

# Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina



**Víctor Manuel del Cid Lucero (Compilador)**

**México:** María Cristal Zarragoza Molina, Hilario Ramírez Rojas; **Guatemala:** Clara Noelia Cumes Salazar, Juan Chojoj Mux; **Honduras:** Carlos Arana Guillén; **Nicaragua:** Anny Marley Matamoros, María Loyda Stamp, María José Mendoza Galán; **Colombia:** Betty Cecilia Bustamante Lopera, Ana Carolina Montero, Víctor Rodrigo Tombé; **Perú:** Eutropía Delgado Castro, Elsa Elvira Palecios Flores, Juan Reátegui Silva; **Ecuador:** Rosa Francellina Mayta Zapata, Verónica Anavel Inuca Tocagón, Jorge Raúl Illescas; **Bolivia:** Jobita Sandy Choque, Paulina Ramos Callisaya, Sergio Suño Mamani; **Chile:** Ana Llao Llao, Hernán Mauricio Tapia; **Uruguay:** María Delfina Pirez Aguinaga; **Argentina:** Marina Onorato Quispe, Luis Martínez, Mabel Moreno Santiuste.



UNIVERSIDAD DE LAS REGIONES AUTÓNOMAS  
DE LA COSTA CARIBE NICARAGÜENSE

# Antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América Latina

**Víctor Manuel del Cid Lucero (Compilador)**

**México:** María Cristal Zarrazaga Molina, Hilario Ramirez Rojas; **Guatemala:** Clara Noelia Cumes Salazar, Juan Chojj Mux; **Nicaragua:** Anny Marley Matamoros, María Loyda Stamp, María José Mendoza Galán; **Honduras:** Carlos Arana Guillén; **Colombia:** Betty Cecilia Bustamante Lopera, Ana Carolina Montero, Víctor Rodrigo Tombé; **Perú:** Eutropía Delgado Castro, Elsa Elvira Palacios Flores, Juan Reátegui Silva; **Ecuador:** Rosa Francelina Mayta Zapata, Verónica Anavel Inuca Tocagón, Jorge Raúl Illescas; **Bolivia:** Jobita Sandy Choque, Paulina Ramos Callisaya, Sergio Suxo Mamani; **Chile:** Ana Llao Llao, Hernán Mauricio Tapia; **Uruguay:** María Delfina Pirez Aguinaga; **Argentina:** Marina Onorato Quispe, Luís Martínez, Mabel Moreno Santiuste.

© URACCAN, Noviembre 2008.

*Todos los Derechos Reservados.*

**ISBN:**

**Consejo Editorial de URACCAN**

Alta Suzzane Hooker Blandford: Rectora.

Juan Francisco Perera Lumbí: Director de Investigación y Postgrado.

Guillermo McLean: Director del Instituto de Promoción e Investigación Lingüística y Rescate Cultural.

Marbel Baltodano Baltodano: Directora Académica.

Víctor Manuel del Cid Lucero: Oficial de Proyectos Educativos.

Fredy Leonel Valiente Contreras: Secretario Ejecutivo.

**Compilación y Edición:**

Víctor Manuel del Cid Lucero

**Portada, Diseño y Diagramación:**

Francisco José Saballos Velásquez

# Contenido

Prefacio . . . . .	7
Introducción . . . . .	11
De la mano de los saberes ancestrales y actuales . . . . .	11
Encuentro de los pueblos, una visión compartida . . . . .	12
Organización y lucha de los pueblos. . . . .	12
Nuestra siembra, nuestra cosecha: Reconocimiento de los Derechos Indígenas . . . . .	14
Reformas en las Políticas Públicas. Programas y Planes Sociales y de Salud de los Pueblos . . . . .	16
El desafío está instalado, algunas propuestas. . . . .	17
Conclusiones, conveniencia de tiempo y lugar . . . . .	19

## MÉXICO

Elementos de interculturalidad en las Políticas Públicas de Salud en México . . . . .	22
Referencia de las Leyes Nacionales o Acuerdos Internacionales que tienen relación intrínseca con el tema de la salud en pueblos indígenas y afrodescendientes . . . . .	22
Interacción de la interculturalidad, interculturalidad y los derechos indígenas en la política pública de salud . . . . .	22
Conclusión . . . . .	24
Propuestas . . . . .	24
Propuestas para el fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas propios, a nivel local y regional . . . . .	25
Metas . . . . .	26
Mejoramiento de la calidad, cobertura y pertinencia sociocultural de los servicios públicos de salud para pueblos indígenas . . . . .	26
Bibliografía . . . . .	27

## GUATEMALA

Necesidad de implementación de una Propuesta de Política Pública de Salud Intercultural en Guatemala . . . . .	30
Introducción . . . . .	30
Diversidad cultural guatemalteca . . . . .	30
Leyes nacionales o acuerdos internacionales relacionados con la salud en pueblos indígenas y afrodescendientes. . . . .	31
Interacción de la interculturalidad, interculturalidad y los derechos indígenas en la política pública de salud. . . . .	32
Contexto sociocultural de Guatemala . . . . .	32
Análisis: . . . . .	34
Conclusiones. . . . .	34
Propuestas: . . . . .	35
Propuestas para el fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas propios. . . . .	35
Bibliografía . . . . .	36

## **NICARAGUA**

<b>Tejiendo la interculturalidad en las Políticas Públicas en Salud: Pueblos indígenas y Afrodescendientes de Nicaragua . . . . .</b>	<b>38</b>
Introducción . . . . .	38
Acuerdos internacionales y leyes nacionales en relación intrínseca a la salud de los pueblos indígenas y afro descendientes. . . . .	38
Descripción del contexto y problemática del país en relación a salud en pueblos indígenas y afro descendientes. . . . .	40
Análisis de la política de salud y su interacción con la interculturalidad y los derechos indígenas	41
Propuestas de estrategias para viabilizar la política de salud . . . . .	43
Conclusiones . . . . .	44
Bibliografía . . . . .	44

## **HONDURAS**

<b>Perspectivas de la política de la salud pública para los pueblos indígenas y afro descendientes . . . . .</b>	<b>46</b>
--	-----------

## **COLOMBIA**

<b>Política en Salud Pública para pueblos indígenas colombianos . . . . .</b>	<b>50</b>
Introducción . . . . .	50
Argumentación jurídica . . . . .	51
Interacción de la interculturalidad, interculturalidad y los derechos indígenas en la política pública. . . . .	52
Descripción del contexto y problemática del país en relación a salud en pueblos indígenas. . . . .	53
Conclusiones . . . . .	56
Propuestas para el fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas propios . . . . .	56
Mejoramiento de la calidad, cobertura y pertinencia sociocultural de los servicios públicos en salud para pueblos indígenas . . . . .	58
Bibliografía . . . . .	59

## **PERÚ**

<b>Políticas públicas en Salud Materna en el Perú. . . . .</b>	<b>62</b>
Introducción . . . . .	62
Una lectura de la normatividad de la Salud Materna . . . . .	62
Siguiendo en la lectura del Artículo 25 del convenio 169 de la OIT: . . . . .	63
Contextualización de la Salud Materna en el Perú . . . . .	66
Las casas maternas y la adecuación cultural . . . . .	67
Conclusiones y propuestas . . . . .	68
Bibliografía . . . . .	70

## **ECUADOR**

<b>Situación de la salud intercultural en el Ecuador</b> . . . . .	<b>72</b>
Introducción . . . . .	72
<b>Marco legal internacional y nacional</b> . . . . .	<b>72</b>
Interacción entre la inter-cientificidad, interculturalidad y los derechos indígenas en la política pública de salud en el Ecuador . . . . .	79
Descripción del contexto y problemática del Ecuador en relación a la salud en pueblos indígenas y afrodescendientes . . . . .	81
Situación de Salud de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas en el Ecuador . . . . .	83
Servicios Estatales de Salud y Pueblos Indígenas . . . . .	87
Conclusiones . . . . .	89
Propuestas . . . . .	90
Bibliografía . . . . .	91

## **BOLIVIA**

<b>Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI</b> . . . . .	<b>94</b>
INTRODUCCIÓN . . . . .	94
Objetivo General . . . . .	95
Objetivos Específicos . . . . .	95
Metodología . . . . .	95
PROMOCION DE TOMA DE DECISIONES CONJUNTAS. . . . .	96
MODELO DE ATENCION EN LAS REDES DE SALUD . . . . .	96
APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCION EN LA COMUNIDAD . . . . .	96
APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCION EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD . . . . .	96
Referencia de las Leyes Nacionales y Acuerdos internacionales, que tienen relación intrínseca con el tema de la salud en Pueblos Indígenas y Afrodescendientes . . . . .	97
INTERACCIÓN DE LA INTERCIENTIFICIDAD, INTERCULTURALIDAD Y LOS DERECHOS INDÍGENAS EN LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD. . . . .	98
DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO Y PROBLEMÁTICA DEL PAÍS EN RELACIÓN A SALUD EN PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES. . . . .	99
Conclusiones . . . . .	100
Propuestas . . . . .	100
Propuestas para el fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas propios. . . . .	101
Mejoramiento de la calidad, cobertura y pertinencia sociocultural de los servicios públicos de salud para pueblos indígenas. . . . .	101
BIBLIOGRAFÍA . . . . .	102

## **CHILE**

<b>Medicina Mapuche y Complementariedad en Salud Pública</b> . . . . .	<b>104</b>
Introducción . . . . .	104
Marco referencial . . . . .	104
Legislación nacional del Estado de Chile . . . . .	105
Marco teórico . . . . .	106
Conclusiones . . . . .	108
Propuestas . . . . .	109
Objetivo: . . . . .	109

Meta:	.109
Supuesto:	.109
Medio de Verificación:	.109
Objetivo:	.110
Meta:	.110
Supuesto:	.110
Medio de Verificación:	.110
Bibliografía Consultada:	.110

## **URUGUAY**

<b>Oportunidades para el diálogo intercultural en salud para Uruguay</b>	<b>. 112</b>
Introducción	.112
Legislación nacional uruguayo y acuerdos internacionales	.113
Espacios de acción política ya existentes:	.114
Propuestas de construcción de nuevos escenarios	.114
Descripción del contexto y problemática del país en relación a salud en pueblos indígenas y afrodescendientes en Uruguay.	.115
Conclusiones.	.116
Propuestas para el mejoramiento de la calidad, cobertura y pertinencia sociocultural de los servicios públicos de salud para pueblos indígenas y afrodescendientes.	.117
Bibliografía y Referencias	.119

## **ARGENTINA**

<b>En búsqueda de un modelo de salud para los pueblos indígenas en la República Argentina</b>	<b>. 122</b>
Introducción	.122
Referencias sobre los pueblos indígenas y sus derechos en la República Argentina	.123
Referencias demográficas sobre Pueblos Originarios en Argentina.	.125
Descripción de algunas experiencias que promueven la Salud Intercultural	.129
a. Iniciativas de profesionales:	.129
b. Iniciativas indígenas:	.130
c. Iniciativas académicas:	.132
d. Experiencias de políticas públicas focalizadas en salud de pueblos indígenas.	.132
e. Experiencias interculturales de políticas públicas en otras áreas	.136
Políticas centrales destinadas específicamente a la Salud de los Pueblos Indígenas	.136
Interacción de la intercientificidad, interculturalidad los derechos humanos y los derechos indígenas en las políticas de salud pública.	.138
Descripción del contexto y problemáticas	.139
A modo de conclusiones	.147
Propuestas	.148
Bibliografía	.150

## Prefacio

Después de un cuarto de siglo de discusiones entre los Estados y representantes indígenas, fue aprobada el 7 de septiembre del año 2007, por la Asamblea General de las Naciones Unidas con únicamente cuatro votos en contra de los estados de Australia, Canadá, Nueva Zelanda y Estados Unidos, la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Esta declaración constituye un hito histórico en el reconocimiento y protección de los derechos de los pueblos indígenas, lo que debe conllevar a cambios en la vida y por ende, en el derecho a la salud. La Declaración, como escribe Rodolfo Stavenhagen, es más que un acta de resarcimiento para los pueblos indígenas, es también un mapa de acción para las políticas en derechos humanos que debe ser adoptadas por los gobiernos, la sociedad civil y los propios pueblos indígenas para que sus derechos sean, en realidad, garantizados, protegidos y promovidos.

