedagógico de salud con enfoque intercultural y fortalecer el rol de referencia provincial indígena. Poniendo el énfasis en los espacios de consulta sobre aspectos relacionados con la salud de los pueblos indígenas. Se propuso el respeto a las pautas tradicionales, mediante la incorporación de agentes sanitarios como facilitadores en las comunidades y, centrados en atención primaria, se proporcionaba a las comunidades asistencia alimentaria, provisión de medicamentos y atención médica (con especial incidencia en campañas de vacunación, entrega de algunos medicamentos y leche en polvo).

Según el Plan de Acción para pueblos indígenas de la provincia de Misiones 2009/2010, actualmente existen 85 comunidades distribuidas en 1.256 familias. De ellas, más de la mitad no poseen la propiedad de la tierra<sup>25</sup>. Y aún aquellas comunidades con propiedad de la tierra se han visto rodeadas de deforestación de la selva.

A cambio de la lenta destrucción de su territorio la salud pública como entidad perteneciente al Estado promueve de forma paliativa aminorar la situación en la que viven estas comunidades, proponiendo los programas básicos de atención primaria. Sin embargo, el problema de la degradación de salud en estas poblaciones viene dándose desde hace años por la desaparición de su territorio.

El empeoramiento de la situación sanitaria y de la calidad de vida no afecta tan sólo a las comunidades indígenas, sino que incide en toda la población de la provincia de Misiones, que padece el incremento sustancial de enfermedades relacionadas con los efectos de la construcción de represas y de la deforestación de la selva Paranaense. Enfermedades como dengue, malaria, leishmaniasis entre otras, y a estas se suman, entre los mbyá, enfermedades asociadas a la pérdida de su territorio y, por tanto de su esencia cultural.

Se trata de problemas como los que se derivan de la desnutrición, alcoholismo, suicidio o drogodependencia entre otros.

Ante esta situación y a fin de plantear una alternativa se decide la introducción de agentes sanitarios y médicos comunitarios con enfoque intercultural, mientras se gesta la construcción de la represa Garabí/Panambí.

Situar la salud intercultural como alternativa ante la situación de extrema gravedad que viven estas comunidades, no es más que desviar el foco principal del problema. Lo necesario es contar con el territorio suficiente y que éste reúna condiciones saludables. Ante esta situación de desalojo, deforestación y contaminación de sus territorios se proponen programas de salud pública para paliar la situación provocada por el propio Estado que permite que las empresas destruyan y contaminen la selva.

En los dos casos expuestos – Bolivia y Argentina – existen territorios que son Parques Nacionales o Reserva de la Biosfera, con población indígena en su interior y en ambos países se ignoran las normativas internacionales y nacionales sobre pueblos indígenas y Parques y Reservas Naturales, primando el interés económico-político antes que las poblaciones y la vida en su más amplio sentido.

### Consideraciones finales

En las dos grandes obras citadas está implicada la iniciativa para la integración de infraestructura regional sudamericana (IIRSA). El Plan IIRSA fue propuesto por el BID y aprobado por los 12 presidentes sudamericanos en el año 2000. Esta iniciativa propone desarrollar infraestructura en la región que facilite y abarate las extracciones de los recursos naturales, para integrar los mercados, mejorar el comercio, consolidar las cade-

nas productivas, alcanzar la competitividad en los mercados mundiales, reducir el costo e insertarse en la economía global<sup>24</sup>.

A su vez, en ambas construcciones también están implicadas las comunidades indígenas y, tanto en un caso como en otro, se propone mejorar la educación y la salud a través del enfoque intercultural para paliar las enfermedades que conllevará el empeoramiento de las condiciones de vida de las poblaciones del TIPNIS y en las que se encuentran actualmente los mbyá-guaraníes.

Como hemos visto son las entidades globales las que promueven por un lado los proyectos de desarrollo y la protección a los indígenas, –como el Banco Mundial– y al mismo tiempo financian iniciativas que los destruyen.

En consecuencia, no se debería hablar de la mejora de la salud de las poblaciones indígenas, sino de la mejora de sus condiciones de vida de acuerdo con las decisiones de producción y reproducción que ellos mismos adopten, tanto en el ámbito simbólico como en el económico, el político o el social. En este contexto, en primer lugar el esfuerzo debería dirigirse a asegurar la tierra comunitaria y a evitar las divisiones territoriales que proponen la mayoría de los países. La salud ambiental es la base indispensable para asegurar condiciones óptimas de salud. Y son los organismos globales quienes deberían velar y favorecer estas condiciones, garantizando la calidad de las aguas, descartando los contaminantes – sean los agrotóxicos, los procedentes de la minería indiscriminada, de la industria maderera o de la papelera-, asegurando la biodiversidad de los territorios, lugares ancestrales donde se asientan las diferentes poblaciones indígenas, junto con la seguridad alimentaria autogestionada. Se trata de objetivos que tan sólo son posibles si se adoptan decisiones socioeconómicas y políticas que ayuden a mejorar las condiciones de vida y, con ellas, las condiciones de salud de las poblaciones indígenas.

### Agradecimientos

Agradezco a María Julia Castellón-Arrieta y a Marilyn Cebolla por los comentarios al texto y a Bernarda Claire y Constanza Forteza por su dedicación a la revisión del mismo.

