

Informe sobre los Resultados del Diagnóstico
de la Situación de Salud de las
Nacionalidades Shuar y Achuar
FICSH-FIPSE-NAE 2005

Junio del 2006

Informe elaborado por:

Dr. Brad Jokisch, Departamento de Geografía, Universidad de Ohio

Dr. Kendra McSweeney, Departamento de Geografía, Universidad Estatal de Ohio

Revisión octubre 2006

Informe sobre los Resultados del Diagnóstico de la Situación de Salud de las Nacionalidades Shuar y Achuar FICSH-FIPSE-NAE 2005

© UNICEF, 2007

UNICEF

Casilla:

134 CEQ 16

Dirección:

Av. Amazonas #2889 y la Granja

Teléfonos:

(593-2) 2460-330 / 2460-332

Fax:

(593-2) 2461-923

e-mail:

quito@unicef.org

Quito-Ecuador

ISBN-13:978-92-806-4123-3

ISBN-10:92-806-4123-9

Contraparte:

Federación Interprovincial de Centros Shuar (FICSH)

Dirección: Domingo Comín s/n

Teléfono: (07) 2740-108

Sucúa - Ecuador

Dirección Provincial de Salud de la Provincia de Morona Santiago/Departamento de Salud Intercultural

Dirección: 24 de Mayo s/n (Edificio del Sindicato de Choferes)

Teléfonos: (07) 2700-025 / (07) 2700-431
(07) 2700-432

Macas - Ecuador

Área de Salud N° 6

Dirección: Domingo Comín s/n

Teléfonos: (07) 2740-109

Telefax: (07) 2741-149

Sucúa - Ecuador

Autor/es:

Planificación General del Diagnóstico

Dr. José Pozo Mosquera - MSP

Apoyo Técnico

Aux Washington Tiwi - FICSH

Rosana Posligua - UNICEF

Informe General:

Dr. Brad Jokisch, Departamento de Geografía, Universidad de Ohio

Dra. Kendra McSweeney, Departamento de Geografía, Universidad Estatal de Ohio

Encuestadores:

Auxiliares de Enfermería de la Provincia de Morona Santiago

Revisión:

Consuelo Carranza

Gabriela Malo

Oficial responsable:

Cecilia Dávila

Diseño Gráfico:

ABP Publicidad

Fotografías:

Dávila

Duque

Jokisch

Larrea

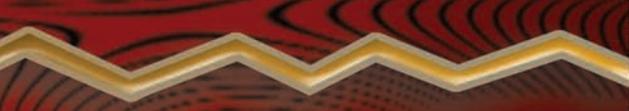
McSweeney

Ortega

Impreso en Ecuador

Imprenta:

No. de ejemplares: *****



CONTENIDO

	Pág.
PRESENTACIÓN	5
I INTRODUCCIÓN	7
i) El Diagnóstico 2005	9
ii) Objetivos del presente informe	11
iii) Cobertura geográfica y temas de calidad de datos	11



II CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS	Pág.
i) Idioma	19
ii) Registro Civil: inscripciones oficiales de nacimientos y muertes	19
iii) Vivienda	21
iv) Educación	22
v) En Radiocomunicaciones	24
vi) Actividad económica	25
vii) Utilización, tenencia y conflictos de tierra	27





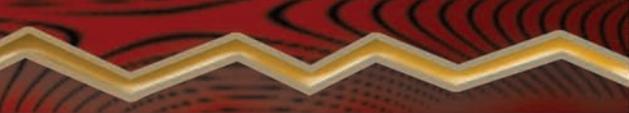
	Pág.
III CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	31
i) Estructura demográfica	31
ii) Fecundidad	34
iii) Mortalidad	37
iv) Migración	37



	Pág.
IV SALUD	47
i) Infraestructura sanitaria	47
ii) Servicios de salud	48
iii) Morbilidad y mortalidad	52
iv) Tipos de tratamiento	57
v) Vacunación	61



	Pág.
ANEXOS	67
ANEXO A	67
ANEXO B	75
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78



PRESENTACIÓN

La Federación Interprovincial de Centros Shuar (FICSH) desde el año 2003 venía manifestando su interés en realizar un diagnóstico de salud en sus comunidades. Posteriormente, se sumaron a esta iniciativa tanto la Federación Independiente del Pueblo Shuar del Ecuador (FIPSE) como la Nacionalidad Achuar del Ecuador (NAE).

Esta propuesta nace a partir de la necesidad de conocer qué sucede con la situación de salud de los niños y niñas, jóvenes, hombres y mujeres de las nacionalidades Shuar y Achuar de la provincia de Morona Santiago con el fin de proponer políticas, programas, planes y proyectos de salud acordes con su realidad sociocultural.

Dentro de la implementación del Proyecto de desarrollo sostenible de las comunidades del río Santiago, UNICEF, con el apoyo del Gobierno de Finlandia, decide responder a esta demanda apoyando la realización del presente estudio que se lleva a cabo desde mediados del 2005 hasta inicios del 2006.

Una vez cumplido este largo camino que parte desde la elaboración de la propuesta, la gestión para la consecución de fondos, la realización de encuestas, el ordenamiento y procesamiento de los datos, es muy grato entregar los primeros resultados de este informe a las organizaciones Shuar y Achuar, a las autoridades de salud y a todos aquellos interesados en conocer la realidad de las nacionalidades indígenas de la provincia de Morona Santiago.

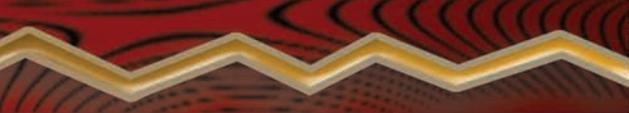
Se espera que este informe sea analizado por todos los actores interesados en este tema y permita la definición de propuestas encaminadas a incorporar en las políticas nacionales de salud pública las demandas de esta realidad amazónica que tiene especiales características socio-culturales que deben ser respetadas.

Se agradece profundamente a todos aquellos que se comprometieron con esta causa y apoyaron el cumplimiento de esta meta: el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Provincial de Morona Santiago y del Departamento de Salud Intercultural, al Área de salud No 6, y especialmente a los auxiliares de enfermería de la provincia quienes realizaron el levantamiento de la información. De igual manera, se agradece la asistencia técnica de los investigadores de la Universidad de Ohio en la elaboración del Informe de la investigación.

Luis Tsenkush Santiak Jimpikit
Dirigente de Salud de la FICSH

Cristian Munduate
Representante UNICEF





I INTRODUCCIÓN

El Foro Permanente de las Naciones Unidas sobre los Pueblos Indígenas del Mundo, ha llamado la atención sobre la falta de datos de alta calidad con respecto a la salud y de población de los pueblos indígenas en el mundo entero (UNESCO, 2004; UNICEF, 2003). Se reconoce que los censos estatales y las encuestas nacionales de salud, no realizan inventarios adecuados de las sociedades indígenas y que no es común considerar la identidad étnica en las evaluaciones de salud.

Por esos motivos, el simple inventario del número de pueblos indígenas en Ecuador, como en muchos otros países latinoamericanos, resultó ser una tarea difícil durante la mayor parte del siglo XX (Guerrero, 2005; Sánchez-Parga, 1994). Pocas veces los gobiernos estuvieron conscientes de cuántos indígenas vivían dentro de sus fronteras nacionales y el conocimiento acerca de grupos aislados resultaba particularmente limitado.

Esta situación ha llevado a un reconocimiento insuficiente de las poblaciones indígenas, un desconocimiento de sus necesidades de salud y educación específicas y por tanto una limitada inversión estatal en programas sociales para las comunidades indígenas. El resultado es que las poblaciones indígenas en Ecuador y en otras partes sufren desproporcionadamente de enfermedades prevenibles, bajas tasas de escolarización y altos índices de mortalidad infantil y materna (OPS, 2004; Ecuador, 2001).

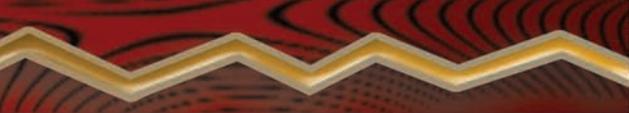
Desde los años noventa, sin embargo, las federaciones indígenas han estado preocupadas en recoger importantes datos demográficos y de salud acerca de sus propias poblaciones y en utilizar esa información para justificar sus exhortaciones a que se preste mayor atención para satisfacer sus necesidades particulares (Montenegro y Stephens, 2006; Riach 2004). Las federaciones indígenas ecuatorianas también han trabajado en este campo (Puertas y Schlessler, 2001; ATE, 1996).



Por ejemplo, desde 1990, FICSH llevó a cabo un programa de salud en sus comunidades. En 1994, efectuó una encuesta de salud en 18 asociaciones Shuar y Achuar, cuyo diseño estaba orientado a establecer una línea de base de información esencial acerca de la población y su estado de salud.

En los nueve años que han transcurrido desde la última encuesta, han existido muchos cambios dentro de la salud, así como de otros aspectos de estas nacionalidades. Por ejemplo, el número de miembros de la FICSH ha crecido; la Nacionalidad Achuar ha

establecido una asociación separada (NAE); se ha creado un nuevo comité interfederativo (FICSH-FIPSE-NAE) para permitir la participación de todas las federaciones regionales en asuntos comunes; el Ministerio de Salud Pública ha alentado la participación local en la planificación y ejecución de los programas a través de las áreas de salud; y finalmente se ha creado un organismo nacional, la Dirección Nacional de Salud de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas, así como los departamentos provinciales, para reconocer las diferentes necesidades de salud de los pueblos indígenas del Ecuador.



i) El Diagnóstico 2005

En el contexto de estos cambios, en el 2005 FICSH-FIPSE-NAE decidieron emprender un nuevo Diagnóstico de Salud de las comunidades Shuar y Achuar. Los objetivos específicos del diagnóstico son:

- Conocer la población real.
- Saber la escolaridad de los adultos mayores de 14 años.
- Observar la tasa de natalidad, de mortalidad (general y específica) y de migración.
- Averiguar sobre las condiciones socioeconómicas de la población.
- Distinguir las tasas de morbilidad por patologías.
- Conocer las tasas de vacunación de los niños menores de 4 años.
- Informarse sobre la infraestructura sanitaria.
- Dar las pautas generales para un Programa de Salud de las nacionalidades Shuar y Achuar.

Para alcanzar esas metas, el doctor José Pozo (Área 6), Washington Tiwi (FICSH) y Rosana Posligua (UNICEF), con los aportes de los doctores Jokisch y McSweeney, desarrollaron dos encuestas: una destinada a las familias¹ y otra para obtener datos generales del “centro” o comunidad², en agosto-septiembre del 2005.

Inicialmente, la idea era alcanzar a todas las comunidades Shuar y Achuar de la Región Amazónica, pero por problemas en el financiamiento, eventualmente, se limitó el diagnóstico a las comunidades Shuar y Achuar de la provincia de Morona Santiago.

La capacitación para el diagnóstico y la ejecución del mismo se llevaron a cabo con financiamiento y apoyo logístico de:

- UNICEF-Ecuador.

1 Se pueden intercambiar los términos “familia” y “hogar” ya que los dos significan lo mismo.

2 Se pueden intercambiar los términos “centro” y “comunidad” ya que los dos significan lo mismo. Cabe aclarar que el concepto de “centro” se acuña cuando nace la Federación Shuar y hace referencia a un conjunto de familias. El conjunto de centros da como resultado la Asociación y la unión de estas forma una federación.

- Dirección Provincial de Salud de la provincia de Morona Santiago (Ministerio de Salud Pública).
- Departamento de Salud Intercultural de la provincia de Morona Santiago (MSP).
- Área de Salud N° 6 (Hospital Pío XII) (MSP).
- Centro de Salud FICSH, Área 6, Sucúa.
- Dirigencia de Salud, FICSH.
- La Sociedad Geográfica Nacional (The National Geographic Society Estados Unidos de Norteamérica).

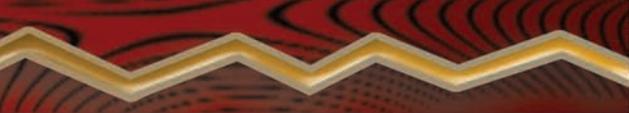
Los días 29, 30 de septiembre y 1 de octubre, se llevó adelante un taller en Sucúa para capacitar a 45 auxiliares de enfermería de toda la provincia de Morona Santiago. El tema principal fue cómo llevar a cabo las encuestas. Para este efecto se preparó una guía sobre los cuestionarios en donde se especificaba el objetivo de cada pregunta³. En el último día se hizo una prueba piloto con todos los participantes en los centros de los cantones Sucúa y Logroño.

Se planteó aplicar las encuestas familiares a un 30% de los hogares de los centros, por ser una muestra representativa.

Los *encuestadores* llevaron a cabo el Diagnóstico desde octubre del 2005. Las encuestas comunitarias se destinaron al síndico de cada centro, mientras que las encuestas familiares fueron realizadas al jefe hombre o mujer de familia de cada tres hogares. Las encuestas fueron entregadas al Centro de Salud en Sucúa en febrero del 2006. Todos los encuestadores fueron remunerados por su trabajo de indagación.

Una vez que el Centro de Salud había recibido los resultados de las encuestas, Paola Cambizaca ingresó los datos con código en la computadora entre octubre del 2005 y febrero del 2006. Esos datos fueron depurados y luego analizados por Brad Jokisch y Kendra McSweeney en noviembre - diciembre del 2005 (en Sucúa) y en marzo-junio del 2006 (en Ohio).

³ Los facilitadores de este taller fueron: Lcda. Olga Amboya (Departamento de Salud Intercultural); Dr. José Pozo (Área 6). Washington Tiwi (Dirigente de Salud de la FICSH); Rosana Posligua (UNICEF).



En diciembre del 2005, Washington Tiwi presentó los resultados preliminares a algunos de los dirigentes de la FICSH.

La revisión técnica de este informe ha sido realizada por Rosana Posligua (Área 6 - UNICEF).

ii) Objetivos del presente informe

La exposición presenta el análisis final de los resultados del Diagnóstico (con base en toda la información computarizada) recibidos en Ohio para abril del 2006. Los objetivos específicos del presente informe son los siguientes:

- Resumir los principales hallazgos del diagnóstico.
- Ayudar a identificar las necesidades urgentes de salud entre las poblaciones Shuar y Achuar.
- Proporcionar un marco de referencia (línea de base) de los indicadores demográficos y de salud para compararlo con futuras encuestas sobre las poblaciones Shuar y Achuar.

- Proporcionar un marco de referencia (línea de base) de los indicadores demográficos y de salud para compararlo con las otras poblaciones en Ecuador y en otras partes.
- Iniciar una discusión acerca de las políticas para las prioridades de salud y desarrollo de las comunidades Shuar y Achuar.
- Identificar áreas para una futura investigación de la salud, dentro y por las comunidades Shuar y Achuar.
- Apoyar los esfuerzos para obtener financiamiento para futuros proyectos de salud en beneficio de las comunidades Shuar y Achuar.

iii) Cobertura geográfica y temas de calidad de datos

a) *Dimensión de la muestra y cobertura geográfica*

La intención original del Diagnóstico, era alcanzar una tercera parte de todos los hogares Shuar y Achuar en la provincia de Morona Santiago. Sin embargo, los encuestadores sobrepas-

saron el objetivo en casi cada centro visitado, logrando un promedio de 39% de los hogares por centro⁴. El resultado es que el Diagnóstico es la encuesta demográfica y de salud más ambiciosa enfocada en las comunidades Shuar y Achuar e incluye información sobre casi 12000 individuos en casi 2000 hogares, en 257 centros, en 48 asociaciones (véase el Anexo A para una lista completa de todos los centros entrevistados). Se puede desagregar la muestra de la encuesta por federación (véase cuadro 1a).

Cuadro 1a.