La Declaración establece en su artículo 21 que “Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social”. En el artículo 24 se reconoce el derecho de los pueblos indígenas “a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernan y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones” y el derecho a “disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho”. A esta Declaración, como pasos positivos, hay que agregar los avances en el reconocimiento a la multiculturalidad en la casi totalidad de los países latinoamericanos y en los procesos de construcción de los modelos propios de salud.

Sin embargo a 30 años de Alma Ata, cuando se postuló que “Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales y de la comunidad mundial entera en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva...” (1978: Declaración de Alma Ata, V), persiste la situación de inequidad, producto de la lógica de un sistema que en lugar de producir salud, propugna la lógica de la ganancia y la acumulación de capital, legitimando de esta manera la transferencia de la salud al campo de lo privado. Este sistema que considera a las personas como consumidores, ha comercializado los servicios de salud y ha invalidado el concepto de salud como un derecho humano básico, desresponsabilizando a los estados y transfiriendo esta responsabilidad al individuo, a la familia y a la comunidad.

Las consecuencias de la falta de equidad, son el incremento de las tasas de desnutrición infantil, la falta de acceso al agua de consumo humano y a medicamentos esenciales. Carencias sanitarias en la mayoría de los pueblos indígenas y afrodescendientes acompañadas por retrasos en el desarrollo integral de la niñez. Los pueblos indígenas forman parte de los sectores más empobrecidos, explotados y discriminados de América Latina. La historia de la conformación de Estados Nacionales en esta región ha significado la permanente subordinación de los indígenas a los regímenes políticos y a las estructuras socioeconómicas que impusieron los grupos dominantes latinoamericanos.



Las condiciones de vida y de salud de los Pueblos Indígenas se caracterizan por la Pobreza - Pobreza sistémica, Falta de tierra y territorio, Bajos salarios, Desempleo, Migración/desplazamientos, Deserción escolar, Índices de analfabetismo – femenino, Perfil epidemiológico - Enfermedades prevenibles. El cuadro de salud muestra alarmantes repuntes de las Infecciones respiratorias, desnutrición, enfermedades crónicas, enfermedades diarreicas, alcoholismo, drogadicción, suicidio, VIH-SIDA, trastornos mentales, malaria, oncocercosis y tuberculosis. Más del 40 % de las 120 millones de personas que no tienen acceso a servicios de salud, son indígenas.

Es evidente que urge revitalizar el Movimiento de los Pueblos por un Modelo de Atención Primaria en Salud Integral en los pueblos indígenas y afrodescendientes del mundo y de manera particular en Latinoamérica. Un modelo centrado en la autogestión de los pueblos, que facilite el acceso a la salud para todas y todos. ¡Esto debe ser posible!

La contribución a la construcción de un modelo de salud con equidad e interculturalidad, por parte de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, como integrante de Universidad Indígena Intercultural (UII), es la formación, a nivel de maestría, de profesionales indígenas y no indígenas para construir una nueva visión sobre la salud en contextos multiétnicos y pluriculturales, como los latinoamericanos, sobre la base de un diálogo inter-científico y con vistas al desarrollo e impulso de una gestión intercultural de los sistemas de salud.

En el año 2007, con 30 estudiantes provenientes de 12 países, iniciamos la Maestría en Salud Intercultural con el acompañamiento solidario del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos, GTZ, Organización Panamericana de la Salud, Fundación Ford, la cooperación austriaca a través de Horizont 3000 y de la Cooperación Técnica del Reino de Bélgica.

Los propósitos de este curso de Maestría que concluirá en el 2009, además de los objetivos académicos, son: *“Contribuir al mejoramiento de las condiciones de vida y el estado de la salud de los pueblos indígenas, comunidades afrodescendientes y étnicas, y a la generación de nuevos paradigmas, a partir de una visión intercultural de la salud en el marco del cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y de las metas del Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo”* y *“Propiciar espacios de diálogo y negociación sobre temas de actualidad relacionados con la salud en los países latinoamericanos, entre ellos: reformas estructurales, problemas de exclusión social, desigualdad, racismo institucionalizado y marginación geográfica; así como, otros problemas integrales que la sociedad multiétnica y multicultural enfrenta”*.

El primer año de esta Maestría tuvo dos encuentros presenciales y un módulo virtual. Los encuentros presenciales se realizaron en el recinto de URACCAN en Bilwi, Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua. Esencial en el proceso de formación es la Cátedra Indígena que dirigida por sabias y sabios indígenas y afrodescendientes busca construir un espacio de información, análisis, aportes conceptuales, metodológicos y valores de los conocimientos, ideología y cosmovisión de los pueblos indígenas para el fortalecimiento de la identidad y generar procesos de reflexión y diálogo intercultural. Se desarrollaron además del módulo introductorio, los módulos: a) Salud, Cosmovisión Indígena y Cultura I, b) Epistemología y c) Sistemas de Salud.

El trabajo de curso del año de especialización en salud intercultural consistió en la redacción de un ensayo sobre antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en los países de origen del estudiantado. En la región mesoamericana, México, Guatemala, Honduras y Nicaragua.

En la región andina, Colombia, Perú, Ecuador y Bolivia. En el Cono Sur, Chile, Uruguay y Argentina. Los ensayos se presentan en este orden, anteceditos de un estudio integrador escrito por el Dr. Luís Martínez, médico argentino cursante de la Maestría. Para la elaboración de los ensayos de país, el grupo de maestrantes contó con el acompañamiento metodológico de los maestros Amilcar Castañeda, Hans Peter Rupilius y Víctor Manuel del Cid.

En mi calidad de vicerrector del recinto de Uraccan en Bilwi, me place compartir esta obra colectiva como un aporte al movimiento por la revitalización de la Atención Primaria en Salud Integral en los pueblos indígenas, afrodescendientes y mestizos de nuestra América.

**Albert StClair Humpreys**



# Introducción

*Luis Martínez*

## De la mano de los saberes ancestrales y actuales

En toda la inmensa región que hoy conforma la llamada “América” -Kay Kiti, o Abya Yala, o Amáraka-, la diversidad cultural es evidente y está determinada, en gran parte, por la presencia vigente de aproximadamente 45 millones de personas indígenas, agrupadas en unas 400 comunidades. *Ningún análisis de las condiciones de vida y salud puede dejar de lado la consideración del carácter multicultural, multiétnico y multilingüe de este continente*<sup>1</sup>. Sabemos que nuestros pueblos son los más vulnerables como muestran muchos indicadores. En esto observamos, por ejemplo en Panamá, que la mortalidad de los lactantes indígenas es de 3,5 veces más alta (Amaris et al 1992). El 20% de los lactantes indígenas en Bolivia muere antes de cumplir un año y el 14 % de los sobrevivientes muere antes de alcanzar la edad escolar (Asongs 1986). La mortalidad infantil en Chile fue de 17,1 por mil nacidos vivos, comparada con 20,6% en las comunidades indígenas (UFRO 1998)<sup>2</sup>. Existen muchos estudios desarrollados y hay acuerdo teórico que da acabada muestra de estas inequidades.

Con esta visión y luego de un proceso desarrollado, surge una iniciativa conjunta con el objetivo de formar profesionales indígenas que puedan *adquirir herramientas conceptuales y operativas para llevar a cabo procesos de investigación y acción en el campo de la salud con visión intercultural*. La Universidad Indígena Intercultural (UII) impulsada por el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe; y la Universidad de las Regiones Autónomas de

la Costa Caribe Nicaragüense, (URACCAN) ofrecen la **Maestría en Salud Intercultural** en la modalidad semipresencial, a efectuarse en el período 2007-2009, con el apoyo de del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos, GTZ, Organización Panamericana de la Salud, Fundación Ford, la cooperación austriaca a través de Horizontes 3000 y de la Cooperación Técnica del Reino de Bélgica.

Es sabido que a través del diálogo entre la medicina moderna y el proceso de fortalecimiento de la identidad cultural se pueden recuperar y utilizar muchas, profundas e importantes lecciones de los saberes ancestrales de la Abya Yala. En esto, luego de la primera instancia presencial en la URACCAN, Bilwi-Nicaragua en agosto de 2007 y el trabajo desarrollado en la plataforma virtual por los veintinueve maestrandos con el acompañamiento de los tutores, se propuso sistematizar la experiencia en los distintos países, realizando un análisis de los ensayos enviados a la Universidad con el fin de identificar los antecedentes, situación actual y perspectivas de la salud intercultural en América latina.

Creemos que tenemos que construir una política pública que incluya a nuestros pueblos, diseñada por todos y acompañada por trabajadores que no solamente tengan conocimientos o formación en gestión de servicios o sistemas de salud, sino que reúnan dentro de sus características un sinnúmero de capacidades y valores. *Esos valores fundamentales de la ética social y política, la tolerancia, la libertad, el pluralismo y la no violencia, la paz, la fraternidad y la igualdad*<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas – Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2003-2007. Organización Panamericana de la Salud.

<sup>2</sup> Restrepo / Málaga. (2001). Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Editorial Panamericana.

<sup>3</sup> Bobbio, Norberto. (1995). “Derecha e izquierda, razones y significados de una distinción política”. Editorial Taurus. Roma.

**Encuentro de los pueblos,  
una visión compartida**

*Hay una gran contaminación en  
nuestras comunidades y donde nueva-  
mente el mismo sistema occidental, con  
todos sus mecanismos y con todas sus  
máquinas que tiene, siguen reprimi-  
endo la salud misma.*

*Victor Caniullán, Machi (Shaman), Comuna de  
Cahue. Tercer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos  
Indígenas, Villarrica, 1999.*

Esta exposición formula definir y establecer una sistematización de información clave obtenida de los ensayos enviados a la URACCAN por los/as maestrandos/as de la **Maestría en Salud Intercultural**, que logre hacer aportes para un análisis y lineamientos estratégicos que permitan contextualizar el escenario y las condiciones para un modelo futuro de Salud Intercultural. A partir de una visión basada en condiciones reales, evolución histórica, legislación y situación actual de cada país, se ordenó los trabajos. La ventaja esencial observada, es que han sido los mismos estudiantes quienes proporcionaron los datos relativos a la temática. Nadie mejor que la misma persona involucrada para apuntarnos sobre todo aquello que vive, piensa y siente, de lo que ha practicado o proyecta hacer.

Se definieron grupos que representan a México, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Chile, Argentina y Uruguay. Los ensayos fueron construidos con la consigna: “el ensayo debe tener una orientación hacia la aplicación de las unidades anteriores, tomando como eje la política pública desde un enfoque de interculturalidad y derechos humanos”. Las principales pauta que guiaron los trabajos han sido: “Diseñar y formular una política pública de salud para su país (si ya existiera, hacer una propuesta para mejorarla) que tengan dos componentes básicos: 1) Fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas propios (medicina tradicional) 2) Mejoramiento de la calidad, cobertura y pertinencia sociocultural de los servicios públicos de salud para pueblos indígenas.

Indicar cómo interactúan en la política pública de salud la interculturalidad, interculturalidad y los derechos indígenas.

Luego de la lectura de todos los ensayos y con el propósito de analizar las condiciones y posibilidades para la organización de este informe nos hicimos preguntas para encararla desde algunos puntos básicos: ¿cómo ha sido en la región la organización y la lucha de los pueblos indígenas?; ¿cuál es la visión de la cultura y la identidad de los pueblos?; ¿qué legislación ha existido en reconocimiento de los derechos? ¿el sector salud planifica las acciones con visión intercultural?; ¿se organiza?; ¿se evalúan los resultados?; ¿existe realimentación científica y es operable?; ¿las políticas públicas favorecen a las comunidades indígenas que concurren al sistema de cada país?; ¿se podrían delimitar políticas alternativas más eficientes?