## Referencias

1. Menéndez EL. *La parte negada de la cultura. Relativismo, diferencia y racismo*. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2002.
2. Díaz-Polanco H. *Etnografía y multiculturalismo*. 2005. [acceso 2014 jul 22]. Disponible en: <http://www.estudiosecologistas.org/docs/reflexion/indigenas/etnofagia.pdf>
3. Sassen S. *Una sociología de la globalización*. Buenos Aires: Katz Editores; 2007.
4. Quijano A. Colonialidad del poder, globalización y democracia. 2000. [acceso 2014 jul 22]. Disponible en: <http://www.rrojasdatabank.info/pfpc/quijan02.pdf>
5. Schütz G, Tambellini AT, Asmus CIRF, Meyer A, Cámara VM. A agenda da sustentabilidade global sua pauta oficial: uma análise crítica na perspectiva da Saúde Coletiva. *Cien Saude Colet* 2012; 17(6):1407-1418.
6. Ramírez Hita S. La contribución del método etnográfico en el registro del dato epidemiológico. *Epidemiología sociocultural indígena quechua de la ciudad de Potosí. Salud Colectiva* 2009; 5(1):63-85.
7. Ramírez Hita S. Políticas de salud basadas en el concepto de interculturalidad. Los centros de salud intercultural en el altiplano boliviano. *Avá Revista de Antropología* 2009; 14(7):191-212.
8. Ramírez Hita S. *Salud intercultural. Crítica y Problematicización a partir del contexto boliviano*. La Paz: ISEAT; 2011.
9. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). *Los cambios detrás del cambio. Desigualdades y movilidad social en Bolivia*. La Paz: PNUD; 2010.
10. Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF). *Los derechos de los pueblos indígenas explicados para todas y para todos*. Buenos Aires: UNICEF; 2010.
11. Rojas R. Crecer Sanitos. *Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2003.
12. Ramírez Hita S. Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud. Los desajustes de la realidad. *Acta Bioethica* 2011; 17(1):61-71.
13. Centro de Estudios Aplicados a los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CEADESC). Una mirada macroscópica al conflicto del TIPNIS. [acceso 2012 dic 30]. Disponible en: <http://www.ceadesc.org/2011/12/una-mirada-macroscopica-al-conflicto-del-tipnis-2/>
14. Cardenas: El estado tendrá presencia en el Tipnis con o sin consulta. [acceso 2012 jul 12]. Disponible en: [http://www.hoybolivia.com/Noticia.php?IdNoticia=64017&tit=cardenas\\_el\\_estado\\_tendra\\_presencia\\_en\\_el\\_tipnis\\_con\\_o\\_sin\\_consulta](http://www.hoybolivia.com/Noticia.php?IdNoticia=64017&tit=cardenas_el_estado_tendra_presencia_en_el_tipnis_con_o_sin_consulta)
15. Barroso V. TIPNIS ¿Un conflicto ambiental o de territorio? *Revista Letras Verdes* 2012; 11:112-122. [acceso 2012 dic 10]. Disponible en: <http://www.flacsoandes.org/letrasverdes>
16. Ramírez Hita S. *Calidad de atención en salud. Prácticas y representaciones sociales en población quechua y aymara del altiplano boliviano*. La Paz: Ed. OPS/OMS; 2010.
17. Woodman J, Grig S. *El progreso puede matar. Cómo el desarrollo impuesto destruye la salud de los pueblos indígenas*. Survival International, 2008. [acceso 2012 dic 1]. Disponible en <http://www.survival.es>
18. Breilh J. *Epidemiología: Economía, medicina y política*. Quito: Ediciones de la Universidad Central del Ecuador; 1979.
19. Gorosito AM. *Encuentros y Desencuentros, Relaciones Interétnicas y Representaciones en Misiones, Argentina* [tesis]. Brasília: Universidade de Brasília; 1982.
20. Cebolla M. *Etnografía sobre la miel en la cultura Mbya-guaraní*. Quito: Abya-Yala; 2009.
21. Braticevic S, Vitale E. Redefiniciones espaciales recientes del Soberbio, Misiones. *Avá Revista de Antropología* 2010; 17:23-36.
22. Gorosito AM. Liderazgos guaraníes. Breve revisión histórica y nuevas notas sobre la cuestión. *Avá Revista de Antropología* 2006; (9).
23. Di Paola M. *Crisis energética e instituciones financieras internacionales. El caso del complejo hidroeléctrico Garabí/Parambí y electroducto Norte Grande*. Buenos Aires: FARN; 2012. [Informe Ambiental Anual, n. 2012]
24. M'Biguá. *Impactos socioambientales de las mega represas. El caso Garabí*. 2012. [acceso 2014 jul 22]. Disponible en: <http://www.mbigua.org.ar/uploads/RepresaGarabi2010.pdf>
25. Bartolomé L. Reasentamientos forzados y el sistema de supervivencia de los pobres urbanos. *Avá Revista de Antropología* 2006; (8).
26. Las represas. Perspectivas geográfico ambientales. [acceso 2012 dic 29]. Disponible en: <http://planetas.unipe.edu.ar:8080/csociales/?cat=27>

Artigo apresentado em 07/07/2014

Aprovado em 11/07/2014

Versão final apresentada em 12/07/2014