	Asociaciones	Centros	Hogares	Individuos
FICSH	31	193	1497	9105
FIPSE	12	40	329	2020
NAE	5	24	117	800
Total	48	257	1943	11925

Como lo indica claramente el cuadro anterior, se organizó el Diagnóstico utilizando las divisiones políticas Shuar y Achuar. Durante el análisis de los datos, se estableció la ubicación de cada centro dentro del sistema cantonal del Ecuador para permitir comparaciones con los datos nacionales de censo. El gráfico a continuación muestra la distribución aproximada de los centros entrevistados, desagregados por cantón⁵.

⁴ Si bien la encuesta cubre de un 40% de todos los hogares, solamente alcanzó aproximadamente 32,6% de la población total de los centros visitados, o sea casi exactamente el objetivo de 33%.

⁵ Estos datos son preliminares, aún tienen que ser verificados.

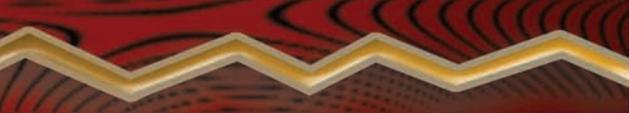
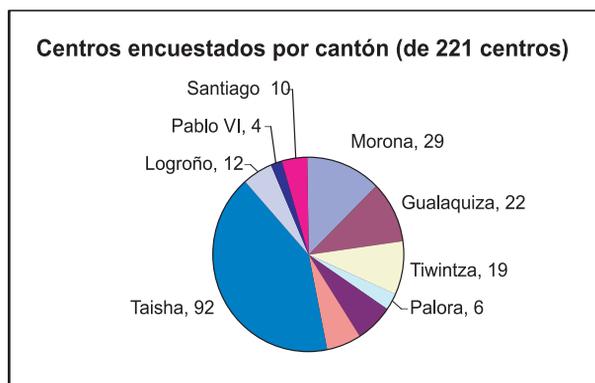


Gráfico 1a.



Por más impresionante que sea la muestra, la cobertura geográfica de la encuesta de la provincia de Morona Santiago no fue completa.

A diferencia del censo nacional (que tiende a favorecer las poblaciones fáciles de llegar), esta encuesta está sesgada hacia las comunidades Shuar y Achuar rurales y más aisladas, es decir, aquellas que tienen menos probabilidad de recibir los servicios prestados por programas de atención de salud y educación. Por ejemplo, la mayor parte de los centros Shuar y Achuar del cantón de Taisha fueron entrevistados. En cambio, hubo más centros accesibles,

especialmente en los valles Upano y Zamora, que no fueron entrevistados.

Por tanto, la información recogida en este Diagnóstico y presentada en el Informe, debería considerarse como representativa de una muestra de las poblaciones Shuar y Achuar de Morona Santiago que están sesgadas geográficamente de la siguiente manera:

- Cubre exclusivamente las comunidades rurales Shuar y Achuar.
- Representa excesivamente a los centros Shuar y Achuar al este de la cordillera de Kutucú (también denominada el “Trans-Kutucú”).



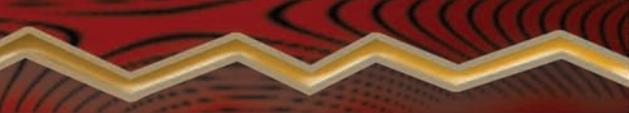
- Realiza un recuento insuficiente de los centros Shuar y Achuar en el valle de Upano en general.

b) Calidad de los datos

Como para cualquier encuesta de gran envergadura, la calidad de la información recogida se encuentra afectada por a) el diseño de la encuesta; b) la atención prestada por el encuestador; c) la buena voluntad de los entrevistados a responder con exactitud; y d) la capacidad de los entrevistados a responder con exactitud (debido a barreras culturales, lingüísticas o educativas). En el caso de

la presente encuesta, surgieron varios temas, algunos de los cuales se lograron atenuar durante el proceso de depuración de los datos.

Con respecto al diseño de la encuesta, la mayoría de las preguntas estaban formuladas con respuestas fijas en vez de respuestas abiertas. Eso provocó confusión en algunos casos. Por ejemplo, la pregunta 3.6., está formulada así: ¿Tiene cultivo solo para la venta? ¿NO?, ¿SÍ?. Por tanto, los que contestaron no mencionaron ningún cultivo que desarrollaban tanto para la venta como para el autoconsumo, subestimando así la producción agrícola comercial para



el mercado. Asimismo, si la familia cultivaba la yuca exclusivamente para la venta, se perdía esa información porque la opción 'YUCA' no aparecía en la lista siguiente.

Otro ejemplo proviene de las preguntas sobre la migración: el cuestionario no especificó el marco temporal en el cual los inmigrantes se habían trasladado, tampoco pidió detalles específicos acerca de los inmigrantes individuales (por ejemplo, edad, género). Esas omisiones disminuyeron considerablemente la capacidad de investigar el fenómeno de la migración entre los Shuar y Achuar.

Muchos cuestionarios fueron devueltos sin haber sido llenados por completo. Es imposible saber si eso se debe a que el encuestador no hizo preguntas específicas o si se debe a que el entrevistado eligió no contestar. Como consecuencia, el número total de observaciones fluctúa de acuerdo con el fenómeno que se examina.

En otros casos, las respuestas no tenían sentido. Eso sugiere que el encuestador

o el entrevistado o ambos no entendieron la pregunta. Es particularmente el caso con la sección sobre "nacimientos en el hogar este último año", donde se reportó hasta 10 nacimientos. Durante el proceso de depuración de datos, se eliminaron todas esas respuestas evidentemente erróneas.

También sospechamos que hubo un reporte insuficiente de niños y niñas de muy corta edad y otro de muertes recientes. Ninguno de esos resultados está fuera de lo común en encuestas grandes y tienen que ver con el hecho de que muchos niños de corta edad no son considerados como parte de la familia; también los entrevistados a veces optan por no discutir muertes recientes. Se analiza el impacto de estas omisiones en nuestra discusión de las tasas de fecundidad y mortalidad.

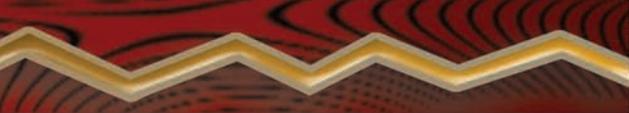
Los temas de idioma y cultura también inciden sobre los resultados. Por ejemplo, todas las enfermedades listadas bajo 'Enfermedades en las dos últimas semanas' se encuentran en español. Puede ser que eso se deba a

que el entrevistado denominó la enfermedad en español o a que el encuestador tradujo su respuesta en Shuar o Achuar al español, antes de anotarla en su forma hispanizada. El resultado es que conceptos Shuar y Achuar más complejos de salud y enfermedad pueden haberse perdido dentro de una terminología occidental relativamente sencilla. Debido a eso, es difícil identificar cómo los Shuar y Achuar perciben su condición de salud a través de su propia perspectiva cultural y por tanto cómo desarrollar mejores sistemas de salud

que respondan especialmente a sus necesidades (Montenegro y Stephens, 2006).

Finalmente, existen errores en los datos que muy probablemente se deben a los bajos niveles de educación de la mayoría de los entrevistados adultos, así como a la falta de sistemas de inscripción poblacional efectivos en la región. Es aún más evidente en las edades de los individuos que se reportan. Por ejemplo, parece que muchos adultos no están seguros de su edad precisa y puede





ser que no tengan ninguna manera de saber las edades exactas de los demás en sus hogares, incluyendo a los niños y niñas. El resultado son estimaciones que tienden a agruparse alrededor de edades que terminan en la cifra 0,5 y a menudo 8 (véase el Anexo B).

La tendencia de los entrevistados de 'agrupar' las edades -denominada "preferencia de edad"- es un problema común en grandes encuestas de poblaciones rurales. Esa tendencia también puede distorsionar severamente los múltiples indicadores demográficos que se calculan utilizando datos de edad, como las tasas de fecundidad o mortalidad. Por tanto, para los cálculos realizados para el presente informe, una técnica estándar se utilizó para ajustar los datos reportados sobre la edad y así contribuir a corregir este problema. Específicamente, se empleó un procedimiento de 'ajuste' que usa promedios móviles (véase el Anexo B).

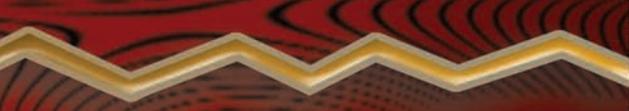
En breve, los principales temas de calidad de datos que inciden sobre

los hallazgos trazados en el presente informe incluyen:

- En todas las escalas determinadas (asociación, centro, hogar, individuo), los tamaños de muestra fluctúan a través de varias variables.
- Probablemente se subestimarán la población de infantes y gente muy anciana que viven.
- Generalmente, hay un reporte insuficiente de las muertes.
- Cualquier estimación basada en la edad debe considerarse aproximada.
- Un sesgo hacia la terminología de atención de salud occidental es posible que oculte la importancia local de conocimientos de medicina y salud fundamentadas en la cultura.

Para responder a esos temas de calidad de datos, en todo el presente documento, estamos atentos de recalcar el carácter aproximado y a menudo conservador de todas las estimaciones numéricas.





II CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS

i) Idioma

El Shuar sigue siendo el idioma que se habla con mayor frecuencia; 74% de los entrevistados informa que el Shuar se utiliza en el hogar y 46% que el Shuar es el único idioma que se habla. Si bien la encuesta preguntó ¿Cuál lengua se usaba con mayor frecuencia en el hogar?, muchos hogares reportaron más de una. De hecho, el 28% informó que tanto el Shuar como el español son idiomas primarios en el hogar. El español se utiliza con mayor frecuencia en 19% de los hogares.

Tabla 2a.

Idioma hablado “con mayor frecuencia” por los hogares Shuar y Achuar

	Sólo Shuar	Sólo Achuar	Sólo Español	Shuar y Español	Achuar y Español	Shuar y Achuar	Shuar, Achuar y Español	Total
Número de hogares	802	110	334	494	11	5	4	1760
% de hogares (total)	46	6	19	28	<0,01	<0,01	<0,01	100
Población estimada	4972	682	2071	3063	68	31	25	10912

ii) Registro Civil: inscripciones oficiales de nacimientos y muertes

La encuesta encontró que 87% de los entrevistados de la muestra está inscrito en el Registro Civil. Como se había proyectado, mientras más edad tenía un individuo más probabilidad había que estuviera inscrito. Solamente 2% de las mujeres adultas (18+) y 1% de

los hombres adultos no estaban inscritos, pero casi tres cuartos (73%) de los niños menores de dos años no estaban inscritos.

La mayoría de los recién nacidos/as Shuar y Achuar, especialmente en Taisha, no está inscrito con exactitud y con prontitud. La mayor parte está inscrito meses o años después de su nacimiento. Al menos tres factores contribuyen a este problema.

1. La inscripción debe realizarse personalmente en la cabecera del cantón, lo que significa un largo viaje en el Tras-Kutucú.
2. Los padres deben pagar una multa si el niño no está inscrito durante su primer año después de nacer.
3. Si un niño tiene más de 12 años, los padres deben estar inscritos; si no, la madre (o el padre) debe obtener un permiso en Quito para inscribir a su hijo.

La confiabilidad de los datos sobre los fallecimientos parece aún más problemática. Muchas muertes, especialmente de la gente anciana, no se inscriben en el Registro Civil. De hecho, algunos ancianos han vivido sus vidas completamente invisibles para el Estado, ya que nunca tuvieron documento oficial alguno sobre su nacimiento, matrimonio o muerte.

El resultado es que las estadísticas vitales en Taisha y otros cantones de Morona Santiago no son confiables y no refle-

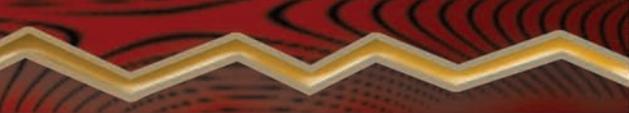
jan la realidad demográfica de los Shuar y Achuar. Las estadísticas vitales reflejan un recuento incompleto de los nacimientos, de las muertes y una gran inexactitud para ambos.

Cédulas:

Los datos de la encuesta muestran que solamente el 39% de la muestra (N = 11925) están cedulados: 37% de todas las mujeres y 40% de todos los hombres. La mayor parte de las personas que no cuentan con cédula son menores de 18 años. Entre los adultos (18+), 11% de las mujeres y 8% de los hombres no están cedulados. Las tasas inferiores se encontraron en Taisha, donde el 13% de los adultos no estaban cedulados. Las tasas fluctúan por federación también (Tabla 2b).

Tabla 2b.
Porcentajes de no cedulación de los adultos (18+)

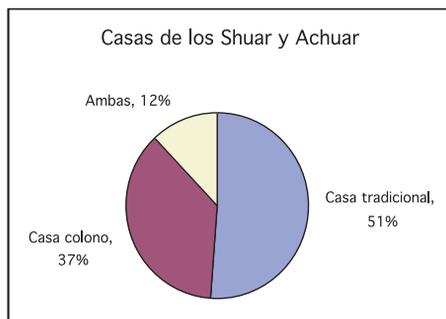
	<u>Mujeres</u>	<u>Hombres</u>	<u>Total</u>
FICSH:	11%	8%	9,0%
FIPSE:	12%	11%	11,5%
NAE:	11%	9%	10,0%



iii) Vivienda

Las casas tradicionales Shuar siguen siendo el estilo más importante en Morona Santiago, pero más de un tercio vive en casas de estilo colono. Muchos hogares Shuar cuentan con casas múltiples o alojamientos y el 12% de las casas de la muestra, tenía un estilo tanto colono como tradicional.

Gráfico 2a.



Casas tradicionales
Shuar y Achuar

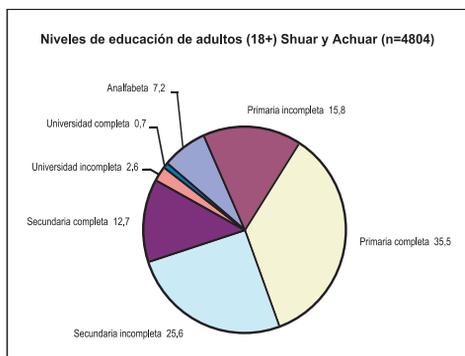


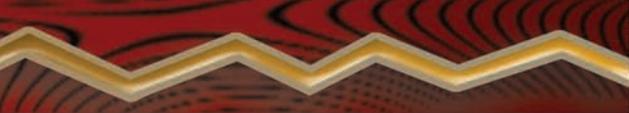
Casa colono
y tradicional
(atrás derecha)

iv) Educación

Se enfocó en la educación de los adultos (18+). Más de la mitad 58% de todos los adultos no tiene ninguna educación más allá de la escuela primaria y el 7% de todos los adultos es analfabeto. Solamente un poco más de un tercio 35% han terminado la escuela primaria y el 13% ha terminado la secundaria. Menos del 4% de los adultos ha tenido una experiencia en la universidad (Gráfico 2b).

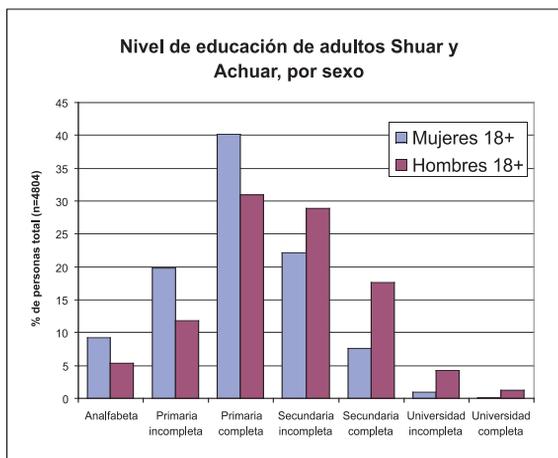
Gráfico 2b.





Existe una diferencia de género en los logros escolares de los adultos (18+). Por ejemplo, el 9% de las mujeres y el 5% de los hombres son analfabetos; más hombres que mujeres han terminado la escuela primaria, iniciado o terminado la secundaria o han tenido alguna experiencia en la universidad.