**Organización y lucha de los pueblos**

*“... Todo se lo tragaban, con religiones,  
pirámides, tribus, idolatrías iguales a  
la que ellos traían en sus bolsas...  
Por donde pasaban quedaba arrasada  
la tierra... Pero a los bárbaros se les  
caían de las botas, de las barbas, de  
los yelmos de las herraduras, como  
piedrecitas, las palabras luminosas que  
se quedaron aquí resplandecientes...  
el idioma.”*

*Pablo Neruda - Chile  
Confieso que he vivido - Ed. Seix Barral -  
Grupo Planeta. 2004*

*En el último tiempo se han producido  
en nuestro país graves conflictos y  
muertes de hermanos indígenas que  
luchan por la reivindicación de los  
derechos que son permanentemente  
vulnerados en las comunidades,  
existen movimientos que realizan  
denuncias tanto a nivel nacional como  
internacional, el protagonismo es de*

*líderes mujeres, hombres indígenas y personas que empatizan con las causas de los pueblos indígenas la lucha es por un conflicto que está presente desde tiempos inmemoriales y en el último tiempo ha vuelto a recobrar relevancia social generando con ellos graves dificultades en la vida y salud de las personas y las comunidades<sup>4</sup>.*

Desde todos los tiempos antiguos en el territorio de Abya Yala, actualmente América, existe una gran variedad de Pueblos Originarios. Estos pobladores ancestrales construyeron la cultura, cada uno con su cosmovisión, identidad y sistema propio de vida organizada, en relación armónica con la naturaleza y las fuerzas espirituales, su historia, la dinámica como comunidad y con otros grupos sociales. En ese espacio y dimensión, se construye el conocimiento tradicional, que podemos decir que es todo un cúmulo de conocimientos y saberes que se heredan de los antepasados, (quienes lo adquirieron de la “observación”, primero, luego de la “experimentación”, y finalmente del “uso”) tanto para su subsistencia como para su satisfacción espiritual. Se añade lo que cada generación va agregando hasta conformar una cultura propia, particular, identificatoria. En ella se reconocen plantas alimenticias, medicinales y de ornamento (para techos, ceremonias, etc.); animales para el consumo y cría con técnicas propias; lengua, símbolos, creencias o cultos; artes: pintura, alfarería, cerámica, tejido, tinturas vegetales y animales, diseños; modos de caza, pesca y recolección, cultivos tradicionales, alimentos propios, modos de uso y cocción, viviendas; crianza de los niños, festejos, interpretación de la vida y la muerte (Cosmovisión). En suma: “una visión particular y propia del existir, del ser indio o como decimos nosotros Kay’Runa”

Hemos vivido y padecido la invasión mediante la violencia, epidemias, imposición religiosa y opresión de las culturas. Luego los procesos de transculturación y asimilación, ocasionaron la

mengua de gran parte de nosotros, la desarticulación de la propia organización, hasta en algunos casos la pérdida de la cultura e identidad. Proceso que las comunidades, pueblos y naciones indígenas afrontamos de desiguales modos, desde la lucha frontal hasta distintas estrategias de resistencia y sobrevivencia gracias a los cuales en la actualidad persisten y nos encontramos en procesos de organización, fortalecimiento de la identidad y la cultura.

*Se conmemora el 12 de Octubre como “día de la raza”, para nosotros fue el último día de la libertad y una jornada de duelo<sup>5</sup>.* Esta fecha significó la llegada de los invasores y la muerte de muchas de las culturas originarias de este continente. No fue como muchos dicen un *encuentro entre dos culturas*, eso está muy lejos de la realidad. Fue un choque, en donde perdimos nosotros, los pueblos nativos. Los pueblos que existen hoy son mucho menos de los que fueron.

Fue una matanza irracional, a partir de que en esa época ni siquiera éramos considerados seres humanos, hasta que el papa Gregorio IV *“determinó que sí lo éramos”*. Desde el punto de vista del europeo no teníamos tal condición y ellos llegaron nada más que por el *“enriquecimiento propio”*. No sabemos si fue más cruel la espada o la cruz. De las dos formas se nos quiso exterminar y hasta que comenzamos a pararnos con nuestros derechos, seguimos soportando la evangelización, el ultraje, la violación y se nos designa como mestizos, criollos porque es de la cruz, pero no una cruz querida, sino forzada, porque fue producto de la violación de la fuerza del invasor sobre las mujeres indígenas. Tuvieron ciertos métodos y medios para propiciar y llegar a esto. Desde la imposición de su cultura, su religión y su lengua. Hasta hoy, se nos quiere imponer los cultivos que son foráneos, y que desertifican nuestro suelo, donde queremos proteger nuestros recursos naturales, cultivos propios y ancestrales, todo eso significa un ataque a nuestra cultura y un ataque a la diversidad de las culturas indígenas.

<sup>4</sup> Ensayo: “Medicina Mapuche y Complementariedad en Salud Pública” –Maestría en Salud Intercultural-URACCAN- Tutor: P. Rupilius – Autores: Ana M. Llaoy H. Tapia Huanchicai – Chile, Junio de 2008.-

<sup>5</sup> María Luisa Pereyra, “Tinquina” Del Pueblo Tonokoté – 12 de octubre de 2007 – Santiago del Estero, Argentina.-

En todas las latitudes de nuestra Abya Yala, han existido desde la invasión, distintas maneras de lucha por los derechos y existen movimientos de los pueblos originarios y afro descendientes que promueven el reconocimiento y el respeto a sus prácticas y conocimientos sobre el proceso de salud-enfermedad desde una cosmovisión propia. En distinto grado y de acuerdo a los momentos políticos-institucionales, se han generado espacios de deliberación comunitaria para la reflexión y análisis en el sentido de proyectar una propuesta a las políticas públicas de salud.

Esta lucha por el reconocimiento de muchos de los derechos que se han violado por desconocimiento a normas de justicia, está marcada por las características propias de los pueblos indígenas:

- Gran apego al territorio ancestral y los recursos naturales de esas áreas;
- Identificación propia, e identificación por otros, como miembros de un grupo cultural distinto;
- Una lengua indígena, comúnmente diferente a la lengua nacional;
- Presencia de instituciones sociales y políticas consuetudinarias; y
- Producción principalmente orientada hacia la subsistencia.

Se desprende de los trabajos presentados por las/os estudiantes de la **Maestría en Salud Intercultural** y en la revisión histórica podemos visualizar, que a más de 500 años de la invasión europea se siguen desconociendo los derechos de los pueblos indios, la conquista no ha concluido ya que se han seguido creando condiciones de vida injustas para nosotros. La dominación imperialista contra nuestros pueblos no ha cesado.

Resistencia, lucha, levantamiento, pronuncia-ción en contra de la discriminación; acciones que tienen un carácter de fondo y se forjan buscando reforzar un proyecto social inclusivo, transformado, que responda a nuestra historia e intereses. El fortalecimiento y consolidación de

estos objetivos, no deben ser una tarea exclusiva de los pueblos originarios, sino también deben asumirlo en su conjunto todos los sectores para construir una sociedad pluralista, democrática, donde se garanticen derechos y se establezcan deberes claros para lograr justicia y paz.

### **Nuestra siembra, nuestra cosecha: Reconocimiento de los Derechos Indígenas**

*ONU: 13 de septiembre de 2007  
Declaración de las Naciones Unidas  
sobre los derechos de los pueblos  
indígenas*

#### *Artículo 24*

*1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.*

*2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.*

En el estudio propuesto, ojeando los ensayos aparecen citas a leyes nacionales e internacionales que promueven los Derechos de los Pueblos Indígenas. Podemos sintetizar de lo observado que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) ha ido definiendo a lo largo de los últimos 50 años un régimen internacional de los derechos humanos que también incluye a los pueblos indígenas. La Declaración de 1948 constituye una piedra angular que implica un

avance político muy alto. En 1979, a partir de un estudio sobre derechos de personas pertenecientes a minorías étnicas (Francisco Copotorti), la Asamblea General de la ONU aprobó en 1992, la Declaración de los Derechos de Personas pertenecientes a Minorías Nacionales o Étnicas. La Organización Internacional de Trabajo (OIT), la dependencia especializada de la ONU en cuestiones de derecho laboral, pobreza extrema, tecnología y subdesarrollo, en 1957 en una resolución, Convenio 107, mantiene un lineamiento abiertamente integracionista y aunque muy criticado, contiene una serie de disposiciones que favorecen la causa de grupos indígenas. Toca temas como por ejemplo el del derecho consuetudinario. En 1989 el Convenio 107, fue revisado por el Convenio 169, herramienta internacional más eficaz en materia de derechos indígenas de los últimos años.

La Asamblea General de la ONU aprobó el 13 de septiembre de 2007, la Declaración de Derechos de los Pueblos Indígenas, un instrumento internacional cuyas negociaciones tomaron dos décadas y que protegerá a los más de 370 millones de personas pertenecientes a esas comunidades en todo el mundo. El texto fue adoptado con 143 votos a favor, 4 en contra (Canadá, Estados Unidos, Nueva Zelanda y Australia) y 11 abstenciones. La Declaración consta de 46 artículos y establece parámetros mínimos de respeto a los derechos de los pueblos indígenas, que incluyen propiedad de la tierra, acceso a los recursos naturales de los territorios donde se asientan, respeto y preservación de sus tradiciones y autodeterminación. El documento también reconoce derechos individuales, y colectivos relativos a la educación, la salud y el empleo.

En esta revisión, en varios escritos de los estudiantes, aparecen menciones a todos estos documentos, reglamentaciones, cartas, leyes que promueven los Derechos Indígenas, y también de la mayoría puede rescatarse una visión compartida, un sentimiento, con respecto a la efectivización de esas intenciones escritas; vale

ejemplificar: *“Es triste mencionar que la ley antes indicada - Ley de las instituciones públicas de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas-, está únicamente en papeles, pues el Gobierno actual, no permite que esta ley se ha ejecutado, más bien deslegitimado (por el simple hecho de haber sido aprobada por el Congreso Nacional último que no era de su simpatía). Y sigue: Así podemos concluir que no hay una verdadera interacción entre la inter-cientificidad, interculturalidad y los Derechos Indígenas en la política pública de salud en el Ecuador. Pues no habido un diálogo intercientífico y transcienceífico que apunte a la complementariedad en aspectos claves de la salud, entre las dos culturas predominantes en el Ecuador por un lado la Blanca mestiza...”*<sup>6</sup>

En una estrategia general de lucha, los pueblos han exigido modificaciones de fondo a las Constituciones o Leyes Nacionales, que permitan el ejercicio plena de la autodeterminación a través de gobiernos propios de los pueblos indios y el control de nuestros territorios. Sin embargo, es enorme la brecha aún existente entre los derechos reconocidos en la legislación y el ejercicio efectivo de los mismos. Existe una especie de esquizofrenia entre lo que se define en las leyes y lo que se ejerce a diario; entre el mundo deseado y el mundo real. En el primero se habla de justicia, respeto, inclusión y equidad. En el segundo, en el mundo real, *son cientos de miles los niños y niñas indígenas de nuestra región que se ven obligados a trabajar en condiciones infrahumanas y millones aquellos que aún no tienen acceso a una educación bilingüe de calidad*<sup>7</sup>. Un niño o niña indígena tiene 60 por ciento más de riesgo de morir antes de cumplir su primer año de vida que el resto de la población de ese grupo étnico. Y en esto reconocemos que existió, a nivel de cada país, en las regiones y toda Latinoamérica, ríos de tinta y diques de papeles a favor de los derechos.

<sup>6</sup> Ensayo: “Situación de la Salud Intercultural en el Ecuador” – Maestría de Salud Intercultural, URACCAN. Tutor: Dr. Amilcar Castañeda - Autores: V. Anabel Inuca; R. Mayta Zapata; J. Ilescas. Ecuador, junio de 2008.-

<sup>7</sup> Gladys Acosta Vargas, Representante de UNICEF Argentina. En conferencia en el “Día Internacional de los Pueblos Indígenas” - 09 de agosto de 2008.-



La pregunta surge sola entre las hojas de todos los escritos: *¿si tenemos legislación y reconocimiento de nuestros derechos, qué más nos está haciendo falta para mejorar condiciones de salud, la nutrición, la educación, el saneamiento ambiental, en nuestros pueblos?*

### **Reformas en las Políticas Públicas. Programas y Planes Sociales y de Salud de los Pueblos**

En los documentos analizados de los estudiantes de la **Maestría en Salud Intercultural** emerge también el concepto de salud en los pueblos indígenas. Exteriorizan que la salud supone la protección y la promoción de nuestra cultura como un todo: la lengua, la espiritualidad, la organización, tierra/territorio. Respeto de nuestras plantas alimenticias, medicinales y de ornamento; animales para el consumo y cría con técnicas propias; símbolos, creencias o cultos; artes: pintura, alfarería, cerámica, tejido, tinturas vegetales y animales, diseños; modos de caza, pesca y recolección, cultivos tradicionales, alimentos propios, modos de uso y cocción, viviendas; crianza de los niños, festejos, interpretación de la vida y la muerte. Salud en una cosmovisión, de armonía, equilibrio, de las/os hermanas/os con la naturaleza.

Los escritos muestran distintos procesos en los países y la región, dan cuenta de avances y retrocesos en las políticas públicas elaboradas para la protección de la salud de los pueblos indígenas. En algunos casos con participación efectiva de las comunidades y en otros sin siquiera la cooperación de nuestra gente, herederos de culturas milenarias y portavoces de idiomas únicos, que se mantienen y enriquecen la diversidad cultural.

Existen políticas públicas aprobadas que contienen lineamientos que garantizan la salud para toda la población multiétnica (Nicaragua, 2007/2011). El acuerdo 326/06 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, reglamentario de la Ley 691, en Colombia, retoma

elementos socioculturales en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para los Pueblos Indígenas. El Instituto Nacional de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afro-peruanos (INDEPA) fue creado en 2005, rector de políticas, con autonomía administrativa y presupuestal. El Seguro Universal Materno Infantil, mediante la ley SUMI N° 2426 del 21 de noviembre de 2002, habla que cuando se corresponda, se adecuará y ejecutarán mediante la medicina tradicional Boliviana, donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección. En agosto de 2007, en Ecuador empieza a funcionar la Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas. En la sociedad civil organizada, la existencia de UAFRO, organización de Universitarios Afro-uruguayos, con tres años de vida, tiene como principal línea de trabajo el fortalecimiento, capacitación de profesionales para la gestión política y soporte técnico de las organizaciones que reivindican los derechos de las minorías. En México en el año 2006, se reconoce a la medicina tradicional indígena y se incorporan elementos interculturales para abordar a la Población indígena y a sus médicos tradicionales. Modificaciones al Reglamento interior de la Secretaría de Salud 2004-2005 para proponer el diseño y desarrollo de de nuevos modelos de atención a la salud interculturales. Argentina cuenta con el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, Centros Integradores Comunitarios en cada una de las provincias, que se encuentran en el ámbito administrativo del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación; en el Ministerio de Salud se desarrollan e implementan varios Programas para los Pueblos, siendo los mas relevantes: Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios y Programa ANAHI desde donde se han delineado las acciones de salud en la población indígena.

Estos son solo algunas de las muestras aportadas por los distintos grupos conformados para la elaboración de los ensayos, que intenta identificar que existen Reglamentaciones, Políticas Públicas,

Programas y Planes Sociales y de Salud de los Pueblos en casi todo el continente de la Abya Yala. Asimismo se puede afirmar que todo no está decidido ni efectivizado, ya que aparecen en el horizonte las dificultades, obstáculos que operan como determinantes de los indicadores que revelan las situaciones en desventaja de nuestros pueblos con respecto a otra población:

*“En la actualidad, pese a que en diciembre del 2007 el Congreso de la República revocó esta medida del poder ejecutivo, el gobierno continúa sosteniendo que el INDEPA –aún como entidad autónoma– debe mantenerse adscrita al MIMDES. Como resultado de estas políticas erráticas y regresivas, en la actualidad el INDEPA no está funcionando y el actual gobierno no muestra ninguna voluntad política por reactivar dicha institución, lo que agrava la desprotección de los derechos de los pueblos indígenas del Perú<sup>8</sup>.”*

*“En Bolivia la mortalidad materna neonatal durante el proceso del embarazo, parto y puerperio poco a disminuido, esto se ve que según reportes las mortalidades maternas y neonatales con frecuencia ocurren en el área rural, es decir en los pueblos indígenas, donde el acceso a un servicio de salud es limitado por muchos factores...”*

El grupo de Nicaragua expresa claramente que: *“cabe destacar el no reconocimiento de los practicantes de la Medicina Tradicional, los Sukias, Curaderos, sobadores, Comadronas. A sus prácticas terapéuticas que aplican basadas en su cosmovisión, espiritualidad y el enfoque holístico del proceso salud enfermedad de estos Pueblos”.*

<sup>8</sup> Del original: “Para mayor información ver: Informe sobre la situación de los derechos de los Pueblos Indígenas en el Perú. Presentado en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en el marco de la evaluación periódica universal del Estado Peruano. Elaborado por el Grupo de Trabajo sobre Pueblos Indígenas: Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH), Asociación Paz y Esperanza, Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP), Derecho Ambiente y Recursos Naturales (DAR), Grupo de Trabajo Racimos de Ungurahui, Instituto del Bien Común (IBC), OXFAM América, SERVINDI. Abril 2008”

Hemos podido visualizar en conjunto que existen problemas culturales característicos de las poblaciones indígenas, lo cual contribuye a incrementar las barreras para la utilización de los servicios de salud formales, como la falta de traductores y trabajadores de la salud bilingües; por otra parte, está el rechazo cultural hacia la medicina tradicional en los sistemas de salud públicos.

Hasta este lugar que hemos recorrido, valorada es la visión participada y que en distintas dimensiones compartimos a lo largo y ancho de este territorio común a todos los indígenas que habitamos este suelo. Caminamos bajo este mismo sol, cada uno con su diversidad, con saberes transmitidos por nuestros ancestros y que en esta **Maestría de Salud Intercultural** se comparten y exteriorizan para el crecimiento de nuestras habilidades y desempeño, lo que influirá a favor de nuestras/os hermanas/os en los lugares donde desarrollamos nuestras actividades.

### **El desafío está instalado, algunas propuestas**

*“Los indígenas tenemos un poder, una ciencia: la ciencia de nuestros médicos, que los dominadores no lograron acabar. Ahora que estamos organizados tenemos que volver a estudiar esos conocimientos para fortalecer nuestras luchas y para organizar mejor nuestras comunidades”*

*(Conclusiones V congreso CRIC)<sup>9</sup>.*

En la elaboración de este ensayo nos preguntamos al comienzo ¿se podrían delimitar políticas alternativas más eficientes? Y luego, ¿si tenemos legislación y reconocimiento de nuestros derechos, qué más nos está haciendo falta para mejorar condiciones de salud, la nutrición, la educación, el saneamiento ambiental, en nuestros pueblos?

<sup>9</sup> Extraído del ensayo: “Política en Salud Pública para los Pueblos Indígenas Colombianos” – Maestría de Salud Intercultural, URACCAN. Tutor: Dr. Amilcar Castañeda - Autores: B. Bustamante; C. Montero; V. Tombé - Colombia, junio de 2008.-

Las conclusiones y propuestas de las/os estudiantes son muy enriquecedoras y dan algunas respuestas a estos planteos. Se basan en la experiencia y el trabajo desarrollado en sus comunidades y países. De ellas/os podemos extraer algunas líneas de acción específicas que mejorarían ostensiblemente algunas de las condiciones observadas en nuestros pueblos:

- Es necesario, que el sistema de salud nacional y las instituciones responsables, apliquen el sistema normativo, administrativo y operativo a las necesidades socioculturales, de tal manera que se enmarquen o contribuyan al fortalecimiento del sistema de salud propio, mediante la implementación y desarrollo de los modelos de atención en salud interculturales que deben contemplar características sociales, culturales, económicas, geográficas y políticas de los pueblos indígenas.
- Defender e informar sobre el llamado que la ONU realizó para que los gobiernos de la región asignen los recursos económicos necesarios para la realización plena de los derechos individuales y colectivos de los indígenas. Y siendo el 2008 el año internacional de las lenguas del mundo, también hace un llamado a los medios de comunicación, a las entidades educativas y a la sociedad en general para que se promueva el uso de las lenguas indígenas de la región y para que todos juntos acabemos con la discriminación y el racismo en todas sus formas y en todos los lugares.
- La reducción de la mortalidad materna en las mujeres de los pueblos indígenas requiere de un abordaje integral, como es el desarrollo de programas de alfabetización, educación intercultural bilingüe, dirigido a toda la población principalmente mujeres.
- Reconocer las fortalezas y limitaciones tanto de la medicina occidental como de la medicina indígena. Además de la aplicación de conocimientos y diálogos interculturales para reconocer, fortalecer y respetar las particularidades propias de cada pueblo

indígena y afrodescendiente en sus prácticas médico-tradicionales con la finalidad de no globalizar los servicios de Salud.

- La integración de un área de medicina tradicional dirigida a población indígena y no indígena (que así lo requieran) que permitan conjuntar esfuerzos a favor de los habitantes de la región.
- Establecer el perfil epidemiológico de las enfermedades tradicionales, entre otras, así como análisis de los determinantes de la salud como fuentes vitales de indicadores de seguimiento.
- Fortalecer la articulación de los Sistemas de Información entre los Médicos Tradicionales, Parteras y las diferentes especialidades donde exista un instrumento de información, para que puedan informar las parteras, curanderos y médicos tradicionales y estos incluirlo los Sistema Nacionales de Información o el Instituto Nacional de Estadística.
- Hacer uso de los instrumentos que favorecen a los pueblos indígenas y afro descendientes para la implementación de estrategias para consolidar una atención intercultural y pertinente al contexto social.

La política hacia los trabajadores del sector exige abordar algunas cuestiones sustanciales, sobre todo la formación continuada en Salud Intercultural, dirigida no sólo a la adquisición de conocimientos, *sino específicamente a un proceso de cambio de conductas hacia un nuevo modo de ver la realidad como un entramado cultural y la relación médico-paciente/instituciones, tratándose de población originaria en alguno de los dos roles, como un vínculo intercultural;*<sup>10</sup> el desarrollo y fomento de la investigación, la incentivación y sobre todo la participación, promocionando y facilitando un trabajo transdisciplinario que asegure aprehender todos los saberes en diálogo intercultural, lo que llevará a mejorar la implementación y desarrollo de las políticas públicas en salud.

<sup>10</sup> “Gerónima con sus hijos en el hospital” (M.O.Quispe;1995)

## **Conclusiones, conveniencia de tiempo y lugar**

Sería imposible describir sólo con algunas palabras lo que se puede observar del proceso de Interculturalidad en nuestro continente, ya que las experiencias han sido distintas, los caminos y luchas propios de cada cultura han determinado avances y retrocesos. Es incipiente, está instalado entre nosotros en espacio y tiempo. Es comienzo de éste con relación a la salud de los pueblos, máxime si consideramos la histórica ausencia de información oficial. Reconocemos que es importante no caer en típicas generalizaciones, que serían inapropiadas para la diversidad de culturas y situaciones en que se encuentran los pueblos originarios, sus organizaciones y sus relaciones con los diferentes niveles estatales y fundamentalmente porque las definiciones deben surgir de un proceso de trabajo de este tema que recién comienzan muchas organizaciones y comunidades indígenas, desde cada situación concreta, su visión, experiencia y autodeterminación.

Como profesionales indígenas y no indígenas queremos brindar este aporte y debemos seguir profundizando nuestro trabajo y conocimientos, para evitar el racismo, la discriminación y el círculo perverso de la exclusión histórica de nuestros Pueblos Originarios, apoyando a decisiones que muestren intenciones claras de mejorar condiciones de vida acordes a la cultura, la espiritualidad y los derechos de los pueblos.