Gráfico 2c.



Existen también diferencias en la educación a nivel de las federaciones. Por ejemplo, los adultos (18+) quienes no han terminado la escuela primaria representaron un 15% de la FICSH, 17% de la FIPSE y 24% de la NAE. Estas diferencias son aún más pronunciadas cuando se toma en cuenta el género. En todas las asociaciones, hay mucho más mujeres que hombres (18+) que no han terminado la escuela primaria. Más de una tercera parte de las mujeres 34% afilia-

das con la NAE no completó la escuela primaria.

Con base en los datos nacionales (Tabla 2c), los Shuar y Achuar se encuentran con una mayor educación que otros grupos indígenas en Ecuador. Al compararles con otros ecuatorianos no indígenas, salen favorablemente, con la excepción de que muy pocos Shuar y Achuar asisten a la universidad.

Tabla 2c.

Logros educativos para individuos de 15 años y mayores (%)*.

	Shuar/Achuar			Indígena			No indígena			Total Ecuador
	Hombre (n=2872)	Mujer (n=2753)	Todos (n=5625)	Hombre	Mujer	Todos	Hombre	Mujer	Todos	
Todavía en la escuela	?	?	?	11	12	11	15	14	15	14
Nivel logrado si ya no asiste a la escuela ¹										
Ninguno	5	8	6	14	33	24	4	5	5	6
Primaria incompleta	12	19	15	27	21	24	16	18	17	18
Primaria completa	30	39	34	29	24	26	28	24	26	26
Secundaria incompleta	34	27	31	19	17	18	26	25	25	25
Secundaria completa	15	6	11	5	3	4	11	13	12	12
Universidad incompleta	4	1	2	6	3	4	10	11	11	10
Universidad completa	1	0	1	2	1	1	5	4	5	5

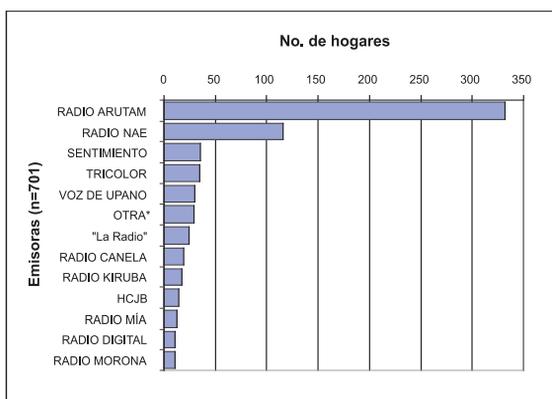
¹ Datos para los adultos Shuar y Achuar (individuos de 15 años y mayores) no diferencian aquellos que todavía asisten a la escuela de los que ya no asisten.

* Datos Shuar y Achuar del Diagnóstico (2005); todos los otros datos de la Encuesta sobre Condiciones de Vida, 1998 (Larrea y Montenegro Torres, 2006)

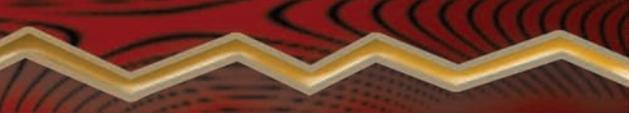
v) En Radiocomunicaciones

Gráfico 2d.

De los 1943 hogares que están reportando, 701 (36%) poseían un radio (Gráfico 2d). Los radios estaban más frecuentes entre los hogares NAE (56% propiedad), luego FICSH (37%) y finalmente FIPSE (26%). Si bien los hogares NAE están más aislados, parece que tienen un mayor contacto radiofónico que los otros hogares Shuar y Achuar.



*"OTRA" emisoras de radio incluyen aquellos que cuentan con menos de 10 hogares reportados que escuchan, incluyendo las siguientes: Integración, Radio Bonita, Voz de los Andes, 100.1 FM, Radio Cenepa, Radio Shalom, Radio Puyo, Radio Aventura, Radio Cristal, Radio Popular y Radio Quito.



vi) Actividad económica

Con base en las fuentes reportadas de ingresos de 1744 hogares, la agricultura y la ganadería constituyen las más importantes fuentes de ingresos, pero el empleo público está en el tercer lugar.

Tabla 2d.
Fuentes de ingresos

	<u>No. hogares</u>	<u>% total</u>	<u>FICSH%</u>	<u>FIPSE%</u>	<u>NAE%</u>
Agricultura	1311	75	77	77	53
Ganadería	244	14	14	6	35
Turismo	10	0.6	0.8	0	0
Emp. público	211	12	12	11	24
Negocio	71	4	5	2	0
Otro	278	16	18	11	6



La ganadería es una importante actividad económica para los Shuar y Achuar, pero especialmente para los Achuar. Dos terceras partes de los hogares Achuar (NAE) tenían ganado en comparación con solamente un poco más de un tercio para los hogares Shuar. Los hogares Achuar también tienen manadas más grandes; casi la mitad tiene al menos cinco cabezas de ganado y el 15% más de diez cabezas.

Tabla 2e.
Propiedad de ganado entre los Shuar y Achuar

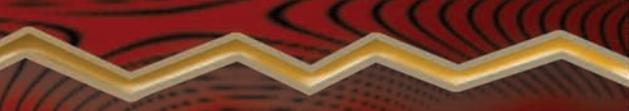
	% de hogares con ganado	<5 cabezas de ganado	5-10 cabezas de ganado	>10 cabezas de ganado
FICSH	38%	60%	30%	10%
FIPSE	34%	70%	26%	4%
NAE	67%	54%	31%	15%
TOTAL	39%	61%	29%	10%

Los hogares que reportan pastizales (1180), tienen un promedio de 12,1 hectáreas. Varias familias sin ganado tienen pastizales, que probablemente refleja una fluctuación estacional en la tenencia de ganado, el alquiler de sus pastizales a los que tienen ganado y posiblemente leyes que promueven la tala de los bosques.

a) Venta de madera y cultivos

Además del ganado, varios Shuar dependen de la venta de madera y

productos agrícolas, si bien la prevalencia de estas actividades es menor que la ganadería. De los 1943 hogares que contestaron las preguntas, 368 hogares (19%) informaron la venta de madera el año anterior. Hogares en FICSH tenían más probabilidad de vender madera (22%), seguida por la FIPSE (12%), luego la NAE (3%). Es probable que el sistema vial, como el que se encuentra en el valle de Upano, es importante para la comercialización de la madera.



De las 1943 familias entrevistadas, 25% indicó que tenía cultivos para la venta (n=481). El maíz era el más importante de los cultivos, seguido por el maní y la naranjilla (Tabla 2f). El acceso a los mercados parece ser un determinante importante para su participación. En la FICSH, la participación era de 31%; en la FIPSE, 5,5%; y en la NAE, 4%. Para aquellos que trabajan en la agricultura comercial, el área promedio dedicada a la agricultura era 1,68 ha.

Tabla 2f.
Cultivos más importantes para la venta

	<u>No. tenencias</u>	<u>Ha. promedio</u>
Maíz	214	1,01
Maní	74	0,8
Naranjilla	71	1,2
Otro	282	1,1

Favor notar que los hogares que forman parte de la NAE cuentan, como grupo, con una cartera de ingresos bastante diferente de los hogares de las otras federaciones, especialmente en términos de su dependencia del ganado y el servicio público como formas de ingresos en dinero. Eso sugiere que una gran cantidad de ganado en esas comunidades compensa la ausencia de acceso a mercados para cultivos, al turismo y a los negocios. Los miembros de la NAE (que tienden a tener más ganado) en realidad tienen la menor can-

tidad de hectáreas en pastizales, lo que se puede explicar con base en varios factores.

vii) Utilización, tenencia y conflictos de tierra

a) Área de tierra

El área reportada de los centros es problemática; parece que muchos síndicos dieron el tamaño de la urbanización en vez del área entera de

tierra reivindicada por el centro. Pero con la ayuda de la Dirigencia de Tierras, se pudo averiguar el área total verdadera para 74 centros (29% de la muestra). El tamaño promedio era de 5648 ha.

b) Densidad demográfica

La población total y datos para el área de 74 centros, sugiere que la densidad poblacional promedio/centro es aproximadamente 0,05 persona por hectárea. Eso significa que a cada persona le corresponde aproximadamente 20 hectáreas de tierra del centro.

c) Condición jurídica

De los 237 centros que reportaron, el 61% informó alguna forma de titulación legal para su tierra; 31 de los centros legalizados informaron el año que fueron legalizados. Los años se extendieron de 1976 al 2005, con la mayoría (48%) legalizados desde 2004.

d) Conflictos de tierra

De los 235 síndicos que reportaron, 26% confirmó que el centro estaba

viviendo conflictos de tierra. De estos, 58 describieron el tipo de conflicto:

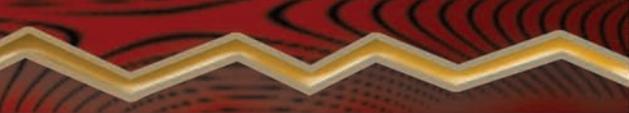
Con otro(s) centro(s)	22 (38%)
Entre familias/vecinos	23 (40%)
Con comunidades en Perú	1 (2%)
Con el "centro matriz"	4 (7%)
Con colonos	8 (14%)

e) Tenencia de tierra en otros centros

De los 1943 hogares que reportaron, 318 (16%) indicaron que tenían tierras en otro centro. Como se podía esperar, en vista de los conflictos de tierra, esta participación fluctúa por región, según lo que indica la Federación. En la FICSH, 18% de los hogares tenía tierras en otra parte (275); en la FIPSE, 12% tenía también tierras en otro lugar (40); y en la NAE, solamente 3% reporta tenerlas (3).

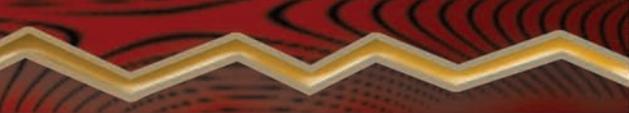
Resumen:

- El idioma hablado más importante es el Shuar, pero 28% de los hogares habla tanto el español como el Shuar y el 19% habla español con mayor frecuencia.



- Las inscripciones oficiales de nacimientos y muertes (estadísticas vitales) reflejan un recuento incompleto de los nacimientos y muertes.
- Casi tres cuartas partes (73%) de los niños menores de dos años no están inscritos.
- De los adultos, 9,5% no está cedulaado.
- La vivienda tradicional Shuar es el estilo de vivienda más común, pero muchas personas están agregando una nueva vivienda.
- Más de la mitad de todos los adultos (58%) no tiene educación más allá de la escuela primaria.
- 13% de los adultos ha terminado la secundaria y menos del 4% ha asistido a la universidad.
- Los hombres Shuar y Achuar tienen una mejor educación que las mujeres; menos del 10% de las mujeres ha terminado la secundaria.
- Los Shuar y Achuar tienen una mejor educación que otros grupos indígenas en Ecuador y cuando se los compara con otros ecuatorianos no indígenas los resultados son muy favorables con la excepción de que muy pocos asisten a la universidad.
- Radio Arutam es la emisora más popular y los Achuar (NAE) son los que más acceso tienen a la radio.
- La agricultura y el ganado son las mayores fuentes de ingresos.
- Una cuarta parte de la población tiene cultivos para la venta: el maíz es el cultivo comercial más extendido.
- Los Achuar dependen más del ganado y del empleo público que los Shuar.
- El 61% de los centros informó algún tipo de título de propiedad para sus tierras.
- El 26% de los centros reportó conflictos de tierra.
- De estos conflictos, el 40% estaba con familias/vecinos y el 38% con otros centros. Solamente el 14% de los conflictos estaba con colonos. Con base en esas cifras, se proyectan cada vez más disputas internas sobre las tierras de familias/comunidades.





III CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Este capítulo describe las características demográficas, con base en la estructura demográfica (edad y género) y tres variables demográficas: fecundidad, mortalidad y migración.

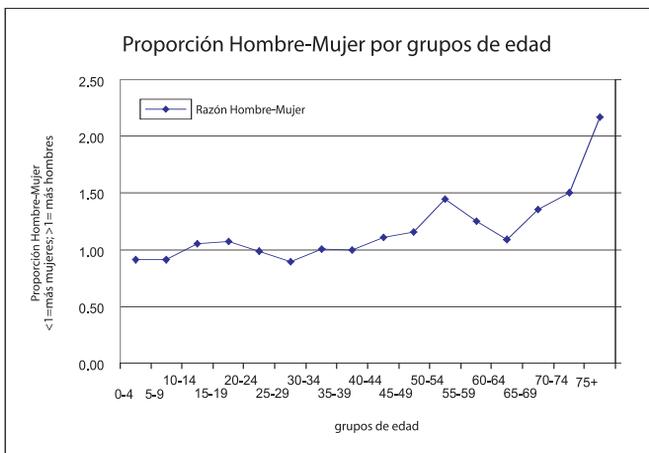
i) Estructura demográfica

Los datos del Diagnóstico muestran claramente que es una población muy joven que está experimentando un rápido crecimiento (Gráfico 3a). Los Shuar y Achuar tienen una edad mediana más baja (13) y un mayor porcentaje de su población por debajo de los 15 años (52,5%) que cualquier otro país en el mundo en el 2005. Las relaciones de dependencia proporcionan evidencia adicional de una población joven y de rápido crecimiento. Este diagnóstico mostró una relación

de dependencia de los niños y niñas sumamente alta de 113,7, lo que significa que, por cada 100 adultos, hay casi 114 niños (<15).

Las proporciones de cada sexo muestran que para los grupos de edad por debajo de los 40 años existe casi el mismo número de hombres que de mujeres, pero que la relación de hombres a mujeres aumenta significativamente con la edad. Los datos indican la realidad preocupante y extraña que existe una disminución significativa del número de mujeres comparado con el de los hombres en los grupos de edad de 40 años en adelante.

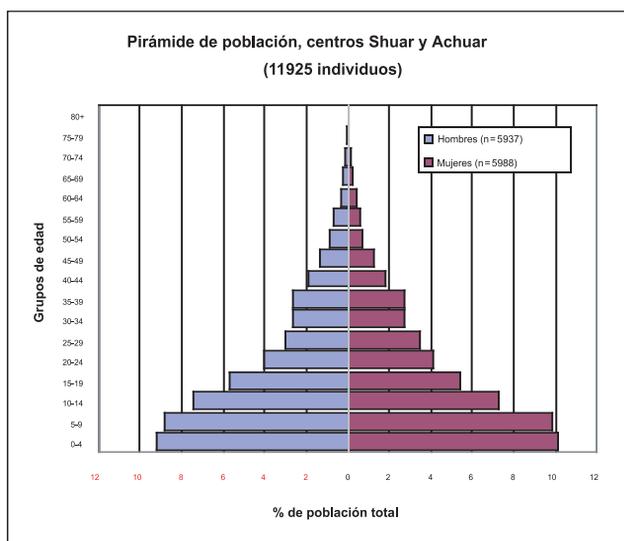
Gráfico 3a.



Una pirámide demográfica muestra claramente la prevalencia de jóvenes en la población Shuar y Achuar. La base de la pirámide es muy ancha y disminuye con cada agrupación. La ausencia relativa de ancianos/as Shuar y Achuar y el número desproporcionadamente menor de mujeres en los grupos de los adultos/as mayores se manifiesta en la pirámide.

La pirámide demográfica del Ecuador en su conjunto muestra una población relativamente joven, pero tiene una distribución considerablemente menos asimétrica de su población y una población mucho más grande de mayores de 75 años. El Gráfico 3d utiliza los mismos datos en la pirámide demográfica, pero muestra más claramente la proporción de cada sexo.

Gráfico 3b.



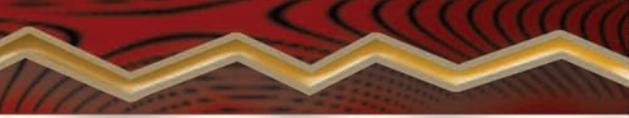


Gráfico 3c.