Creemos que es primordial, que dirijamos nuestras energías a encontrarnos con nosotros mismos y convencernos que además el mejor

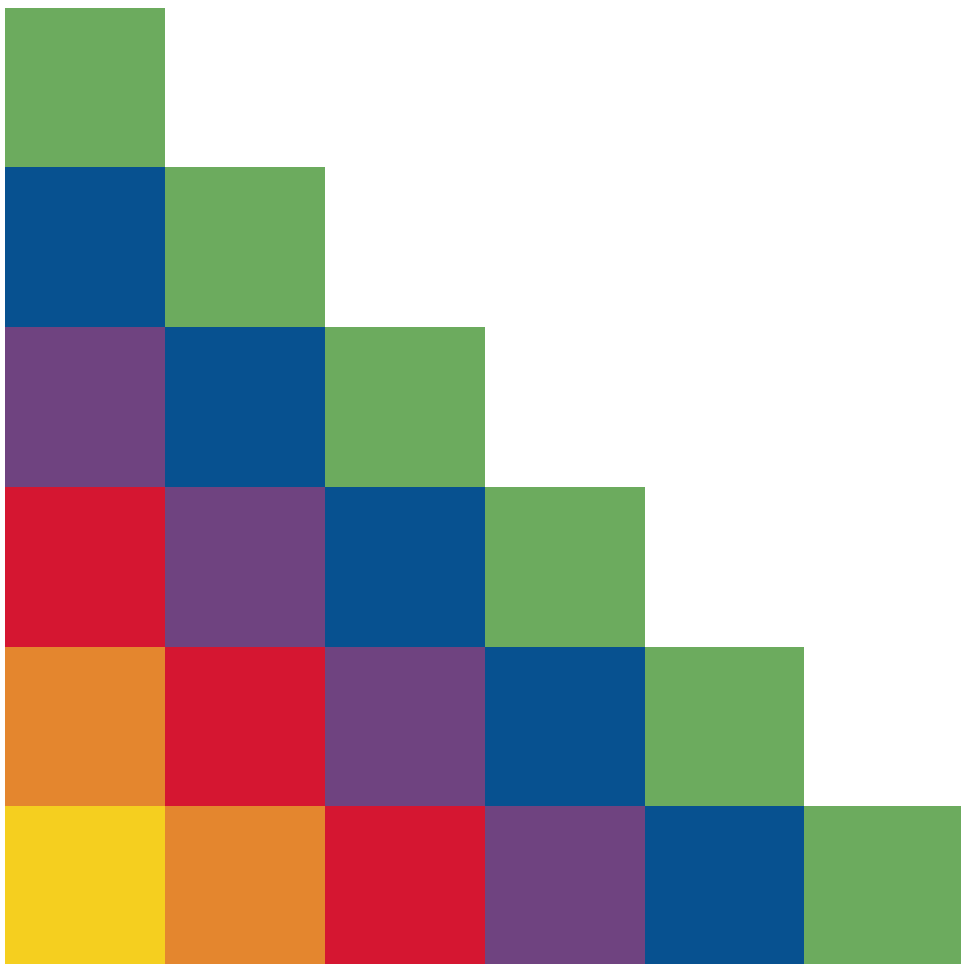
desarrollo al que podemos aspirar, más allá de perseguir y conseguir cualquier indicador convencional, que más de las veces solo sirve para acomplejarnos, será el impulso de una cultura de trabajo compartido y en equipo, capaz de ser coherente con nuestra identidad y realidad. Nuestro primer y desesperado esfuerzo debe ser el de definir, lo que queremos “ser” como equipo que acompañe y ayude a elaborar una política de salud para los pueblos indígenas, piedra fundamental para trazar nuestros planes y proyectarnos hacia un futuro más estable. La gestión de las políticas públicas no puede quedar reducida a un conjunto de técnicas o de recetas, con esto podemos mejorarla, pero lo importante es crear las condiciones y favorecer los espacios donde se elaboren los planes en conjunto.

El trabajo en equipo, la declaración de las metas y objetivos, la planificación de las acciones, fusionadas con una comunicación positiva, acercan más beneficios a los que trabajan y a la población. Esto ha ido apareciendo en todo lo que pudimos recabar, por lo que opinamos que hay que promover e insistir en las organizaciones, la participación del equipo de salud y la comunidad en la toma de decisiones. Por último debemos insistir que se tendría que brindar más atención a situaciones específicas, problemas menos frecuentes o excepcionales, que requieran de una decisión más racional. Identificando la situación, para definir el problema, visualizando sus determinantes, para decidir cuál sería la solución más efectiva. Desarrollar alternativas y elegir la mejor entre las disponibles, para poder implantar la decisión y monitorearla.





# México



## Elementos de interculturalidad en las Políticas Públicas de Salud en México

*María del Cristal Zarrazaga Molina*

*Hilario Ramírez Rojas*

### **Referencia de las Leyes Nacionales o Acuerdos Internacionales que tienen relación intrínseca con el tema de la salud en pueblos indígenas y afrodescendientes**

Con la aparición de políticas Internacionales durante los últimos 30 años se han producido cambios importantes para la Medicina Tradicional de los pueblos indígenas del mundo, en lo que a política se refiere, cabe hacer mención:

La Declaración de Alma-Ata, que fue el núcleo central y la clave de la salud comunitaria y de todos los Servicios de Salud, el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre los derechos de los pueblos indígenas y tribales en países independientes de naciones unidas, menciona en su legislación, a los pueblos interesados que deberán tomarse en consideración sus costumbres o sus derechos consuetudinarios, además en sus art. 24 y 25 referentes a la salud y seguridad social de los Pueblos Indígenas mencionan que deben proporcionárseles los medios necesarios para organizar sus propios servicios de salud deben estar bajo su control y organizados a nivel comunitario en forma coordinada con las demás medidas económicas, sociales y culturales.

Existen otras políticas internacionales como: La Declaración de los derechos Humanos, El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales y muy recientemente el 13 de septiembre de 2007 la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas. Esta Última Asamblea de la ONU es más específica hacia los Pueblos Indígenas, es

importante señalar a lo que a medicina tradicional se refiere los art. 24 y 31 donde se consolida la práctica de la Medicina tradicional y así como su conservación, lo mismo que la herbolaria, animales y minerales, habla sobre protección y preservación del conocimiento y propiedad intelectual.

Bajo este contexto de política, Internacional México ha venido cambiando su actitud hacia los pueblos indígenas desde la ratificación del convenio 169 en junio de 1989, posteriormente en el 2001 se hace la primera reforma al art 2º de la constitución política de los Estados Unidos Mexicanos, en donde se reconoce a México como una nación pluricultural y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a preservar y enriquecer sus lenguas, conocimientos y todos los elementos que constituyan su cultura e identidad, asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud, aprovechando la medicina tradicional. Con ello la constitución mexicana reconoce a la medicina tradicional como un derecho cultural de los pueblos indígenas.

La adecuación de la Ley general de salud que regula la forma de aplicación de los servicios de salud institucionales y de la sociedad civil.

### **Interacción de la intercientificidad, interculturalidad y los derechos indígenas en la política pública de salud**

Derivado de lo anterior se han realizado las siguientes reformas a la ley general de salud de México.

En el 2006, se reconoce a la medicina tradicional indígena y, se incorporan elementos interculturales para abordar a la Población indígena y a sus médicos tradicionales (2)

Modificaciones al Reglamento interior de la Secretaría de Salud 2004-2005 para proponer el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención a la salud interculturales (2).

Incorporación de elementos interculturales en la cedula de acreditación del sistema de protección social en salud para aplicar en unidades que atienden Población Indígena (2)

Incorporación de Lineamientos de trato intercultural para el personal de salud (2).

En el Programa Nacional de Salud 2007-2012 se incluyen los siguientes puntos relacionados con los pueblos indígenas:

Promover políticas interculturales de respeto a la dignidad y derechos humanos de las personas.

Incrementar el conocimiento de las medicinas tradicionales y complementarias y promover su utilización segura de acuerdo a la demanda que de ellas haga la población.

Impulsar una política integral para la atención de la salud de los pueblos indígenas (2).

Descripción del contexto y problemática del país en relación a salud en pueblos indígenas y afrodescendientes.

En nuestro país existen reconocidos 62 pueblos indígenas originarios con sus respectivas lenguas y características culturales, así mismo al interior existen, variantes lingüísticas y culturales, esto hace más compleja la identificación y las cosmovisiones de cada pueblo indígena, sin embargo, lo cierto es que hay diferencias y coincidencias, que pueden ser útiles para hacer propuestas de trabajo.

En nuestro país coexisten diversas y diferentes organizaciones que agrupan a los pueblos indígenas, a diferentes niveles, locales, regionales, estatales, interestatales o nacionales, la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas (CDI), es la única institución del gobierno federal que tiene una representación legítima de los Pueblos Indígenas, a través del “Consejo Consultivo de la CDI”, porque la nombramos como “representación legítima”, porque existe cuando menos un representante de cada uno de los 62 pueblos, elegido por usos y costumbres, cuando así se determino en el pueblo correspondiente, en asamblea comunitaria o de localidades o por representación proporcional de acuerdo al número de hablantes de una lengua, en este sistema el consejo consultivo de la CDI se integra por 140 consejeros de pueblos indígenas, un representante por cada entidad federativa(32), 12 representantes de ONG seleccionadas por un sistema abierto, público, bajo normas y requisitos en igualdad de condiciones; la representación del congreso(7), mediante la comisión de asuntos indígenas del senado y cámara de diputados, 7 representantes de las instituciones de Educación Superior (UNAM, IPN, INALI, Chapingo, UPN). De esta manera el consejo consultivo se conforma por 198 consejeros se organiza mediante 12 mesas de trabajo, siendo una de ellas la mesa de Salud, Nutrición y medicina tradicional.

A través de esta mesa, se pretende incidir sobre las políticas públicas que en materia de salud, se tomen en la Administración Pública Federal, bajo la forma de recomendaciones a la CDI o al sector salud que atiende a los pueblos indígenas.

Las condiciones de salud de salud en la Población indígena todavía presentan un rezago importante a pesar de la implementación de programas de salud y de la extensión de cobertura de los servicios de salud, del resto de la población, existiendo marcadas diferencias en cuanto a las causas de mortalidad general. Mientras que las cinco principales causas en el país corresponden a enfermedades no transmisibles, en la mortalidad indígena dos enfermedades infecciosas



se mantienen dentro de las primeras causas de muerte: las infecciones intestinales y la influenza y neumonía. Sin embargo con la continua migración aparecen otras enfermedades llamadas urbanas como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer, leucemia y de transmisión sexual como el VIH.

El alcoholismo sigue siendo un grave problema social que afecta a las familias indígenas, y ahora también la drogadicción, hace poco estuvimos en un poblado llamado San Sebastián buen Suceso del Estado de Tlaxcala ubicado en la zona centro de la república Mexicana la mayoría de la población es migrante de origen náhuatl el grupo de mujeres con las que nos reunimos decían que los chicos de entre 11 años y mas se drogan por el hecho de que no saben qué hacer, y sus padres no los comprenden y que es un peligro salir ya que se encuentran con chicos drogados que se tornan violentos con los transeúntes, piden un centro de rehabilitación pero a la fecha las autoridades no han hecho caso de su solicitud

Otro problema que a consecuencia de la escasez de servicios permanentes de salud en zonas indígenas, la baja frecuencia de notificación y la baja asistencia a los servicios de salud, existe un marcado sub registro en la información. Además, los sistemas institucionales de información, no distinguen si el usuario del servicio es indígena o no. Por ello, no es posible identificar específicamente los daños a la salud que ocurren en esta población.

Las estadísticas revelan sólo las causas de enfermedad diagnosticada, pero no capturan el sentir indígena sobre las causas que afectan el equilibrio de salud-enfermedad, ni tampoco los eventos atendidos al margen de los sistemas institucionales de salud. Es necesario avanzar en la construcción de una auténtica epidemiología socio-cultural (a través de estudios locales) que incluya tanto a las enfermedades acopiadas por el sistema de salud como a las llamadas “tradicionales”.

Entre las cinco principales causas de demanda de atención de la medicina tradicional reportadas por el IMSS-Solidaridad y por los médicos tradicionales de los hospitales integrales, se encuentran el mal de ojo, el empacho, el susto o espanto, la caída de mollera y la disentería; nosologías tradicionales que pueden relacionarse a enfermedades infecciosas del aparato digestivo y respiratorio.

## Conclusión

Derivado de las Políticas Internacionales hoy en día, en México la medicina tradicional, es una política del gobierno federal, el sector salud ha venido cambiando sus actitud hacia la medicina tradicional, lo cual permite a éstos mayor margen de libertad en sus prácticas como recurso humano para la atención a la salud de los pueblos indígenas y el hecho es de que se han implementado modelos de atención a la salud mixtos (alópata y tradicional) para dar un mejor servicio y con la incorporación de los decretos y reformas a la ley general de salud que propone la dirección de Medicina Tradicional de la Secretaria de salud se podrá lograr una mayor comunicación y mejor la atención a salud hacia los Pueblos Indígenas de México .

## Propuestas

### Generales

1. Consulta a los pueblos originarios sobre los beneficios de la medicina indígena tradicional y la salud intercultural; no solo como pregunta sino mediante un taller, en el cual el sujeto de su opinión libre de manera consciente e informada. Mínimo un taller por pueblo indígena representado en el consejo consultivo
2. Dialogo intercultural de salud, con pleno respeto de los conceptos y practicantes de la medicina indígena tradicional y la medicina occidental, en un diálogo de pares

- dentro de Hospitales Mixtos, en igualdad de condiciones. (Infraestructura, recursos humanos materiales y económicos, ley, normas etc.).
3. Definir una política pública para institucionalizar la salud intercultural, en los sistemas educativos, aulas Universitarias, en los sistemas de salud (Hospitales, Unidades de Salud, en comunidades indígenas, etc.), con los practicantes de la medicina tradicional indígena.
  4. Soporte de un marco jurídico, en las reformas constitucionales (Constitución Política de los EE UU de México, Constitución de los estados), leyes reglamentarias (Ley General de Salud, ley general de profesiones, etc.), leyes secundarias (ley de autor, ley de patentes, etc.), en concordancia con una salud intercultural, corresponsable del estado y la sociedad.
  5. Capacitación a personal de los sistemas de salud institucional, sobre la medicina indígena tradicional, como una alternativa viable de salud a la sociedad en general.
  6. Capacitación y certificación a los practicantes de la medicina indígena tradicional, conforme a las leyes del ejercicio de la salud intercultural.
  7. Investigación de la medicina indígena tradicional y conformar la Salud intercultural con respeto a los conocimientos y saberes de los practicantes de la medicina indígena tradicional.
- conjuntar esfuerzos a favor de los habitantes de la región
3. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los Pueblos indígenas servicios de salud adecuados, o proporcionar los medios para que estos se organicen y prestar servicio bajo su responsabilidad y control a fin de que puedan gozar de una atención en salud apropiada como la creación de hospitales mixtos en donde alterne tanto la medicina tradicional como la académica.
  4. La biomedicina no concibe al paciente como alguien perteneciente a una sociedad y a una cultura, ante una medicina rígida conceptualmente que reduce al cuerpo humano a órganos y sistemas y los conocimientos que proponen esto ámbitos les resulta enigmáticos, aquí es muy importante la intervención de la antropología médica y otras ciencias, que abordan al paciente desde el punto de vista de su cosmovisión por lo que se debe de introducir este aprendizaje como una necesidad en el trabajo de la salud.
  5. Las instituciones de salud, mediante la participación comunitaria, deberán administrarse y cooperarse tomando en cuenta sus condiciones económicas geográficas, sociales y culturales así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales
  6. los servicios de salud deberán de dar preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y mantener el mismo vínculo con los demás niveles de asistencia sanitaria, con la intervención de personal comunitario dentro de los hospitales la comunicación debe de fluir ya que al haber un traductor que hable la misma lengua el entendimiento entre médico y el paciente será viable
  7. Los horarios de los hospitales se adaptan a los ritmos y tiempos de los Indígenas de la región.

### **Propuestas para el fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas propios, a nivel local y regional**

1. La ampliación de cobertura de los servicios de salud de la medicina occidental sensible (intercultural) a la atención de la población indígena, académica
2. La integración de un área de medicina tradicional dirigida a población indígena y no indígena (que así lo requieran) que permitan

8. Alimentación regional sea ineludible, con las restricciones dietéticas en casos particulares
9. La participación de la comunidad sea completa para que tengan poder resolutivo aspectos: organizativos, administrativos, y financieros del hospital
10. La elaboración de estos proyectos arquitectónicos (hospital) debe de ser de acuerdo a la cosmovisión de cada Pueblo lo mismo que los albergues para familiares de los hospitalizados, los muebles y construcciones regionales.
11. Los médicos tradicionales participan dentro de las actividades hospitalarias mediante la siguiente sugerencia,

Adecuación de un espacio para la realización de sus consultas, con características de acuerdo a la cosmovisión del médico tradicional, por especialidad por ejemplo en el caso de las parteras colocación de su forma de atención, de pie, en cuclillas, altar, etc.

Formación de herbarios secos para la identificación de las plantas medicinales así como para su uso y conservación.

Talleres de preparación de medicamentos, para la realización de jarabes, pomadas, jarabes etc. Así como el trámite legal de estos productos con la finalidad de proteger el conocimiento

Registro de la morbilidad de la medicina tradicional, y crear un sistema de referencia y contra referencia, para dar continuidad a los tratamientos hasta su recuperación

Creación de huertos medicinales para la conservación de las plantas medicinales de la región y al mismo tiempo intercambiar con otras regiones el uso de otras plantas medicinales.

Apoyo económico para el servicio del médico tradicional ya que si los médicos del sector salud perciben un sueldo ellos también deben de tener este incentivo.

Con el procesamiento de la medicina herbolaria creación de botiquines comunitarios, ya que este medicamento esta alcance de todos.

Evaluación continua para el monitoreo del servicio de atención.

La medicina intercultural debe de ser construida sin exclusiones ya que es una necesidad para mejorar la atención en salud de los pueblos indígenas y la medicina tradicional debe de iniciar su proceso de regularización acompañada por un proceso de reconocimiento legal que permita su protección difusión y fortalecimiento

### Metas

Realizar un taller para definir los conceptos de salud intercultural, con los pueblos indígenas Totonaco y Náhuatl, en la sierra norte de Puebla.

Realizar seminario de sensibilización a un grupo de servidores públicos de diferentes instituciones en conceptos de interculturalidad.

### Mejoramiento de la calidad, cobertura y pertinencia sociocultural de los servicios públicos de salud para pueblos indígenas

Para mejorar las condiciones y la atención en salud de la población indígena se propone primeramente un servicio acorde a las características culturales y necesidades de cada pueblo indígena, por lo que se deben de modificar las estrategias y estas deben de considerar desde los aspectos económicos, sociales, culturales, lengua, biológicos, género, psicológicas hasta las formas de organización política.

Es importante señalar como estrategia mediata, es la inclusión de traductores en los hospitales ubicados en donde existe población indígena

así como los que atienden alta especialidad, (3er nivel ) ya que la lengua juega un papel importante de comunicación intercultural ante las instituciones de salud, en varias ocasiones llegan pacientes y familiares, que se les dificulta la comunicación en estos hospitales dando diagnósticos y tratamientos no entendibles que traen como consecuencia una atención de mala calidad y muestran resistencia, la empatía y desconfianza resultado de experiencias negativas y discriminatorias, la relación medico paciente hay una barrera de comunicación.

El proceso de salud enfermedad desde la cosmovisión indígena tiene un enfrentamiento con los conceptos científicos de la medicina alópata que genera una relación de complementariedad y conflicto, por lo que se propone como estrategia de solución, la adecuación del currículo académico del área de la salud, en las universidades con la finalidad de modificar la percepción, los valores y las practicas de los equipos de salud en una situación de multiculturalidad, la formación del personal de salud con aspectos interculturales dará como resultado el respeto y un trato digno con equidad hacia la población indígena

## Bibliografía

Aguirre Beltrán Gonzalo. (1994). *“Los programas de Salud en la Situación Intercultural INI-Fondo de la Cultura Económica,* México.

Bonfil Batalla, Guillermo. (1989). *“México Profundo una civilización negada”* México: SEP\_CIESAS

Campos Navarro, Roberto. (2003). *“Que es la interculturalidad en salud”* recopilación de documentos para taller de sensibilización.

Notas de los maestrantes.





# **GUATEMALA**



# Necesidad de implementación de una Propuesta de Política Pública de Salud Intercultural en Guatemala

*Clara Noelia Cumes Salazar*

*Juan Chojj Mux*

## Introducción

En las últimas décadas, interculturalidad en salud o salud intercultural, han sido conceptos indistintamente utilizados para designar al conjunto de acciones y políticas que tienden a conocer e incorporar la cultura del usuario en el proceso de atención de salud.

La necesidad de desarrollar procesos interculturales en salud se ha generado en diversos países latinoamericanos por diversas razones, sean estas históricas, sociopolíticas y/o epidemiológicas, las cuales han motivado iniciativas tendientes a evitar que la identidad étnica y cultural del usuario constituya una barrera en el acceso y oportunidad a una mejor atención de salud.

Y precisamente en el reconocimiento y respeto a la diversidad étnica es que se enmarca la emergencia del movimiento político de los pueblos indígenas de nuestra América, donde la interculturalidad (primero en el campo educativo, y luego en el de la salud) tiene su actual contexto.

El camino de la interculturalidad es una estrategia que facilitará esta transformación de los pueblos indígenas en sujetos (y no puramente objetos) de derechos y obligaciones. La interculturalidad en el terreno de la salud, supone un avance cualitativo en la oferta de servicios de salud que el Estado debe proporcionar a los pueblos originarios.

## Diversidad cultural guatemalteca

La sociedad guatemalteca, está constituida por cuatro pueblos: Maya, Xinca, Garífuna, y Mestiza. El pueblo indígena de origen maya constituye el 60% de la población total del país. Esta diversidad, contribuye a la existencia de complejos modos de entendimiento sobre la vida y la muerte que rigen la vida de los pueblos. Esos modos de entendimiento inciden en la regulación de las relaciones sociales y familiares, las costumbres acerca de la salud /enfermedad, los códigos de valores, la definición de lo público, comunitario y lo privado. En el campo de la salud, una de las expresiones culturales y relaciones sociales es el modelo de atención de la salud que conlleva arraigo y sustentación comunitaria que se puede reconocer como medicina indígena maya o medicina tradicional. El modelo reconoce la etiología de la enfermedad que posee origen físico, mental, social y espiritual del humano.<sup>11</sup>

La situación de salud de nuestro país, es un reflejo de que las políticas consideradas hasta hoy día no son del todo funcionales porque no se adecuan a las características especiales de los diferentes pueblos. Y los servidores públicos esperan que la sociedad civil participe proponiendo alternativas que puedan dar mejores opciones para darle respuesta a los problemas de salud que presentan. Las características diversas de la población exigen que la atención sea adecuada a esas diferencias y que respondan a una forma y pertinente.

<sup>11</sup> Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala. Asociación de Servicios comunitarios de salud.- ASECSA-

En este sentido, Carlos Lix integrante del Movimiento Ciudadano por la Salud destaca que las cuestiones culturales y lingüísticas no se consideran a la hora de definir las políticas de salud. Mucha gente no habla castellano y no puede comunicarse bien con un médico, y estos tampoco pueden abordar el caso correctamente; por lo que si alguien no puede explicar bien lo que le pasa y no le entienden, no irá a los centros de salud afirma Lix. Agrega que es fundamental que el personal de salud entienda la visión cultural de la gente a la que va a atender. El Sistema Nacional de Salud no tiene en cuenta lo suficiente la barrera lingüística y cultural<sup>12</sup>.

### **Leyes nacionales o acuerdos internacionales relacionados con la salud en pueblos indígenas y afrodescendientes**

**Art. 93 derecho a la salud:** El goce de la salud es un derecho fundamental del ser humano sin discriminación alguna<sup>13</sup>.

Satisfacción necesaria de las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidez, calidad, y con enfoque intercultural y de género en los diferentes niveles de atención<sup>14</sup>.

**Artículo 18: Modelos de atención integral en salud:** El Ministerio de Salud debe definir un modelo de atención en salud que promuevan la participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad organizada que priorice las acciones de promoción, prevención de la salud, garantizando la atención integral en salud, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad del sistema, tomando en cuenta el

contexto nacional, multiétnico, pluricultural y multilingüe<sup>15</sup>

**Artículo 161. Sistemas alternativos:** El Estado a través del Sector incorporará, regulará y fortalecerá los sistemas alternativos, como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, medidas terapéuticas y otras para la atención de la salud, estableciendo mecanismos para su autorización, evaluación y control.<sup>16</sup>

**Ciencia y tecnología:** se reconoce la existencia y el valor de los conocimientos científicos y tecnológicos mayas, así como también los conocimientos de los demás pueblos indígenas, este legado debe ser recuperado, desarrollado y divulgado.

El gobierno se compromete a promover su estudio y difusión y a facilitar la puesta en práctica de estos conocimientos. También se insta a las universidades, centros académicos, medios de comunicación, organismos no gubernamentales y de la cooperación internacional a reconocer y divulgar los aportes científicos y técnicos de los pueblos indígenas.