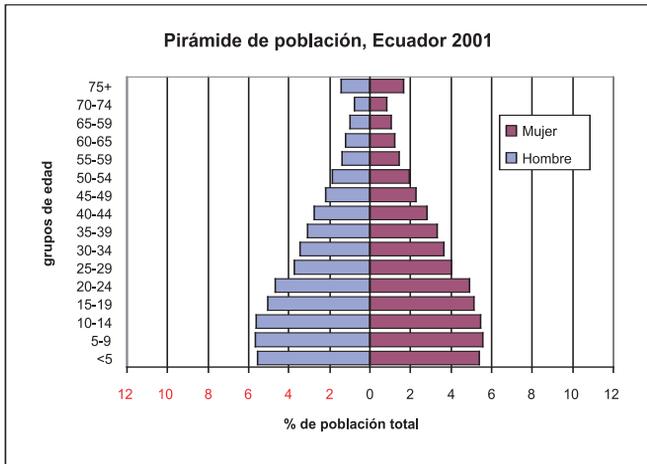
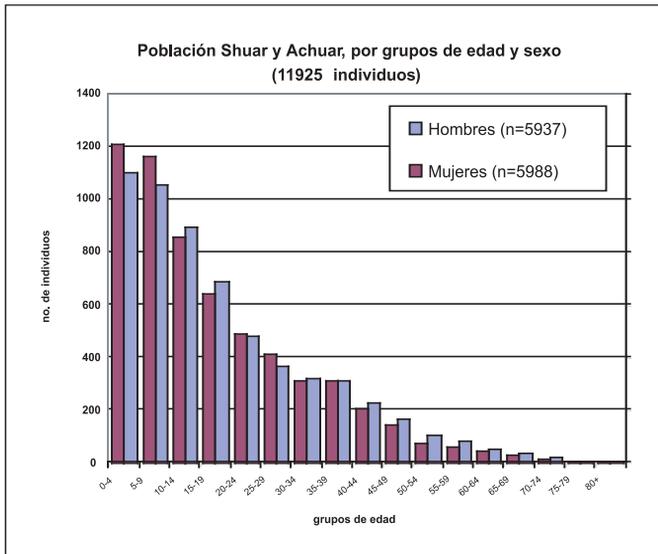


Gráfico 3d.



La Tabla 3a proporciona comparaciones del mundo entero y las cifras muestran claramente que las poblaciones Shuar y Achuar son atípicas. Por ejemplo, Uganda se asemeja a los Shuar y Achuar y es el único país en el mundo donde más de la mitad de la población está por debajo de los 15 años.

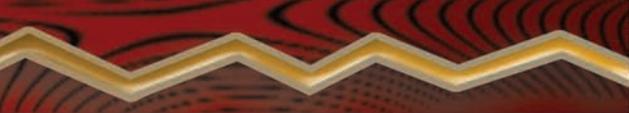
Tabla 3a.
Comparaciones globales de la edad mediana y de los niños: 2005

	Edad mediana	Porcentaje por debajo de los 15 años	Relación de dependencia de los niños
Mundo	28,1	28,1%	44
África	18,9	41,5%	75
América Latina y el Caribe	25,9	30,0%	47
Ecuador	24,0	32,4%	52
Shuar	13,0	52,5%	114
Uganda	14,8	50,4%	107

Fuente: Naciones Unidas, *Perspectivas de Población Mundial 2005*, <http://esa.un.org/unpp/>

ii) Fecundidad





Se puede calcular la fecundidad entre los Shuar y Achuar con base en una variedad de indicadores: tasas de nacimiento, fecundidad total y todos los niños nacidos. Utilizamos esos indicadores para concluir que la fecundidad entre los Shuar y Achuar es muy alta y que la fecundidad se inicia a una edad muy temprana.

a) Tasa de natalidad

La tasa de natalidad está a un mínimo de 36 y muy probablemente a 40 (por 1000 n.v.) o levemente mayor. La cifra de 36 se deriva utilizando la estimación más conservadora de los nacimientos, pero se obtiene una cifra más probable de 42,3 cuando el número de nacimientos se ajusta para incluir una sexta parte de todos los niños declarados supuestamente de la edad de un año. Debido a discrepancias en cómo se reporta y se registra la edad de los niños y niñas, creemos que una cifra más cercana a 40 es más exacta.

Con base en la composición del hogar (es decir, los hogares evidentemente integrados por una mujer que vive sola con sus hijos e hijas), apro-

ximadamente 10,8% de los hogares está encabezado por una mujer sola.

b) Tasa total de fecundidad

Calculamos la tasa de fecundidad total a un mínimo de siete. Eso significa que si las mujeres tienen hijos con base en la tasa que las mujeres actualmente tienen hijos para su grupo de edad, tendrán siete hijos en su vida. Una estimación produjo una tasa total de fecundidad de 8,2 hijos, pero concluimos que es probablemente una sobreestimación. Suponiendo que una sexta parte de los niños y niñas de un año tenían menos de un año, la tasa total de fecundidad se calcula en 6,6. Con base en las entrevistas con las mujeres Shuar en varias comunidades, se considera que esta tasa es conservadora. Por lo tanto, se calcula que la tasa total de fecundidad es muy probablemente 7,0 o levemente mayor.

c) Niños y niñas nacidos vivos y fecundidad completada

Otra manera de calcular los patrones de fecundidad es derivar el número promedio de los niños y niñas nacidos

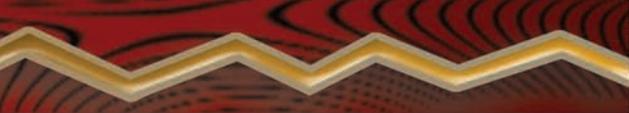
de mujeres por cada grupo de edad. El número total de niños y niñas nacidas de las mujeres es coherente con la estimación total de la tasa de fecundidad (7). La caída en el número de hijos en los dos grupos de mayor edad (45-49 y mayores de 50) tal vez se deba a la transición de la fecundidad; las mujeres mayores pueden simplemente haber tenido un hijo menos, en promedio, que las mujeres Shuar más jóvenes. Esta transición de fecundidad puede mostrar una caída en la poliginia en las últimas décadas. En muchas sociedades donde los hombres tienen varias esposas, el número de hijos e hijas por hombre es considerablemente mayor que por mujer, ya que cada

mujer da a luz menos hijos. La cifra también puede resultar de una inscripción insuficiente de los niños y niñas que han fallecido (como niños o adultos) o que han salido del hogar; o también puede ser el resultado de fluctuaciones naturales, en vista del número limitado de mujeres mayores de 50 años.

El Gráfico 3e confirma la evidencia que las mujeres Shuar y Achuar empiezan a tener hijos e hijas en su adolescencia y que la fecundidad crece en el grupo de edad de 20 a 24 años, llega su pico a los 25 a 29 años y luego baja progresivamente en el grupo de edad 30 a 34 años, antes de caer drásticamente en los grupos de mayor edad.

Gráfico 3e.





iii) Mortalidad

Con base en las muertes reportadas en el último año, calculamos que 49 personas fallecieron: 36 hombres, 11 mujeres y 2 cuyo sexo no fue reportado. Eso produce una tasa bruta de mortalidad de 4,1. Creemos que las muertes muestran un recuento significativamente insuficiente y que la cifra de 4,1 puede representar solamente 75% ó 50% del total de los decesos.

Las estimaciones para la tasa de mortalidad infantil fluctúan en un rango entre 25,7 y 58,3 (por 1000 n.v.). La última cifra es probablemente una sobreestimación. Sin embargo, sospechamos que las muertes están subregistradas y que 25,7 es una cifra demasiado baja.

Se concluye que la tasa de mortalidad infantil se encuentra probablemente en los 40 (por 1000 n.v.), ya que existe mayor confianza en las estimaciones en el rango medio, lo que toma en cuenta la preferencia de edad y el reporte insuficiente de las muertes. Una tasa de mortalidad infantil en los 40 (por 1000 n.v.) es por debajo del promedio global de 54, comparable a los países sudamericanos (44) y por encima del promedio nacional de 29 para el Ecuador.

iv) Migración



La encuesta investigó si alguien en el hogar había migrado, sin especificar límites temporales. Específicamente, interrogó quién había migrado, adónde, cuándo había salido y si estaba enviando remesas. También se incluyó una pregunta sobre los gastos efectuados con base en las remesas. La encuesta no pidió información acerca de las características socioeconómicas o de edad de los migrantes o acerca de los inmigrantes. Pocos entrevistados dieron una lista de las razones por la migración.

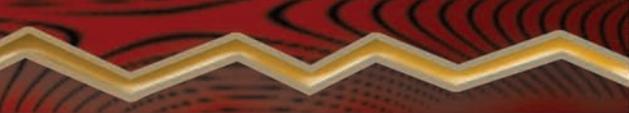
En algunos formularios de la encuesta pudimos determinar la edad y el sexo del emigrante. Es razonable suponer que la mayoría de los desplazamientos en las comunidades Shuar son consecuencia del matrimonio con otro Shuar y es probable que se realice dentro de la provincia o hasta dentro del cantón. La siguiente discusión está dividida en secciones basada en el destino reportado de los emigrantes. La migración comunitaria se refiere a los emigrantes que se trasladaron de una comunidad a otra, dentro del mismo can-

tón. La migración cantonal se refiere a la migración de un cantón a otro, dentro de Morona Santiago. La migración provincial se refiere a la migración fuera de Morona Santiago, pero dentro del Ecuador. La migración internacional se refiere a la emigración a otro país.

Un total de 208 hogares (11,0%) reportaron al menos un emigrante. Se registró un total de 261 emigrantes: 139 hombres y 74 mujeres (pero no se reportó el sexo de 48 emigrantes). Durante el año pasado, sin embargo, solamente 49 personas migraron, representando 2,6% de los hogares. Si se excluye la migración entre comunidades (es decir, dentro de los cantones), entonces el número se disminuye a 38, o sea 2,0% de todos los hogares.

Tabla 3b.
Destino de migrantes

Comunidad	81
Cantón	47
Provincia	96
Extranjero	26
Destino no escrito	11
Total	261



a) Migración comunitaria

La encuesta de hogares reporta 81 personas, pero solamente 74 tuvieron suficientes datos para el análisis. De esos 74 migrantes, 37 eran hombres y 36 mujeres, con sólo uno sin reportar el sexo. De los 74 migrantes, se registraron 50 destinos; Sucúa recibió el mayor número con 5. Solamente Yutzu y Tuutinentsa recibieron 3 migrantes; las otras comunidades acogieron solamente 1 ó 2.

Estos datos no proporcionan ninguna evidencia de un patrón de migración de comunidad a comunidad y probablemente reflejan fuertemente los patrones de matrimonio. Estos datos no muestran un aumento reciente en la migración; solamente 22 de los 70 migrantes con una fecha reportada de salida había salido dentro de los últimos dos años; 26 habían salido hace más de cinco años.

El financiamiento de la migración es mínimo y se realiza con base en los propios recursos de los migrantes o con los recursos de la familia y hubo

remesas en solamente tres casos. El matrimonio o una combinación de matrimonio y trabajo fueron las razones más importantes para la migración. De los 24 que informaron su razón para migrar, 11 lo hicieron por matrimonio o una combinación de agricultura (disponibilidad de tierra) y matrimonio. 9 de los 11 eran mujeres que se trasladaron a la comunidad de sus esposos. 7 emigraron para educación, y de esos, 5 eran hombres.

b) Migración cantonal

Se identificaron 47 migrantes: 23 hombres y 11 mujeres, 13 sin indicación de sexo. Se enumeraron 13 destinos para 33 migrantes. Macas era claramente el destino preferido, ya que recibió a 10 inmigrantes. Sucúa y Palora recibieron 4 cada una. 13 de los 47 salieron dentro del último año y el financiamiento de la migración se realizó con base en los recursos de la familia o los ingresos personales en 11 de los 15 casos reportados. 3 personas informaron que el matrimonio les había llevado a la migración, mientras que para 2 era la educación y para 4

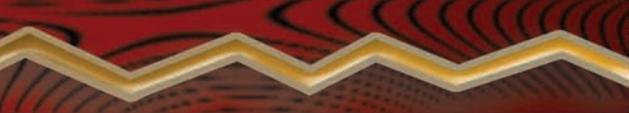
era el trabajo. Solamente seis hogares reportaron haber recibido remesas y cinco gastaron el dinero para satisfacer sus necesidades básicas. Un hogar recibió remesas destinadas a educación.

c) **Migración provincial**

En cuanto a la migración provincial, 96 personas reportaron que habían emigrado a otra provincia, pero solamente 93 tenían suficientes datos para análisis. De los 93 casos, 41 era hombres, 30 mujeres y 22 sin indicación de sexo. De 19 casos, la edad promedio era 19. Quito recibió el mayor número de migrantes (23), seguido de cerca por una migración a la provincia de Pastaza, incluyendo a Shell y especialmente Puyo.

Tabla 3c.
Destino de los migrantes interprovinciales

Ambato	1
Pastaza	22
Cuenca	11
Guayaquil	1
Latacunga	1
Loja	1
Machala	1
Orellana	3
Quito	23
Santo Domingo	1
Sevilla	1
Napo	1
Zamora	2
PROVINCIAS DE LA SIERRA	38
PROVINCIAS DE LA AMAZONÍA	26



Como para la migración comunitaria y cantonal, el financiamiento de la migración se realizó con recursos personales y de la familia (36 de los 43 casos reportados). Son 25 los hogares que informaron sus razones para la migración: 11 de ellos se fueron a trabajar y 8 para una educación. De las personas que salieron a Pastaza, 7 reportaron que era para trabajar, 3 para realizar estudios secundarios y 1 para capacitación universitaria.

17 migrantes enviaron remesas, 10 de las cuales se gastaron en alimentos o necesidades básicas y 4 para la educación. 23 habían migrado dentro de los dos últimos años y 18 hace más de cinco años.

d) Migración internacional

La encuesta encontró que 26 personas de los hogares entrevistados estaban viviendo en el extranjero. La encuesta no preguntó si tenía la autorización legal para emigrar, pero con base en el hecho de que tantos recurrieron a chulqueros para conseguir préstamos, es probable que todos o la mayor parte salieron sin el permiso legal

correspondiente. De los 26, 18 se fueron a España, 7 a Estados Unidos y 1 a Italia. Solamente 4 de los 26 eran mujeres, y todas están en España. La edad promedio de los migrantes es 27, mucho mayor que los migrantes internos. Parece que ninguno de los migrantes ha regresado.

De los hombres que partieron a Estados Unidos, 3 habían salido hace un año de la encuesta; 1 había salido en los dos últimos años y 1 aparentemente salió hace aproximadamente diez años (no hay datos sobre los 2). La mayoría de los migrantes a España salió a principios del 2000. 12 de los 13 salieron hace dos años o más y cerca de la mitad (6 de los 13) se fue hace cuatro años o más. Solamente 1 había salido el año anterior. El único inmigrante a Italia corresponde al perfil de los emigrantes a España, ya que había salido hace cinco años.

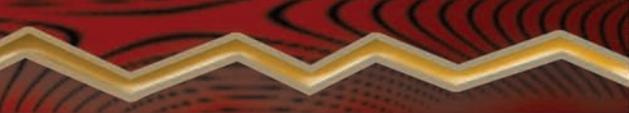
Sólo un hogar indicó su razón para migrar y eso fue para comprar ganado. Son 20 las familias que reportan que reciben remesas (4 reportan ninguna remesa y 2 no hicieron ningún reporte). La mitad de los 16

reportaron que las remesas estaban dedicadas a la educación y 9 mencionaron alimentación. 2 indicaron salud y 3 la compra de ganado. 24 de los 26 reportaron cómo financiaron su salida. 6 mencionaron el chulco mientras que otros 10 dijeron que recibieron un préstamo, que podría ser un préstamo familiar, aunque probablemente también proviene de un chulquero. 8 de los entrevistados utilizaron recursos de familia o vendieron ganado para recaudar los fondos necesarios.