Por otra parte, el gobierno posibilitará en acceso a los conocimientos contemporáneos a los pueblos indígenas e intercambiará los intercambios científicos y técnicos<sup>17</sup>

**Medicina indígena y tradicional:** valorándose la importancia de la medicina indígena y tradicional, se promoverá su estudio y se rescatarán sus concepciones métodos y prácticas<sup>18</sup>

**Artículo 241:** Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la

<sup>12</sup> Gema Palencia, Entrevista a Carlos Lix, Edición de Prensa Libre, 13 de julio de 2008. Falta de personal Bilingüe pone en peligro a pacientes, Idioma dificulta atención sanitaria a maya hablantes

<sup>13</sup> Constitución política de la República de Guatemala.

<sup>14</sup> Lineamientos básicos y políticas de salud 2004-2008 Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Pág 6

<sup>15</sup> Código de salud. Decreto 90-97 organismo legislativo Congreso de la República de Guatemala

<sup>16</sup> Código de salud. Decreto 90-97 organismo legislativo Congreso de la República de Guatemala

<sup>17</sup> Acuerdos de Paz. Acuerdo sobre identidad y derechos de los Pueblos Indígenas. Pg 85

<sup>18</sup> Acuerdos de Paz. Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. Pg.118



conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.

Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

**Artículo 38:** Los Estados, en consulta y cooperación con los pueblos indígenas, adoptarán las medidas apropiadas, incluidas medidas legislativas, para alcanzar los fines de la presente Declaración.<sup>19</sup>

**Artículo 25:** Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales<sup>20</sup>.

### **Interacción de la interculturalidad, interculturalidad y los derechos indígenas en la política pública de salud.**

Las dimensiones de diálogo y relación de los procesos de decisión deben partir de la democracia para poder incidir en la política pública de salud, como parte de los derechos humanos. Para que se pueda dar esa interacción entre la interculturalidad e interculturalidad es importante que los Estados conozcan los intereses, visiones y las expectativas que comparten los diferentes pueblos y ese reconocimiento y aceptación de las diferencias, y la búsqueda de estrategias para el ejercicio del derecho que poseen los pueblos

debe prevalecer para que las políticas de salud respondan a sus necesidades; es una de las pautas para lograr esa interacción. El conocimiento y la valoración hacia sus formas de diagnosticar, comprender el fenómeno de la enfermedad, la gama de terapias y su cosmovisión para poder interactuar a partir de su lógica, sustenta su prevalencia y aplicación.

Los derechos de los pueblos indígenas y afro descendientes constituyen un instrumento para la apertura e interacción pero el problema es que no ha habido voluntad política para considerarlos como tal.

Nuestro punto de vista es que, para que se pueda consolidar la interculturalidad debe propiciarse primero la interculturalidad; pues los derechos universales en sí mismos son inherentes a las personas; y el diálogo entre las diversas etnias y estratos sociales de la sociedad, así como la democracia de un país, pueden coadyuvar para que se apliquen políticas públicas, adecuadas a las diferencias.

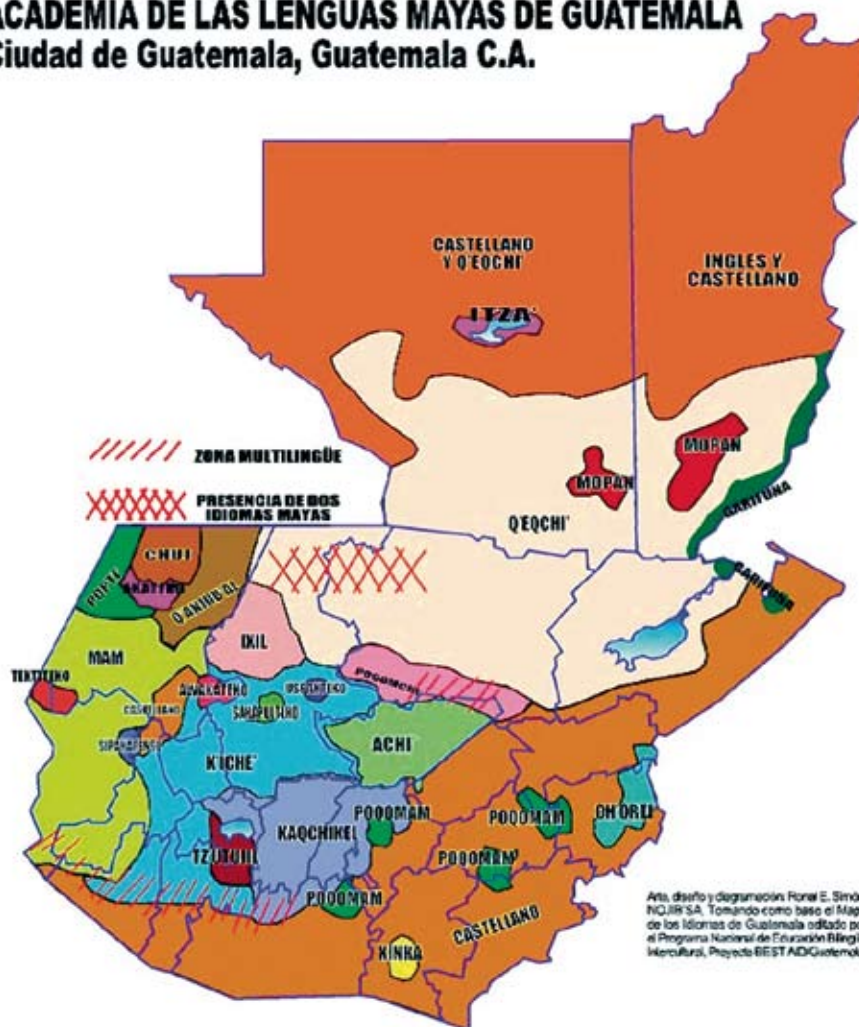
### **Contexto sociocultural de Guatemala**

Guatemala está conformado por cuatro diferentes pueblos: Maya, Garífuna, Xinca y Ladina, en su mayoría 60% de ascendencia maya. El Estado reconoce que es una sociedad multiétnica, multilingüe y pluricultural, manifestado con la presencia de estos cuatro pueblos. El perfil epidemiológico de morbilidad es representativo de las condiciones de pobreza que aún prevalece. De acuerdo a la cobertura, los servicios de salud se mantiene superior al 50%, el sector público de salud con el proceso de extensión de cobertura se cubre arriba del 60%, y el privado el 12.5%. La situación de salud en nuestro país afecta más a los indígenas. ¿Pero a qué se debe?, es multicausal, entre ellas se menciona la ineficiencia del sistema de salud pública, limitada asignación de recursos humanos y financieros y falta de estrategias de acción culturalmente definidas.

<sup>19</sup> Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas. Resolución aprobada por la Asamblea General, 13 de septiembre de 2007

<sup>20</sup> Convenio No. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. En países independientes.

**K'ULB'IL YOL TWITZ PAXIL**  
**ACADEMIA DE LAS LENGUAS MAYAS DE GUATEMALA**  
Ciudad de Guatemala, Guatemala C.A.



En el artículo Salud Pública centroamericana con avances, pero aún lejos de tener un rostro indígena, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), concluye que, a pesar de las reformas de salud encaminadas a lograr la equidad, la eficiencia y la calidad de la atención, persisten tres tipos de problemas respecto a los pueblos indígenas. Primero, condiciones de salud más deterioradas que la población no indígena como consecuencia de enfermedades asociadas a la exclusión, la pobreza y el subdesarrollo (desnutrición, tuberculosis, diarrea y neumonía entre otras). Segundo, persiste la inequidad en el acceso a los servicios, lo que provoca una sobre mortalidad, especialmente en niños menores de cinco años y en mujeres embarazadas. Y tercero, existe

poca oferta específica de servicios para estos pueblos, pues se continúan realizando programas concebidos para un estado monocultural<sup>21</sup>.

De los países latinoamericanos Guatemala es uno de los que cuenta con los peores indicadores sociales de la región y es el país del istmo centroamericano donde vive el 73.9 por ciento de los ciudadanos indígenas, país en el cual el acceso a servicios de salud pertinentes continúa siendo limitado, como resultado de la falta de financiamiento y al escasa voluntad política para su implementación. La salud enfrenta obstáculos y no logra alcanzar sus metas. Es similar a la mayoría de los países porque el sistema de salud posee una estructura que parte del modelo

<sup>21</sup> El Periódico martes 18 de marzo del 2008.

hegemonico, la epidemiología no incorpora procesos socioculturales.

Prestar los servicios con pertinencia es esencial por los matices de expresión cultural que presenta nuestro país y es un llamado que provienen de los mismos pueblos indígenas y afro descendientes en declaraciones como convenio 169 de la OIT de los pueblos indígenas, la iniciativa SAPIA, los Acuerdos de Paz y ahora la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas suscritas el 13 de septiembre del 2007.

Para un país como Guatemala, la atención de la salud, debe tomar en consideración tanto a las personas como a la comunidad, verlas como co-actores de su salud y desarrollo. La pertinencia intercultural es una forma de mutuo reconocimiento, respeto y un mecanismo también para facilitar la accesibilidad y utilización de los diferentes servicios de salud y mejorar la calidad de la atención<sup>22</sup>.

Finalmente, no podemos dejar de mencionar que los indicadores que reflejan la situación de salud de la población, en nuestro país no están del todo diferenciados de acuerdo a grupos étnicos, esto limita de cierta manera el impulso de programas y proyectos diferenciales y uniformiza la situación de salud del país por lo tanto es otra causal que se suma a la poca cobertura que los servicios estatal alcanzan.

Todo lo anterior pone en evidencia la necesidad de impulsar o readecuar las políticas de salud pública para que ésta responda a los derechos de los pueblos indígenas, lo que hará no sólo más efectiva e incluyente, sino un instrumento de justicia social para el fortalecimiento de la democracia y la estabilidad política y social del país.

## **Análisis:**

A pesar de la existencia de instrumentos, convenios internacionales, acuerdos, relacionados a la inclusión de todos los actores de la sociedad Guatemalteca en la implementación de políticas de salud adecuadas a las características multiculturales, multiétnicas y multilingües de nuestro país. Hasta la fecha, la medicina tradicional no ha sido incorporada en los servicios de salud estatal para articular con el sistema oficial, aunque es de reconocer que existen algunos proyectos aislados en ciertas zonas del país. Esta situación justifica la necesidad planteada para incentivar a la sociedad civil a promover políticas públicas en salud intercultural y evaluar en el largo plazo sus resultados. Consideramos que puede ser una alternativa como medio efectivo para contribuir a disminuir la brecha de exclusión de los pueblos indígenas en la sociedad en general y en el sistema de salud en particular y sobre todo para promover el respeto, valoración e interacción de las prácticas de los diferentes pueblos y culturas indígenas, y ampliar cobertura de salud en todos los niveles formales, como medio de lograr condiciones más equitativas e igualitarias entre los pueblos, para contribuir al respeto, promoción de la dignidad del ser humano, el reconocimiento de la identidad cultural, el alcance del bien común.

## **Conclusiones:**

- La falta de políticas públicas en materia de salud intercultural para un país especial por su contexto social y cultural trae consigo la necesidad imperiosa de proponer políticas desde la sociedad civil que permita la aplicación de sistemas congruentes con su población
- Contamos con instrumentos acuerdos, convenios y declaraciones que nos deben respaldar para poner en marcha iniciativas que contribuyan a mejorar las condiciones de salud y vida de los pueblos indígenas de Guatemala.

<sup>22</sup> Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente. Bases y lineamientos. INS.

- Existen movimientos de los pueblos originarios y afro descendientes que luchan por el reconocimiento y el respeto a sus prácticas a conocimientos sobre el proceso salud enfermedad desde su cosmovisión.
- Es necesario el dialogo para el intercambio de conocimientos y saberes desde los distintos enfoques de abordaje de la salud y la enfermedad para propiciar su reconocimiento.

### **Propuestas:**

- Promover políticas públicas en materia de salud de acuerdo a los intereses de la sociedad civil en el mediano plazo.
- Promover la sistematización de los conocimientos ancestrales en el campo de la salud y medicina tradicional.
- Dar a conocer e implementar modelos de atención a la salud con pertinencia cultural en zonas de mayoría indígena.
- Definición e implementación de políticas y programas de salud intercultural con calidad y cobertura, respetando los conocimientos y prácticas de la medicina ancestral y con un presupuesto adecuado
- Desarrollo de programas con pertinencia cultural para disminuir la alta incidencia de mortalidad infantil y materna.
- Asimismo, es necesario el reconocimiento de los terapeutas tradicionales, sin embargo, este reconocimiento debe basarse en el respeto y en la validación de la medicina tradicional.