Tabla 3d.

Resumen de la migración por destino de los migrantes

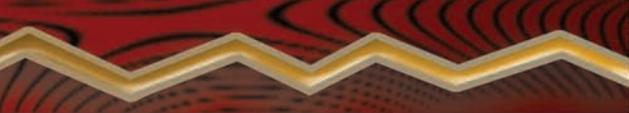
	No.	Sexo	Edad	Destino	Razones para Migrar	Gastos de Remesas
Comunidad	81 31%	M: 37 F: 36	Prom: 21,7 Med: 19,5 N=15	Destinos 50 Sucúa: 5 N=74	Matrimonio: 11 <small>(matrimonio y trabajo)</small> Educación: 7 N=24	Mínimo
Cantón	47 18%	M: 23 F: 11	Prom: 23 Med: 21 N=8	Destinos 13 Macas: 10 Sucúa: 4 N=33	Trabajo: 4 Matrimonio: 3 Educación: 2 N=9	Necesidades básicas: 5 Educación: 1 N=6
Provincia	96 37%	M: 41 F: 30	Prom: 19 Med: 19 N=19	Destinos 13 Quito: 23 Pastaza: 22 Cuenca: 11 Prov. Sierra: 38 Prov. Amazónicas: 26 N=69	Trabajo: 11 Educación: 8 Pastaza Trabajo: 7 Educación: 4 N=25	Alimentación/ Necesidades básicas: 10 Educación: 4 N=17
Exterior	26 10%	M: 22 F: 4	Prom: 27 Med: 25 N=5	España: 18 <small>(las 4 mujeres)</small> Estados Unidos: 7 Italia: 1 N=26	N/A	Envían remesas: 20 No lo hacen: 4 N/A: 2 Gastan en: Alimentación: 9 Educación: 8 Ganado: 3 Salud: 2



Resumen:

- Es una población muy joven y en rápido crecimiento. Los Shuar y Achuar tienen una edad mediana más baja (13) y un mayor porcentaje de su población por debajo de los 15 años (52,5%) que cualquier país del mundo.
- Esta población tiene una muy alta relación de dependencia de los niños.
- La fecundidad es muy alta -un mínimo de 7,0 hijos por mujer-. Eso es más de dos veces el promedio nacional de 3,3 del Ecuador.
- La fecundidad se inicia muy temprano, ya que la mujer típica de 19 años tiene 1,3 hijos.
- Uno de cada 10 hogares tiene una mujer como jefe del hogar.
- La tasa de mortalidad es baja, lo que se esperaba de una población tan joven.
- La tasa de mortalidad infantil es moderadamente alta (40) (por 1000 n.v.). Está por debajo del promedio global de 54, que se puede comparar con la tasa para los países sudamericanos (44), y por encima del promedio nacional de 29 para el Ecuador.
- Las poblaciones Shuar y Achuar están creciendo rápidamente [la tasa de aumento natural (tasa de natalidad - tasa de mortalidad) x 1000], es al menos 3,5% por año, tal vez hasta 4,0%.
- Debido a que muy pronto habrá una población grande que va a estar ingresando en sus años reproductivos, las poblaciones Shuar y Achuar probablemente se duplicarán en los próximos 20 años y seguirá creciendo por al menos dos generaciones.
- Este rápido crecimiento demográfico tendrá muchas consecuencias para la planificación: las escuelas, los servicios de salud, el cambio agrícola, el crecimiento económico, la presión sobre recursos, el crecimiento de las ciudades regionales (Sucúa, Macas, Puyo) y otras.
- La migración no ha afectado a los hogares Shuar directamente. Solamente el 2,6% de todos los hogares tuvo una salida migratoria de su hogar en el año anterior.

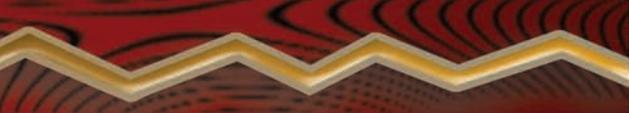
- Pese a informes persistentes que la migración entre los Shuar está aumentando y datos sacados del censo ecuatoriano del 2001 que documenta que centenares de Shuar están viviendo fuera de Morona Santiago y Pastaza, estos datos no muestran evidencia de una migración reciente de gran escala.
- La mayor parte de la migración es interna. Solamente el 10% de todos los migrantes sale al exterior.
- España es el destino preferido de los migrantes internacionales pero la mayor parte de la migración se efectuó hace más de cuatro años, lo que indica que esos Shuar se unieron a la masa migratoria a España en 1999-2002. Con la regularización de los indocumentados en España, es probable que tendrán la posibilidad de reunir a sus familias en España, lo que provocaría una pequeña migración en cadena.
- Los migrantes internacionales son de mucho más edad que los migrantes internos.
- Para la migración dentro de la provincia (comunidad y cantón), son el matrimonio y la educación, además del “trabajo” esperado, las razones más importantes para migrar. La educación también es importante para la migración interprovincial, incluso a Pastaza.
- Cuenca no es un destino importante para los Shuar. Quito y Pastaza son de mucha más importancia. La emigración a la Costa casi no existe.
- La mayoría de los migrantes son hombres, pero la migración intercomunitaria es casi igual. Parece que, al casarse, muchas mujeres jóvenes se trasladan a la comunidad de su esposo, lo que contradice la documentación que describe la migración y el matrimonio entre los Shuar.
- La mayor parte de la migración comunitaria es para el matrimonio y la educación. Mientras mayor es la distancia del destino a emigrar, más probable es que sea un hombre quien decida salir por motivos económicos. Hasta ahora parece que toda la migración al exterior tiene fundamentos económicos, mientras que la



migración provincial se produce tanto por motivos económicos como de educación.

- El crecimiento demográfico rápido probablemente incrementará la emigración, seguramente hacia los destinos internos y talvez hacia los destinos internacionales.
- Una mayor parte de las poblaciones Shuar y Achuar vivirá fuera de Morona Santiago.
- Macas y Sucúa probablemente recibirán una afluencia considerable de Shuar y Achuar.





IV SALUD

La encuesta se centró en establecer indicadores estimativos del medio sanitario y de salud en las comunidades Shuar y Achuar, los tipos de enfermedades a las cuales se enfrentan y las formas de servicios médicos que están disponibles. Los hallazgos básicos se encuentran resumidos en la presente sección.

i) Infraestructura sanitaria

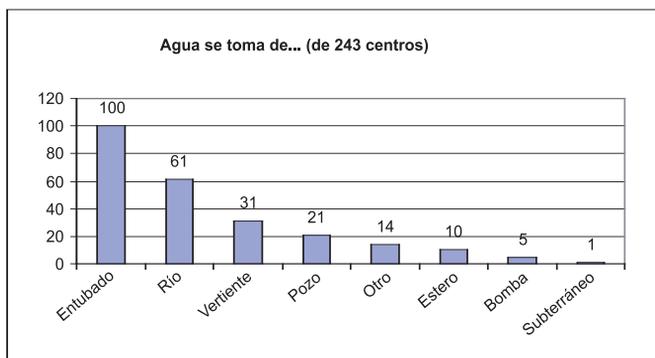
Muchas comunidades Shuar y Achuar no cuentan con infraestructura de saneamiento básico. Por ejemplo, un 38% de los centros visitados durante el presente Diagnóstico no tenían letrinas. En las comunidades que sí tenían letrinas, casi la mitad (46%) eran letrinas comunales (relacionadas con una iglesia o escuela), mientras que las demás letrinas se encontrarían en los hogares individuales (aunque se desconoce si en cada uno de los

hogares de estas comunidades poseían una letrina).

En Ecuador, el hogar promedio tiene 4,2 miembros y el hogar indígena promedio tiene 4,8 miembros (Larrea y Montenegro Torres 2006). Los hogares Shuar y Achuar en promedio tienen 6,2 miembros. Eso significa que una sola letrina en un hogar debe servir para dos personas más que una letrina de hogar entre otras poblaciones. Sin embargo, parece que pese a la demanda incrementada, pocos hogares Shuar y Achuar tienen una letrina.

El suministro de agua varía por centro (véase el gráfico a continuación).

Gráfico 4a.



En una cuarta parte de todos los centros, los síndicos informan que la mayor fuente de agua procede de un río o arroyo cercano.

Existen notables diferencias en las fuentes de agua entre las asociaciones. Dentro de la NAE, el 71% de los centros toma la mayor parte de su agua de ríos y arroyos cercanos, a diferencia del 28% de los centros dentro de la FIPSE y el 22% de los centros dentro de la FICSH. De hecho, la fuente de agua más común en la FICSH es agua entubada, que se encuentra en 43% de las comunidades, y la fuente de agua más común dentro de la FIPSE son las vertientes que abastecen a 39% de los centros.

Para resumir, la situación de la infraestructura de saneamiento es la siguiente:

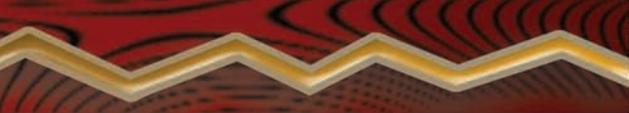
- Muchas comunidades Shuar y Achuar siguen dependiendo del agua de superficie para su consumo.
- La disponibilidad de las letrinas, especialmente en las comunidades más aisladas, está drásticamente reducida.

- Es probable que los desechos humanos contaminen las fuentes de agua en muchas comunidades.
- El acceso a agua no contaminada es un gran desafío para muchas comunidades Shuar y Achuar.
- Los mejoramientos en el suministro de agua probablemente ejercerán beneficios notables para la salud.

ii) Servicios de salud

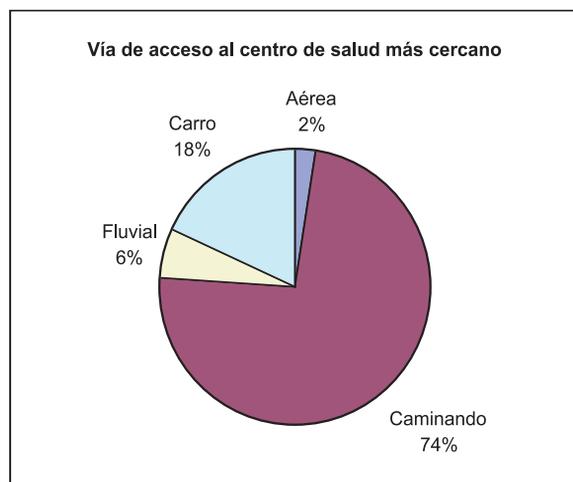
a) Acceso a los centros de salud

El presente Diagnóstico se centró en los centros rurales en Morona Santiago, y los resultados claramente muestran la dificultad, para los individuos en muchos de esos centros, de llegar a los servicios médicos. Para todos los centros visitados, el centro de salud más cercano estaba, en promedio, a 8,2 kilómetros, o sea a 3 horas 40 minutos. Entre la población indígena en Ecuador, generalmente el tiempo que se requiere para viajar a un centro de salud es solamente unos 38 minutos (Larrea y Montenegro Torres 2006). En otras



palabras, las familias Shuar y Achuar viajan aproximadamente 3 horas más que las poblaciones indígenas a nivel nacional. Para la gran mayoría de la población, esos centros de salud solamente se alcanzan a pie (véase el gráfico a continuación).

Gráfico 4b.



Estas distancias representan un verdadero desafío para un servicio efectivo de salud en la región. Especialmente en vista de las altas tasas de natalidad en las comunida-

des Shuar y Achuar, el impacto de esas distancias es probablemente sentido con mayor agudeza por las mujeres embarazadas y madres que buscan atención médica. La encuesta no preguntó acerca de la incidencia de las complicaciones relacionadas con el embarazo o cómo las mujeres que tuvieron dichas complicaciones llegaron al servicio médico. Pero información anecdótica sugiere que, en muchos casos, esas mujeres tuvieron que ser transportadas en caballo por senderos muy accidentados.

Sin embargo, lo que la encuesta muestra efectivamente, es que el 11% (aprox.) de todos los nacimientos por las mujeres Shuar y Achuar se realizaron en un centro de salud u hospital⁶. Los demás 89% niños nacen en casa. Las respuestas a una pregunta separada indican que un 90% de todos los niños nacen en la posición vertical tradicional (mientras

⁶ Esto está basado en los 863 nacimientos y las ubicaciones de los nacimientos reportados en la pregunta 2.1.1. de la encuesta de familia.

que están de cunclillas)⁷. Por tanto, parece probable que cuando las mujeres dan a luz en casa, lo hacen en la posición tradicional, pero cuando dan a luz en centros de salud o hospitales lo hacen en el estilo occidental (sobre la espalda).

La encuesta de condiciones de vida de 1998 encontró que, a nivel nacional, el 27% de las mujeres indígenas dio a luz en un hospital, en comparación con el 77% de las mujeres no indígenas. La tasa del 11% para los Shuar y Achuar por lo tanto es especialmente baja, inversamente, su tasa de nacimientos en casa es especialmente alta. Existen muchas razones por las cuales las mujeres Shuar y Achuar optan por dar a luz en casa, y estas razones están asociadas con una experiencia más positiva en el parto. Incluyen estar rodeada de una familia que le apoya, la posibilidad de alumbrar en la posición tradicional y evitar un posible riesgo de

enfrentarse al racismo en una instalación de salud occidental.

b) Tipos de asistencia médica disponible localmente

Debido a que tres cuartas partes de las poblaciones Shuar y Achuar tienen que caminar para llegar a un centro de salud, la importancia de los recursos de salud dentro de la comunidad se vuelve especialmente importante. Desgraciadamente, existen muy pocos profesionales con educación occidental que residan de forma permanente en las comunidades Shuar y Achuar. Las formas tradicionales de servicios de salud, son generalmente más comunes. Por ejemplo, los servicios de los curanderos* están disponibles en aproximadamente una tercera parte de las comunidades y los tratamientos con base en plantas medicinales en otro tercio (véanse las cifras a continuación).

⁷ Esto está basado en los 7686 nacimientos inscritos para responder a la pregunta 2.1.2. de la encuesta de familia.

* Curandero = Uwishin

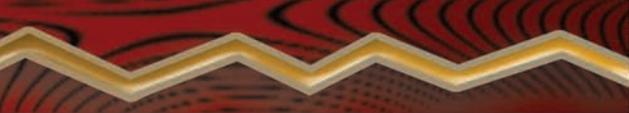


Gráfico 4c.

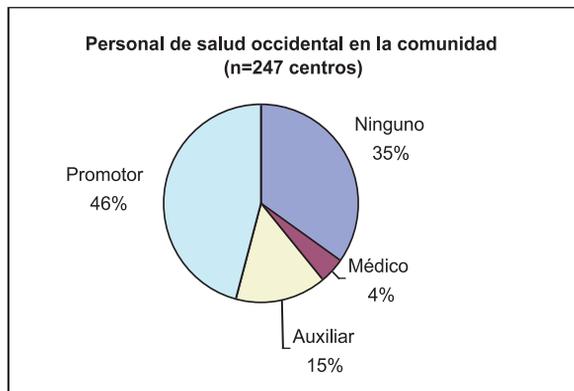
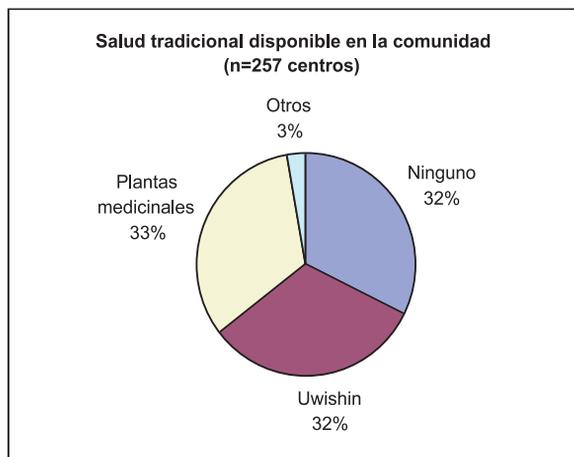


Gráfico 4d.



Juntos, estos datos indican que existen 86 centros sin profesionales de salud con educación occidental y 82 centros sin ninguna forma de servicios tradicionales de curación. Nueve centros no cuentan ni con servicios tradicionales de curación ni con profesionales de salud occidentales.

Resumen:

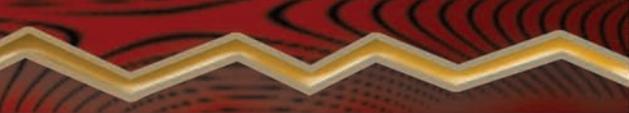
- En las comunidades Shuar y Achuar, el tiempo que se requiere para llegar a un centro de salud es 3 horas 40 minutos, o sea 3 horas por encima del promedio nacional para los indígenas.
- La mayor parte de los Shuar y Achuar tiene que caminar para acceder a los centros de salud.
- La gran mayoría de las mujeres (90%) dio a luz en casa, en la posición vertical tradicional; solamente un 10% dio a luz en hospitales.
- El 35% de los centros no cuenta con personal de salud occidental que atienda sus necesidades de salud comunitaria.
- Solamente 4% de los centros Shuar y Achuar reciben servicios de un médico.
- En un 32% de los centros falta acceso a formas tradicionales de curación.
- Aproximadamente un tercio de los centros tiene acceso a los tratamientos medicinales herbales y a servicios de un curandero.

iii) Morbilidad y mortalidad

a) Morbilidad

En las dos semanas anteriores a las entrevistas de la encuesta, 1370 personas habían sido reportadas enfermas, o sea aproximadamente 11,5% de la población entrevistada (12% mujeres y 11% hombres). Se debe notar que todas las condiciones médicas fueron reportadas con base en nociones occidentales de enfermedad.

En la encuesta de condiciones de vida de 1998 de Ecuador, el 48% de los individuos indígenas reportó que habían estado enfermos o que tuvo un accidente el mes anterior (Larrea y Montenegro Torres, 2006). En cambio, la tasa de enfermedad reportada entre los Shuar y Achuar parece mucho más baja (aproximadamente 23% en el mes anterior). Por lo tanto, puede ser que los Shuar y Achuar se encuentren con una salud relativamente buena. Puede ser también que esta tasa resulte del hecho de que la

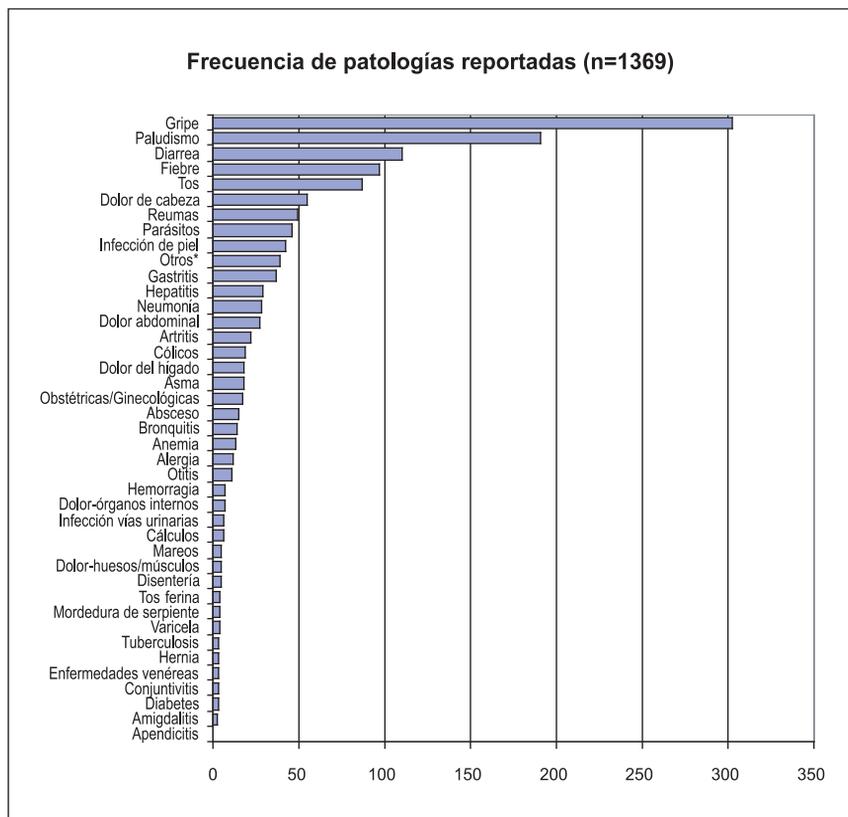


gente rural es típicamente menos dispuesta a reportar las enfermedades o reportar una dolencia como algo serio, que las otras poblaciones (Larrea y Montenegro Torres, 2006).

El diseño de la encuesta permitió que se reportara solamente una enferme-

dad por individuo; se supo que, en casos de múltiples problemas, se reportaba la condición más seria. Como es evidente a partir del Gráfico a continuación, las quejas más comunes son: gripe 22% de los casos, paludismo 14%, diarrea 8%, fiebre 7% y tos 6%.

Gráfico 4e.

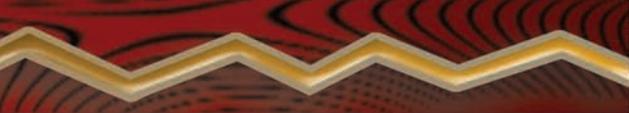




Hubo 17 casos reportados de condiciones que pueden estar directamente asociadas al embarazo o el parto (incluyendo abortos, dolores de una cesárea, dolores en los ovarios, inflamaciones uterinas e infecciones uterinas). Esos casos reportados representan menos del 1% de la población total de las mujeres en edad fértil. En vista de la alta tasa de fecundidad en esta población, parece probable que

existe un registro insuficiente generalizado de la morbilidad materna.

Las más altas tasas de enfermedad fueron reportadas entre las mujeres mayores de 50 años (es decir, que ya no están en edad fértil), entre las cuales 50 de las 228, o sea 26%, fueron reportadas enfermas (en comparación con solamente 11% de los hombres de edad). Con una edad promedio de



57, esas mujeres se quejan de gripe 27%, artritis 15%, reumas 13%, paludismo 7%, diarrea 5%, y otras 21 condiciones.

Este hallazgo es curioso, ya que sugiere que la mortalidad debida a enfermedad (en vez de migración o errores de encuesta) es la causa de la disminución notable en el número de mujeres en grupos de mayor edad dentro de las poblaciones Shuar y Achuar (véase la discusión anterior sobre la proporción de cada sexo). Es posible que muchas de las condiciones que agobian a las mujeres de mayor edad estén asociadas con los muchos partos que tuvieron cuando eran más jóvenes, incluyendo la anemia crónica.

Hubo poca incidencia de las denominadas “enfermedades modernas”, como la diabetes (tres casos reportados). Existe evidencia de un número cada vez mayor de diabéticos en las poblaciones Shuar y Achuar* y de una creciente incidencia de diabetes entre las poblaciones indígenas en

toda América Latina (Montenegro y Stephens 2006). La baja incidencia que se encuentra aquí podría reflejar el hecho de que los Shuar/Achuar que viven en la ciudad -que no estuvieron incluidos en la presente encuesta- son muy probablemente afectados por esta enfermedad.

b) Causas de mortalidad

Un total de 49 muertes fue reportado para el año anterior a la encuesta, lo que da una tasa de mortalidad bruta para las poblaciones Shuar y Achuar de 4,1.

Existen razones para creer que es una subestimación, porque eso sugiere que la tasa de mortalidad es menor entre los Shuar y Achuar que el promedio nacional del Ecuador. Es también probable que haya subregistro de muertes infantiles

De las 49 muertes reportadas, hubo más de tres veces más hombres (36) que mujeres (11) (sin indicación de sexo: 2). En vista de que la repartición edad-sexo para la población actual

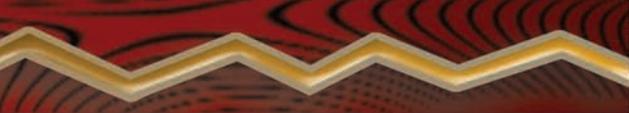
* La causa fundamental en el aumento de enfermos por diabetes es el cambio en la dieta alimentaria.

estaba bastante equilibrada, parece que la mortalidad de las mujeres, especialmente niñas, estuvo marcada por una insuficiencia en los reportes.

La tabla a continuación indica, cuando hay datos disponibles, el sexo, la edad y la causa reportada de las muertes reportadas en el 2004-2005.

Tabla 4a.

	Edad	Sexo	Causa reportada de muerte
Lactantes (< 1 año)	Minutos	F	Ninguna
	2 semanas	F	Ninguna
	1 mes	F	Brujería
	1 mes	M	Neumonía
	1 mes	M	Ninguna
	1,5 meses	M	Tos ferina
	2 meses	M	Tos ferina
	2 semanas	M	Ninguna
	4 meses	F	Gripe
	6 meses	M	Bronconeumonía
7 meses	F	Septis meningitis	
8 meses	M	Diarrea, vómito, calambre	
8 meses	M	Con fiebre alta	
8 meses	F	Neumonía grave	
9 meses	M	Problemas respiratorios	
	10 meses	M	Bronquios
Niños (1-15)	1 año	M	Por medicamento
	1 año	M	Diarrea y vómito
	1 año	M	Tos ferina
	1 año	M	Brujería
	1 año	M	Fiebre durante 2 semanas, bronquitis, murió en hospital
	1 año	M	Tos ferina; infección respiratoria
	1 año	F	Diarrea y vómito
	1 año	M	Diarrea, vómito, fiebre
	1,5 años	M	Bronconeumonía
	2 años	F	Ninguna
	3 años	M	Fiebre; hinchado el abdomen
	3 años	M	Meningitis
	3 años	M	Gripe y fiebre fuerte
	4 años	F	Gripe y diarrea
	10 años	F	Ninguna
12 años	M	Dolor de la operación	
14 años	M	Ninguna	
15 años	M	Leucemia	
15 años	M	Accidente	
Adultos (18+)	18 años	M	Intoxicado
	19 años	M	Por disparo de sí mismo (suicidio)
	20 años	M	Ninguna
	39 años	M	Diarrea, vómito, calambre
	39 años	M	Inf. Cardíaca
	42 años	F	Suicidio
	89 años	M	Cáncer (?) de próstata
Edad desconocida		M	Diarrea
		M	Chamanismo
		F	Tos ferina



Como lo indica la tabla, entre los niños menores de 2 años, las condiciones bronquiales y respiratorias, incluyendo la neumonía, parecían ser la enfermedad mortal más común. El fallecimiento de cuatro niños por tos ferina sugiere que las campañas de vacunación no están dando una cobertura suficiente contra esta enfermedad prevenible. La diarrea es la causa de otras cuatro muertes de niños menores de cuatro años. La fiebre fue indicada como la causa principal de otros cuatro decesos infantiles.

Los tratamientos médicos estaban implicados en dos fallecimientos ('por medicamento' y 'dolor de la operación'). Se atribuyeron dos fallecimientos a brujería/chamanismo. Eso sugiere que los entrevistados estaban más dispuestos a describir los fallecimientos en términos de los sistemas de salud tradicionales que a describir la enfermedad misma.

Resumen:

- Las tasas reportadas de enfermedad para las poblaciones Shuar y Achuar

parecen menores que la tasa nacional para pueblos indígenas.

- Es probable que los Shuar y Achuar no reportan sus experiencias de enfermedad, especialmente en el contexto de una encuesta en español.
- Las enfermedades más comunes son las respiratorias y gastrointestinales, fáciles de prevenir.
- Niños y niñas de corta edad están muriendo de enfermedades prevenibles, incluyendo la diarrea y la tos ferina.
- Las mujeres de mayor edad constituyen el grupo que goza de menor salud dentro de las poblaciones Shuar y Achuar, lo que puede explicar por qué existe un sesgo demográfico notable hacia los hombres en los grupos de mayor edad.

iv) Tipos de tratamiento

Los datos de la encuesta demuestran algunos resultados acerca de cómo se tratan las enfermedades. Para cada enfermedad tratada, la encuesta

preguntó qué tipo de tratamiento se utilizó, así como lo que se hacía si el paciente no mejoraba inicialmente⁸.



De los tratamientos iniciales, se recurrió solamente tres veces a la ambulancia aérea. En las otras ocasiones, los pacientes fueron tratados por una persona capacitada (auxiliar, promotor de salud o médico), en 57% de

los casos; utilizaron medicamentos comprados en tiendas/boticas o medicamentos naturales alrededor de 20% de las veces; y 4% de las veces acudieron a un *uwishin* (véase el gráfico a continuación).

⁸ El diseño de la encuesta permitió a los entrevistados indicar solamente una forma de tratamiento por cada enfermedad listada. Las opciones, sin embargo, no se excluyen mutuamente y se debe suponer que a menudo se utilizaron tratamientos múltiples simultáneamente, aunque se supone que los entrevistados mencionan primero la forma más importante o preferida de tratamiento.

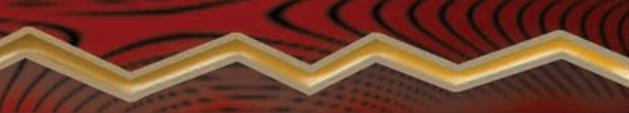
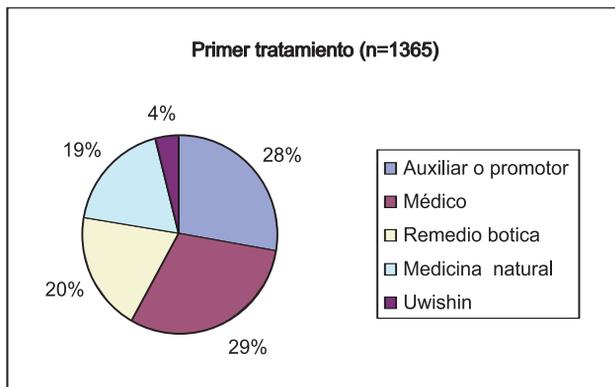


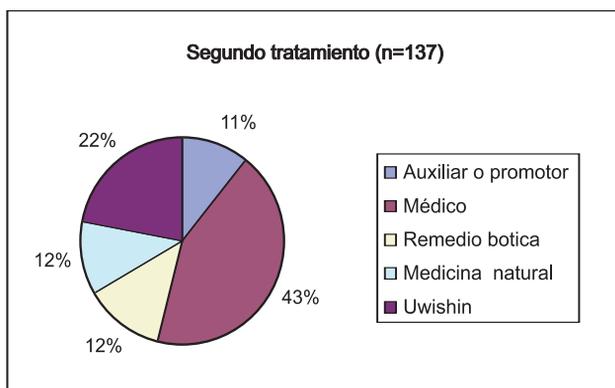
Gráfico 4f.



Una vez tratados en alguna de esas formas, se reportó que el 90% de los pacientes habían “mejorado” y que no se había buscado más tratamiento.

Para el 10% de los enfermos que no se mejoraron inicialmente, la mayor parte buscó ayuda de un médico (43%), seguido de un *uwishin* (22%).

Gráfico 4g.



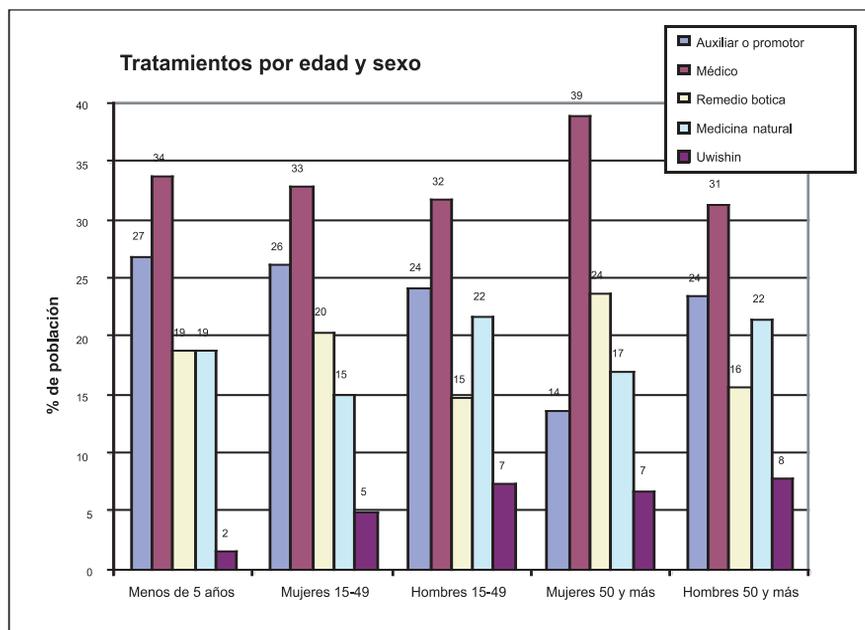
Esos datos sugieren que se buscan a los médicos y *uwishin* en casos de enfermedades más graves o persistentes, cuando los medicamentos naturales y comprados en boticas se vuelven relativamente menos importantes. Después de esos tratamientos secundarios, una cuarta parte de los pacientes todavía no se había recuperado.

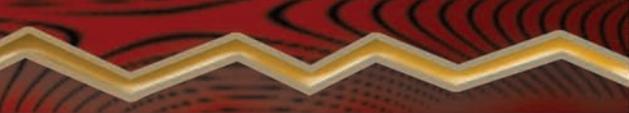
Los tipos de tratamiento médico utilizados eran levemente diferentes

según la edad y el sexo del paciente. Por ejemplo, llamaron a los *uwishin* en solamente 2% de las enfermedades de los niños y niñas de corta edad en comparación con el 8% para las enfermedades de los hombres de mayor edad.

La información acerca de los tratamientos sugiere que la gran mayoría de los Shuar y Achuar que se enferman logran encontrar un tratamiento

Gráfico 4h.





efectivo, ya sea del sistema occidental o del tradicional. Lo que no muestran los datos de la encuesta es el costo en términos de tiempo, energía y dinero que dichos tratamientos representan para las familias Shuar y Achuar, especialmente aquellas que viven en las comunidades que se benefician de los servicios de salud de curanderos tradicionales o de médicos occidentales. Se considera que el alto costo de tener acceso a un servicio médico efectivo es uno de los mayores desafíos de los pueblos indígenas en América Latina en general (Montenegro y Stephens, 2006).

Resumen:

- Las familias Shuar y Achuar aprovechan de las prácticas tanto occidentales como tradicionales para tratar sus males.
- Las familias acuden, aproximadamente en igual medida, a los promotores locales de salud, la medicina natural y los remedios de botica para iniciar el tratamiento de sus dolencias.
- Acuden de preferencia a los

curanderos tradicionales y a los médicos cuando la dolencia se vuelve más grave o persistente.

- La elección del tratamiento fluctúa con la edad y el sexo del paciente.
- Se encuentra una mayor dependencia de los curanderos tradicionales entre la gente de mayor edad.
- Los pacientes Shuar y Achuar registran tasas mayores de mejoramiento de lo que indicaría la baja disponibilidad de servicios locales de salud.
- El costo de los tratamientos efectivos es desconocido.

v) Vacunación

La encuesta registró la historia de la vacunación de todos los niños y niñas menores de cinco años que tenían un carné de vacunación. Desgraciadamente, solamente el 28% de los niños menores de cinco años que habían sido contados durante la encuesta tenía un carné (647 de los 2308). Es imposible saber si eso se debe a que solamente una tercera parte de los niños menores de cinco años han sido vacunados o si

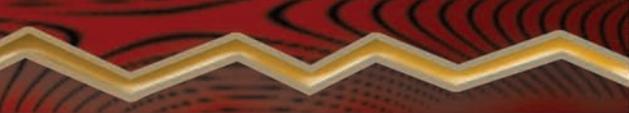


se debe a que los entrevistados no pudieron encontrar los carnés existentes. Los datos a continuación por lo tanto se refieren a la historia de vacunación de menos de un tercio de todos los niños y niñas menores de cinco años. Además, aun cuando los

datos del carné existen efectivamente, la manera en que los datos fueron codificados impide saber la edad del individuo en el momento de la vacunación, lo que dificulta el análisis más detallado de la cobertura de vacunación por edad.

Se recogió información acerca de las siguientes vacunas:

- BCG:** para tuberculosis, meningia y miliar
- SR/SRP:** para sarampión, parotiditis (paperas), rubéola
- POL/OPV:** para polio
- HB:** para hepatitis B
- DPT:** para difteria, tos ferina y tétano
- PENTA:** para difteria, tétano, tos ferina, hepatitis B y haemophilus influenzae tipo b
- Antimalaria:** Fiebre amarilla



a) *Tasas de vacunación*

Para los 647 niños con carné, se registraron las siguientes tasas de vacunación:

Tabla 4b.

	BCG	Cic BCG	Penta			DPT			POL			SR/SRP	Anti-malar	HB		
			1	2	3	1	2	3	1	2	3			1	2	3
Número vacunado	253	603	124	106	85	133	122	106	234	210	176	167	163	76	70	50
% del total	39	93	19	16	13	21	19	16	36	32	27	26	25	12	11	8

El cuadro a continuación compara las tasas de vacunación de los Shuar y Achuar (Diagnóstico, 2005) con las tasas nacionales basadas en la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998 (Larrea y Montenegro Torres, 2006:102); todas las tasas son porcentajes de la muestra total.

Tabla 4c.

	Shuar/Achuar (%)		Todos los indígenas	No indígenas	Todo Ecuador
	<25 meses	Todos			
Recibieron vacuna de polio (primera)	21	36	100	100	100
Recibieron vacuna de tuberculosis	20	39	94	94	94
Recibieron vacuna de sarampión	14	26	72	75	75
Recibieron DPT, primera dosis	10	21	99	100	99
Recibieron DPT, segunda dosis	11	19	91	93	93
Recibieron DPT, tercera dosis	10	16	79	82	82
Completamente vacunados	4	11	70	76	75
Completamente vacunados (edad <25 meses)	4		43	50	49

¹ Suponiendo que "completamente vacunados" significa el porcentaje de individuos que han recibido la lista completa de vacunas.

Cuando se comparan esas cifras, es importante acordarse de que la muestra Shuar y Achuar está fundamentada solamente en aquellos individuos que disponían de un carné de vacunación y puede tener otros defectos. No obstante, las comparaciones sugieren que, en comparación con todos los otros pueblos indígenas en Ecuador, las comunidades Shuar y Achuar registran tasas de vacunación sumamente bajas. Solamente el 4% de los niños y niñas Shuar y Achuar menores de 25 meses están completamente vacunados, en comparación con el 43% de los niños y niñas indígenas a nivel nacional y 50% de los niños no indígenas. Aun cuando se supone que las cifras para los Shuar y Achuar estén algo defectuosas, hay funda-

mentos para creer que existe una severa insuficiencia en la vacunación de los niños y niñas Shuar y Achuar.

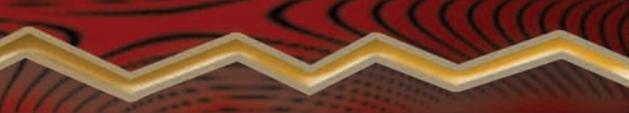
b) *Tiempo transcurrido entre los refuerzos*

Como se indica en la tabla 4d, de la cobertura de vacunación, muchos niños en la muestra recibieron vacunaciones iniciales así como refuerzos para PENTA, DPT, polio (OPB) y hepatitis B. Debido a que se registra la fecha de cada inyección, es posible calcular el tiempo de desfase entre los refuerzos:

El tiempo transcurrido ideal entre las diferentes vacunas y los refuerzos siguientes se encuentran afectados

Tabla 4d.

	Total observado	No. días mediano	Días medianos	Mínimo (días)	Máximo (días)
Días entre:					
Penta1 & Penta2	105	101	64	9	1157
Penta2 & Penta3	85	84	62	26	427
DPT1 & DPT2	122	189	90	18	1635
DPT2 & DPT3	103	197	95	26	1449
POL1 & POL2	208	146	74	1	1123
POL2 & POL3	172	133	70	0	1204
HepB1 & HepB2	69	195	75	26	1265
HepB2 & HepB3	50	188	135	29	636



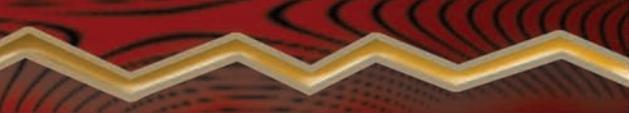
por la edad de los niños y otros factores. Un profesional de salud capacitado debería poder aprovechar de esos datos para evaluar si la mayoría de los niños y niñas Shuar y Achuar quienes están vacunados contra un rango de enfermedades están de hecho inmunizados efectivamente contra ellas.

Resumen:

- Casi todos los niños y niñas en la muestra tienen una cicatriz BCG, pero solamente el 39% está vacunado contra la tuberculosis.
- Las vacunas BCG 39% han alcanzado la mayor parte de los niños y niñas, seguidas por la serie para polio 27-36%, SR/SRP 26%, antimalaria 25%, DPT1 21% y finalmente PENTA1 19%.
- La serie polio es la más completa y la serie HB la menos completa.
- Ninguna vacuna por sí sola ha cubierto a todos los niños y niñas.
- Ninguna forma de vacunación ha cubierto más de 40% de los niños y niñas.
- Con base en la propiedad reportada de los registros de vacunación y las historias de vacunación de los niños y niñas que cuentan con carné, se están vacunando menos de una tercera parte de los niños y niñas Shuar y Achuar.
- Muy pocos niños y niñas Shuar y Achuar se están beneficiando de una vacunación efectiva.
- En comparación con las tasas nacionales de vacunación, la cobertura de los niños Shuar y Achuar parece muy baja.
- Solamente el 4% de los niños y niñas Shuar y Achuar menores de 25 meses cuenta con una vacunación efectiva, en comparación con el porcentaje de 43% a nivel nacional.



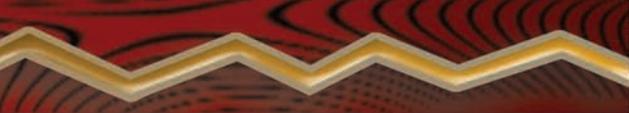
ANEXOS



ANEXO A

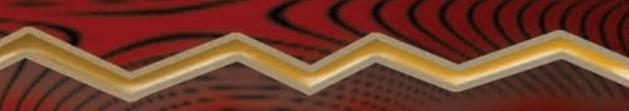
FEDERACIÓN	ASOCIACIÓN	CENTRO
FICSH	SUCÚA	DIAMANTE
FICSH	SUCÚA	KANSAR
FICSH	SUCÚA	CERA
FICSH	SUCÚA	SAN JOSÉ UTUNKUS
FICSH	SUCÚA	METSANKIM
FICSH	SUCÚA	KENKUIM (STA. TERESITA)
FICSH	SUCÚA	SAIP
FICSH	SUCÚA	UWE
FICSH	SUCÚA	SAN PABLO
FICSH	SUCÚA	TUNTAIM
FICSH	SUCÚA	SUNKANTS
FICSH	SUCÚA	PAUS
FICSH	SUCÚA	YUKUTAIS (STA. ROSARIO)
FICSH	SUCÚA	WAWAIM/SAIP ALTO/SAN LUIS
FICSH	SUCÚA	ASUNCIÓN
FICSH	KANUS	YAMPUS
FICSH	KANUS	WACHMAS
FICSH	KANUS	NAJENPAIN
FICSH	KANUS	CHUPIANKAS
FICSH	KANUS	SHIMPIS
FICSH	KAANK	KAANK CHICO
FICSH	KAANK	KAANK GRANDE
FICSH	KAANK	KAYAMAS
FICSH	KAANK	KUNSUNTS
FICSH	KAANK	CHAPISA
FICSH	KAANK	TASHAPA
FICSH	MAMAYAK	MAMAYAK
FICSH	MAMAYAK	KARINK
FICSH	MAMAYAK	CHIWANTS
FICSH	MAMAYAK	PASTAS
FICSH	MAMAYAK	ARUTAM

FEDERACIÓN	ASOCIACIÓN	CENTRO
FICSH	MAMAYAK	SURITIAK-NUNKA
FICSH	KUSUTKA	TRES MARÍAS
FICSH	KUSUTKA	CAMPO AYUI
FICSH	KUSUTKA	SAN FRANCISCO
FICSH	KUSUTKA	TSUNKI
FICSH	MÉNDEZ	IPIAKUIM
FICSH	MÉNDEZ	PIANKAS
FICSH	MÉNDEZ	SURITIAK
FICSH	MÉNDEZ	WAKE
FICSH	MÉNDEZ	YURIANKAS
FICSH	MÉNDEZ	KIMIUS
FICSH	MÉNDEZ	SUNKANTS
FICSH	MÉNDEZ	SAN VICENTE
FICSH	MÉNDEZ	NUNKANTAI
FICSH	MÉNDEZ	YAKUANK
FICSH	MÉNDEZ	TINTIUK-NAINT
FICSH	MÉNDEZ	TUNTIKAK
FICSH	BOMBOIZA	SAKANAS
FICSH	BOMBOIZA	YAWINTS
FICSH	BOMBOIZA	KAYAMAS
FICSH	BOMBOIZA	JUAR
FICSH	BOMBOIZA	KUNCHAIM
FICSH	BOMBOIZA	CHATUS
FICSH	BOMBOIZA	SHIRAM –ENTSÁ
FICSH	BOMBOIZA	CHUMPIAS
FICSH	BOMBOIZA	LA PAZ
FICSH	BOMBOIZA	YANKUR-SHIRAMENTSÁ
FICSH	BOMBOIZA	SASAPAS-SAN LUIS
FICSH	BOMBOIZA	SAN LUIS (YANTSAS)
FICSH	BOMBOIZA	KAMPANAK ENTSA
FICSH	BOMBOIZA	KAYANTS-KUNCHAIM
FICSH	BOMBOIZA	AYANTAS (PIUNTS)



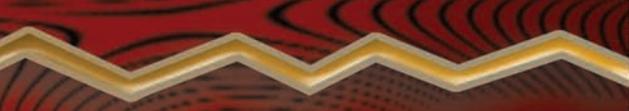
FEDERACIÓN	ASOCIACIÓN	CENTRO
FICSH	BOMBOIZA	PIUNTS
FICSH	BOMBOIZA	YUKATAIS-TIINK MATRIZ
FICSH	BOMBOIZA	TIINK
FICSH	BOMBOIZA	NAYANMAK
FICSH	BOMBOIZA	SAN PEDRO (CHUMPIAZ)
FICSH	BOMBOIZA	KENKUM (PUMPUIS)
FICSH	BOMBOIZA	NAPURAK (CHUMPIAS)
FICSH	PIMPINTZ	PIMPINTZ
FICSH	PIMPINTZ	CHANKUAP
FICSH	PIMPINTZ	NAYUMPI'L
FICSH	TAISHA	KUSEANTS
FICSH	TAISHA	SAN JOSÉ
FICSH	TAISHA	MASHUUTSA
FICSH	TAISHA	CHIR-ENTSA
FICSH	TAISHA	MASHIENTSA
FICSH	TAISHA	WAWAIM
FICSH	TAISHA	NAMENTSA
FICSH	NASE	ISHPINK
FICSH	NASE	WACHAPA
FICSH	NASE	SAN MIGUEL
FICSH	NASE	PITIUR
FICSH	NASE	NUPI
FICSH	AMAZONAS	SANTA ROSA
FICSH	NAMAKIM	SINTINIS
FICSH	NAMAKIM	KUNKUP
FICSH	NAMAKIM	MIRADOR
FICSH	NAMAKIM	SURITIAK
FICSH	NAMAKIM	PAANTIN
FICSH	NAMAKIM	PANKINTS
FICSH	NAMAKIM	KUNKUM
FICSH	NAMAKIM	KUNAMBI
FICSH	YAMARAM	YAMANUNKA

FEDERACIÓN	ASOCIACIÓN	CENTRO
FICSH	YAMARAM	PUTUNTS
FICSH	YAMARAM	NUNKUI
FICSH	YAMARAM	YAAS NUNCA
FICSH	ROSARIO	ROSARIO
FICSH	ROSARIO	YAMANUNKA
FICSH	TUUTIN-ENTSA	TUUTIN-ENTSA
FICSH	TUUTIN-ENTSA	PAMDANTS
FICSH	TUUTIN-ENTSA	PUTUIM
FICSH	TUUTIN-ENTSA	NAIKMENTS
FICSH	TUUTIN-ENTSA	TSENTSAKENTS
FICSH	TUUTIN-ENTSA	JJAT
FICSH	TUUTIN-ENTSA	CHWIAS
FICSH	KAAMPUNTIMINENTSA	PUKAR
FICSH	KAAMPUNTIMINENTSA	KASHAINTS
FICSH	KAAMPUNTIMINENTSA	SHIRAMENTSA
FICSH	KAAMPUNTIMINENTSA	KAPITIAN
FICSH	KAAMPUNTIMINENTSA	DOS LAGUNAS
FICSH	KAAMPUNTIMINENTSA	ANKUASH
FICSH	KAAMPUNTIMINENTSA	KAPINTINENTSO
FICSH	YAUP	CHINKIANAS
FICSH	YAUP	WAWAIN
FICSH	YAUP	YAUP
FICSH	YAUP	CHATUS
FICSH	YAUP	SAN ANTONIO
FICSH	YAUP	KUMPAK
FICSH	YAUP	WAMPINTS
FICSH	YAUP	SANTIAGO TUKUP
FICSH	YAUP	MEJECH
FICSH	YAUP	ETSA
FICSH	YAUP	TUMPAIM
FICSH	KAPANTIM	INIAYUA
FICSH	KAPANTIM	IAMPENTSA



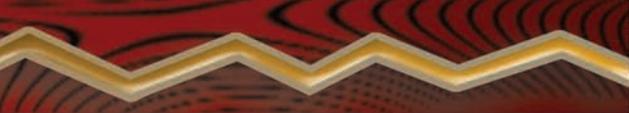
FEDERACIÓN	ASOCIACIÓN	CENTRO
FICSH	TUKUP	PANINTSA
FICSH	TUKUP	TUKUP
FICSH	TUKUP	YAWANTS
FICSH	TUKUP	NAYANTS
FICSH	CENEPA	TINKIMENTS
FICSH	CENEPA	UWINTS
FICSH	NUNKUI	WARINTS
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	SAN JUAN
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	KUSUIM
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	SAUNTS (SAN PABLO)
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	14 DE FEBRERO
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	CASCADAS
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	KIMKUIM
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	YURANK
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	18 DE FEBRERO
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	SAN PEDRO (CHUWINTS)
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	SAN MIGUEL
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	BARRANCO
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	SAGRADO CORAZÓN (JUKIAS)
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	SAN LUIS (INIMKIS)
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	MUSAP
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	SAN PEDRO SHAKAIM
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	LA FLORIDA
FICSH	SEVILLA DON BOSCO	SANTA CLARA
FICSH	CHIGUAZA	TUKUP'
FICSH	CHIGUAZA	PAJAMAK
FICSH	CHIGUAZA	SAAR-ENTSA
FICSH	CHIGUAZA	NOMBRE?
FICSH	CHIGUAZA	CHUWINTS
FICSH	CHIGUAZA	KUNKINTS (SANTA MARIANITA)
FICSH	CHIGUAZA	SAN JOSÉ
FICSH	CHIGUAZA	TUNA CHIMIAS

FEDERACIÓN	ASOCIACIÓN	CENTRO
FICSH	CHIGUAZA	WAWAIM (SAN FRANCISCO)
FICSH	CHIGUAZA	-
FICSH	MANKUSAS	ISIDORO
FICSH	PAANTIM	SAN MIGUEL
FICSH	PAANTIM	CHAU
FICSH	PAANTIM	SAN GONZALO
FICSH	PAANTIM	TSENKUSH
FICSH	PAANTIM	DON BOSCO
FICSH	PAANTIM	SURITIAK
FICSH	KAASHPAIM	SAN JUAN
FICSH	KAASHPAIM	KAASHPAIM
FICSH	APKIUS	CHUP
FICSH	APKIUS	YAWINTS
FICSH	APKIUS	CHINIMPI
FICSH	APKIUS	YUTZU
FICSH	APKIUS	PAKISHA
FICSH	APKIUS	AAPKIUS
FICSH	ETZA	SANGAY
FICSH	ETZA	SHAWI
FICSH	ETZA	CENTRO PABLO VI
FICSH	MAYAİK	CHIMIUS
FICSH	MAYAİK	TSUIS
FICSH	MAYAİK	KUSUMAS
FICSH	MAYAİK	PAANTAN
FICSH	MAYAİK	KAPISUNK
FICSH	MAYAİK	NANTIP
FICSH	MAYAİK	TSAPA
FICSH	SANTIAGO	PENAS
FICSH	SANTIAGO	SAN MIGUEL
FICSH	SANTIAGO	KIIM
FICSH	SANTIAGO	LA FRONTERA
FICSH	SANTIAGO	CHICHIS
FICSH	SANTIAGO	TAYUNTS



FEDERACIÓN	ASOCIACIÓN	CENTRO
FIPSE	AMAZONAS	24 DE MAYO
FIPSE	AMAZONAS	SAN PEDRO
FIPSE	AMAZONAS	PAYASHNA
FIPSE	AMAZONAS	CHARAZA
FIPSE	AMAZONAS	10 DE AGOSTO
FIPSE	AMAZONAS	TASKAPA
FIPSE	AMAZONAS	CUMBUNTZA
FIPSE	AMAZONAS	AMAZONAS
FIPSE	AMAZONAS	SANTA ROSA
FIPSE	CANGAIMI	CANGAIMI
FIPSE	INYUA	YAMPUNA NORTE
FIPSE	INYUA	TINCHI
FIPSE	INYUA	INUYA
FIPSE	TUNANTS	MUTINTS
FIPSE	TUNANTS	TUNANTS
FIPSE	TUNANTS	KURITIM
FIPSE	ACHUNTS	ACHUNTS
FIPSE	ACHUNTS	TIMIAS
FIPSE	ACHUNTS	PAONTIM
FIPSE	ACHUNTS	WISUI
FIPSE	ACHUNTS	KUAMAR
FIPSE	ACHUNTS	-
FIPSE	ACHUNTS	SAN JUAN
FIPSE	YUWINTS	TAMANTS
FIPSE	YUWINTS	CHIRIAP
FIPSE	YUWINTS	YAMARAM
FIPSE	CUCHAENTZA	SANTA LUCÍA
FIPSE	CUCHAENTZA	KAMPAN
FIPSE	CUCHAENTZA	CHIKICHIKENTZA
FIPSE	CUCHAENTZA	PUMPUIS
FIPSE	CUCHAENTZA	CUCHAENTZA
FIPSE	CUCHAENTZA	NUEVA UNIÓN
FIPSE	SANTIAGO	FRONTERA
FIPSE	YAAP	RÍO AMAZONAS
FIPSE	YAAP	TAYUNITSA NORTE
FIPSE	YAAP	YAAPI
FIPSE	YAAP	ACHUNTS
FIPSE	YAAP	SAN PEDRO
FIPSE	YAAP	SAN JOSÉ
FIPSE	KUSUTKA	KUSUTKA
FIPSE	KUSIUM	KUSIUM

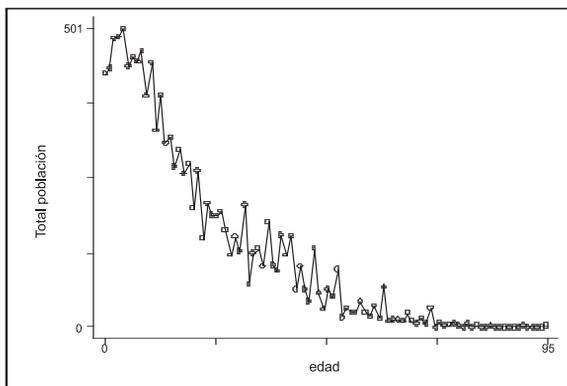
FEDERACIÓN	ASOCIACIÓN	CENTRO
NAE	PUMPUENTSU	KAYANTSU
NAE	PUMPUENTSU	SASAM
NAE	PUMPUENTSU	PAKINTSA
NAE	PUMPUENTSU	CHINDIAN-ENTSU
NAE	PUMPUENTSU	KURINTSA
NAE	PUMPUENTSU	WASURAK
NAE	PUMPUENTSU	PUMPUENTSU
NAE	WICHIM	JUYUKIM
NAE	WICHIM	SETUCH
NAE	WICHIM	WICHIM
NAE	WICHIM	YUNKUNTS
NAE	WICHIM	KUKJENTSU
NAE	WICHIM	KURINUA
NAE	SAAP	MAKI
NAE	SAAP	ANENBK
NAE	SAAP	MASHUNAR
NAE	SAAP	SAAP
NAE	TSUNKUNTS	TSUNKUNTS
NAE	WAMPUJK	IPIAK
NAE	WAMPUJK	SEWASTIAN
NAE	WAMPUJK	PUTIUM
NAE	WAMPUJK	KUPIT
NAE	WAMPUJK	SHUIN MAMUS
NAE	WAMPUJK	TAMAIAT



ANEXO B

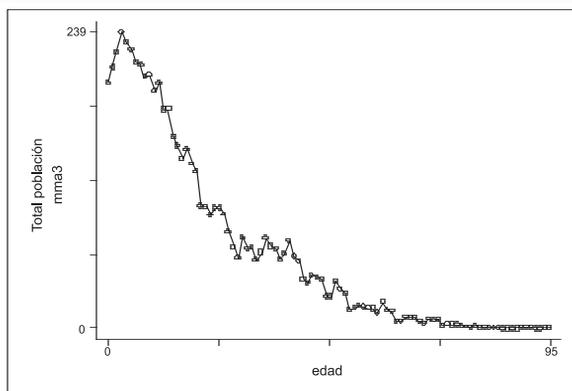
A continuación se encuentra la repartición original de todas las edades, antes de su ajuste.

i) Repartición de las edades reportadas de los Shuar/Achuar (n=11925)



A continuación se encuentra la repartición de las edades después de aplicar una técnica de ajuste. Esta repartición de edad ajustada se utiliza en todo el informe en tasas vitales calculadas.

ii) Repartición de las edades reportadas de los Shuar/Achuar (n=11926)



Estructura demográfica de la población muestra

Tamaño del hogar 6,22 (n=1895 hogares)

Edad mediana 13 (datos individuales ajustados)

Porcentaje por debajo de 15 años

Total: 52,5%

FICSH: 52,2%

FIPSE: 53,4%

NAE: 58,6%

Relaciones de dependencia

Relación de dependencia de niños: 113,7

[niños (<15) por cada 100 adultos (15-64)]

Relación de dependencia: 116,0

[niños (<15) + ancianos (65+) por cada 100 adultos (15-64)]

Proporción de cada sexo

Base de datos individuales ajustado

Proporción total de cada sexo: 99,23

[No. de hombres por cada 100 mujeres]

Proporción del género del niño: 85,70

[No. hombres <1 por cada 100 mujeres <1]

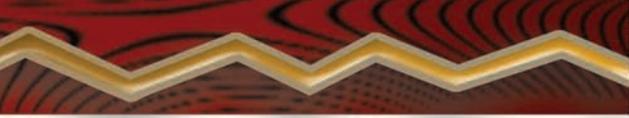
Base de datos del centro

Proporción total de cada sexo: 102,4

Proporción del sexo de los niños: 121,2

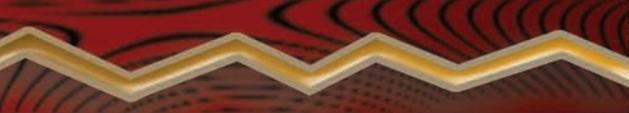
Proporción del sexo de los adultos: 104,8

[No. hombres 15+ por cada 100 mujeres 15+]





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



ATE 1996. *Taller de capacitación sobre nutrición y agroforestería*, Morona-Santiago, Ecuador: Asociación Tuutin Entsa.

Ecuador, R. d. 2001. *Informe demográfico y de salud materna e infantil ENDEMAIN-99*, Quito y Atlanta, GA: Centro de Estudio de Población y Desarrollo Social (CEPAR), Ecuador, y Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC).

Guerrero, F. (2005). Población indígena y afroecuatoriana en el Ecuador a partir de la información censal de 2001. Ponencia presentada en el Seminario Internacional Pueblos Indígenas y Afrodescendientes de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile. [Documento presentado]. CEPAL [citado el 30 de mayo de 2005]. Disponible en <http://www.cepal.cl/cgi-bin/getProd.asp?xml=/celade/noticias/noticias/7/20967/P20967.xml&xsl=/celade/tpl/p1f.xsl&base=/celade/tpl/top-bottom.xsl>.

Larrea, C. y F. Montenegro Torres, 2006 *Ecuador Indigenous Peoples, Poverty and Human Development in Latin America*, ed. G. Hall y H. A. Patrinos, 67-105. New York, NY: Palgrave Macmillan.

Montenegro, R. A. y C. Stephens. 2006. Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *The Lancet* 367(9525):1859-1869.

PAHO (2004). Maternal and child mortality among the indigenous peoples of the Americas (2) [Boletín en línea para los pueblos indígenas - Healing Our Spirit Worldwide (Curación Mundial de Nuestro Espíritu)]. Organización Panamericana de Salud [citada en septiembre de 2004]. Disponible en: <http://www.paho.org/English/DD/PIN/pr040707.htm>.

Puertas, B. y M. Schlessler. 2001. Assessing community health among indigenous populations in Ecuador with a participatory approach: implications for health reform. *Journal of Community Health* 26(2):133-147.

Riach, J. R. 2004. Ecosystem approach to rapid health assessments among indigenous cultures in degraded tropical rainforest environments: case study of unexplained deaths among the Secoya of Ecuador. *EcoHealth* 1(1):86-100.

Sánchez-Parga, J. 1994. La población indígena del Ecuador: entre censos y estimaciones. En *Estudios sociodemográficos de pueblos indígenas*, ed. CELADE, 91-104. Santiago, Chile: Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

UNESCO (2004). Report of the workshop on data collection and disaggregation for indigenous peoples. Foro Permanente de las Naciones Unidas sobre Temas Indígenas [citado el 20 de septiembre de 2004]. Disponible de: http://www.un.org/esa/socdev/unpfii/news/news_workshop_doc.htm.

UNICEF 2003. *Ensuring the rights of indigenous children* (Innocenti Digest No. 11). Florencia, Italia: Centro de Investigación Innocenti de UNICEF.

Diagnóstico

Este texto es la primera versión de los resultados de los datos del Diagnóstico de Salud de FICSH, FIPSE Y NAE realizado en el 2005. El valor de este documento radica en convertirse en un instrumento de reflexión sobre la realidad actual de la salud, demografía, educación, género, registro indígena - entre otros temas - de las Nacionalidades Shuar y Achuar de la Provincia de Morona Santiago.

Es, además, una invitación para pensar en el **"Qué Hacer"** y **en la definición de políticas** tanto al interior de las organizaciones Shuar y Achuar, como de los organismos públicos, internacionales y organizaciones no gubernamentales.

Finalmente se espera que este documento sea revisado y corregido por las organizaciones Shuar y Achuar, posibilitando a futuro, una nueva publicación depurada y que incluya las reflexiones de estas Nacionalidades.



REPÚBLICA DE FINLANDIA



Plan Binacional
Capítulo Ecuador