### **Propuestas para el fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas propios.**

Hacer uso de los instrumentos que favorecen a los pueblos indígenas y afro descendientes para la implementación de estrategias para consolidar una atención intercultural y pertinente al contexto social de Guatemala.

Proponer a la entidad rectora de Salud la incorporación de servicios de salud intercultural haciendo uso de la infraestructura estatal especialmente en las comunidades multiculturales.

Investigar y profundizar sobre los saberes ancestrales en temas de salud.

Reconocimiento contundente de la medicina tradicional con la esencia de su cosmovisión, como uno de los aspectos relevantes y fundamentales de nuestro patrimonio cultural.

Un registro cultural epidemiológico de la medicina tradicional y los terapeutas indígenas y afro descendientes.

Que se organice congresos, foros científicos donde se debatan temas de salud, que permitan enriquecer los saberes de la medicina tradicional, con el propósito de brindar una mejor respuesta a las demandas de los pueblos.

Promoción de investigaciones científicas sobre la clasificación de las diferentes plantas medicinales.

Incluir en el plan curricular de las universidades formadoras de personal de salud temas sobre medicina tradicional y la interculturalidad para promover el respeto a los pueblos indígenas y afro descendientes.

Analizar el sistema de información por estratos para evidenciar las diferencias de la situación de salud de los pueblos indígenas, como base de la implementación de un sistema de salud oficial basado en la medicina tradicional, buscando construir un sistema que responda de la mejor manera a las necesidades de las personas.

Desarrollar programas de educación en salud para los pueblos indígenas y afro descendientes como un derecho del cuidado de su salud.

Reconocimiento de las y los terapéuticas por el Ministerio de Salud, previa acreditación de su comunidad.

Asignar financiamiento para el desarrollo de investigaciones para la generación de evidencias que respalda del desarrollo de la medicina tradicional.

Reconocimiento de la diversidad cultural y aplicación por las instituciones del estado en la aplicación.

Reconocimiento con pagos por el Ministerio de Salud a los Agentes Comunitarios de Salud, por su trabajo en las comunidades.

## Bibliografía

Agenda Iberoamericana a favor del cumplimiento de los derechos de la niñez y adolescencia indígenas. Madrid, 8 de julio de 2005.

Informe Nacional de Desarrollo Humano. (2005). *Diversidad étnico cultural, la ciudadanía es un Estado Plural*. Guatemala.

Instancia Nacional de Salud. (2002). *Hacia un primer nivel de atención en salud incluyente*. Bases y lineamientos, Medicus mundi, Gobierno de Navarra Primera edición.

María Manuela García Pú y Karin Eder. (2003). *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala*. ASECSA. Guatemala.

Rojas, Rocío. (2004). *Políticas de Salud y Pueblos Indígenas*. El enfoque intercultural como estrategia para el logro de la equidad. Organización Panamericana de la Salud. THS/OS. Colombia.



# NICARAGUA



# Tejiendo la interculturalidad en las Políticas Públicas en Salud: Pueblos indígenas y Afrodescendientes de Nicaragua

*Anny Marley*

*María José Mendoza Galán*

*Loyda Stamp*

## Introducción

En 1946, las Naciones Unidas pronunciaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos afirmando que el goce del más alto bienestar en salud es un derecho fundamental. En este sentido, los pueblos indígenas, al igual que todos los seres humanos, tienen derecho a la salud sin ningún tipo de restricción. Deben ser tratados bajo condiciones equitativas sin discriminación tal como lo reafirma la constitución de la República de Nicaragua. Sin embargo, en cuanto a los usuarios indígenas que acuden al sistema de salud existe una forma diferenciada de atención y brechas de desigualdades marcadas y con círculos de pobreza y extrema pobreza perpetuada.

De manera global, el presente ensayo pretende aportar al estudio de políticas públicas en salud y la definición de elementos esenciales que posibiliten el alcance del derecho a la salud en los pueblos indígenas y comunidades étnicas de Nicaragua. Primeramente, se examinarán los acuerdos internacionales y las leyes nacionales que están relacionados a la salud en los pueblos indígenas y afro descendientes. En segundo lugar, se trata de poner en su contexto la situación emblemática de la salud de los pueblos indígenas y afro descendientes, entrando brevemente en el mundo de la cosmovisión, espiritualidad y el vivir diario con la medicina tradicional. En tercer lugar, se identificará, en las políticas de salud, el ámbito de viabilidad del respeto de los derechos de los pueblos indígenas. Por último, el presente

ensayo establecerá estrategias que adecuen la política pública en salud.

## Acuerdos internacionales y leyes nacionales en relación intrínseca a la salud de los pueblos indígenas y afro descendientes

En 1946, se estableció como principio fundamental internacional, que el goce del más alto bienestar a la salud no es sólo un estado sino uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. La Declaración Internacional de Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales establecen que la salud es un derecho humano fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos.

Un principio universal de todos los países del mundo es velar por el bienestar, seguridad, igualdad, desarrollo, economía e integridad de la humanidad con fundamento en los diferentes tratados y convenciones internacionales a los cuales están adheridos los estados que los ratificaron. De igual manera, se toman en cuenta las declaraciones de las Naciones Unidas y organismos internacionales que velan por el cumplimiento de los derechos humanos para buscar un equilibrio social en el mundo.

Tal como se plantea en el Convenio 169 de la OIT y aunque en Nicaragua no sea suscriptor, se contempla este derecho a la salud en su Arto.25 y 30

respectivamente. Muchos de sus artículos forman parte de algunas leyes en nuestro País.

Por consiguiente, los pueblos indígenas tienen derecho a la salud sin ningún tipo de restricción y deben ser tratados bajo condiciones equitativas, sin discriminación por su origen, raza o sexo tal como lo establecen los principios fundamentales de los derechos humanos y tal como lo enuncia la constitución de Nicaragua. Sin embargo, en cuanto a los usuarios indígenas que acuden al sistema de salud existe un trato diferenciado, que en el caso de la Costa Caribe se genera a partir de la Ley de Autonomía así como en la ley de lenguas.

El *Artículo 59* de la Constitución Política de Nicaragua establece que 'los nicaragüenses tienen derecho por igual a la salud y el estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación'.

Además, el *Artículo 105* confirma que:

*Es la obligación del Estado, promover, facilitar y regular la prestación de los servicios públicos básicos de energía, comunicación, agua.....*

*Los servicios de educación, salud y seguridad social, son deberes indeclinables del Estado, que está obligado a prestarlos sin exclusiones, a mejorarlos y ampliarlos. Las instalaciones e infraestructuras de dichos servicios propiedad del Estado, no pueden ser enajenadas bajo ninguna modalidad.*

*Se garantiza la gratuidad de la salud para los sectores vulnerables de la población priorizando el cumplimiento de los programas materno infantil. Los servicios estatales de salud y educación deberán ser ampliados y fortalecidos. Se garantiza el derecho de establecer servicios privados en las áreas de salud y educación.*

Así mismo la Constitución, en su arto. 18o, establece que... el Estado organizará por medio de una ley, el régimen de autonomía para los pueblos indígenas y comunidades étnicas que viven en las Regiones Autónomas...

Este Derecho se encuentra en la Ley 28, Ley de Autonomía de las Regiones Autónomas y su reglamento, donde se establece entre las atribuciones de los Gobiernos Regionales Autónomos, administrar la salud de acuerdo a la realidad y necesidad de los pueblos indígenas y comunidades étnicas que viven en sus regiones. También que la administración de la salud debe ser descentralizada.

Partiendo de ese derecho constitucional se han desarrollado políticas sectoriales, otras leyes, reglamentos y estrategias que son vinculantes con el sector salud y ponen en práctica el ejercicio de ese derecho:

1. El código de la niñez y la adolescencia;
2. Disposiciones para el control de la contaminación provenientes de las aguas residuales, domésticas, industriales y agropecuarias;
3. Ley de la Procuraduría para la Defensa de los Derechos Humanos;
4. La ley general del medio ambiente y los recursos naturales;
5. La ley de normalización técnica y calidad y su reglamento;
6. Ley de municipios, su reglamento y reformas;
7. Normas de éticas del servidor público del poder ejecutivo;
8. Ley de organización del Consejo Nacional de Atención y Protección Integral a la Niñez y la Adolescencia y la Defensoría de las Niñas, los Niños y Adolescentes;
9. La ley de regulación de la jurisdicción de lo contencioso administrativo;
10. Ley de títulos profesionales;



11. Ley de incorporación de profesionales de Nicaragua;
12. Estatuto de la Autonomía de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua;
13. Ley de protección para las obtenciones vegetales y su reglamento.

El MINSA es, por disposición jurídica, (según la ley del Poder Ejecutivo Arto. 26), la institución “rectora del sector salud”, que tiene bajo su responsabilidad el cuidado de aspectos esenciales de la salud pública de la población y de la atención individual a las personas, que así lo soliciten.

Corresponde al Ministerio de Salud, como ente rector del sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, y en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales. (Arto. 4, ley no. 423)

En el Estado nicaragüense, se observa la existencia de un conjunto de leyes, que directa o indirectamente se relaciona con la salud de las personas y el papel que el Estado y la sociedad civil deberían desempeñar en la promoción, preservación, cuidado y recuperación de la misma. El objetivo primario de este marco regulatorio es garantizar la tutela jurídica del derecho a la salud y un conjunto de derechos adyacentes con aquel derecho. Es decir, las leyes en materia de salud, están orientadas a “tutelar el derecho de las personas a disfrutar, conservar y recuperar su salud”.

Cabe mencionar que actualmente, se encuentra en el pleno de la Asamblea Nacional el anteproyecto de Ley de Medicina Tradicional y Terapias Complementarias y la Ley General de Pueblos Indígenas para los pueblos indígenas de las regiones Pacífico Centro Norte de Nicaragua.

### **Descripción del contexto y problemática del país en relación a salud en pueblos indígenas y afro descendientes.**

Nicaragua, cuenta con una población multiétnica y pluricultural de 5, 142,098 habitantes<sup>23</sup>. El 15 % de esta población pertenece a los pueblos indígenas (Chorotegas, Cacaoperas, Xiu, Nahoas, Ramas, Miskitus y Mayangnas) o comunidad étnica (Garifuna y Kriol), con alta tendencia a la migración y al fenómeno de urbanización y urbano marginal. Los grupos étnicos y pueblos indígenas como resultado de largos procesos históricos expresan un rostro típico, con características marcadas por la forma de tenencia de la tierra, su organización, economía, costumbres, cosmovisiones y espiritualidad.

En este sentido en la Costa Caribe, (Pueblos y comunidades étnicas), comparten un proceso de implementación de autonomía y demarcación territorial, rectorada por el Gobierno Regional del Norte y Sur. Los Pueblos indígenas del Pacífico Centro Norte comparten procesos de convivencias comunitarias y revitalización de sus saberes que encaminan a la libre determinación a partir de dialogo interculturales entre las Autoridades indígenas. Esta construcción de autonomías multiculturales, principio de vida en los Pueblos, están hilando de forma dinámica identidades colectivas en redes, la defensa del territorio y potencian la base cultural que enfatizan la educación bilingüe y un sistema de salud intercultural.

No obstante es evidente la violación a los derechos indígenas, la situación de salud de estos Pueblos, las brechas de exclusión social e inequidades en sus condiciones de vida, en las estadísticas vitales de salud, en la respuesta institucional relacionada con Financiamiento y recursos humanos que no se ajustan al contexto de estos Pueblos y Comunidades étnicas. Cabe destacar

<sup>23</sup> Análisis de situación de salud y recomendaciones para el desarrollo sanitario de Nicaragua, OPS 2006

el no reconocimiento de los practicantes de la Medicina Tradicional, los Sukias, Curanderos, sobadores, comadronas. A sus prácticas terapéuticas que aplican basadas en su cosmovisión, espiritualidad y el enfoque holístico del proceso salud enfermedad de estos Pueblos. Son lógicas diferentes en el abordaje de la salud y de enfoque de la Medicina tradicional indígena.

Cada pensamiento milenario tiene sus propias formas de concebir la vida, su relación intrínseca de su ser íntimo y su base de valores espirituales, relacionados con la Madre tierra, el buen vivir en las comunidades son un engranaje vital de los procesos salud enfermedades en estos Pueblos.

Hablar de equilibrio armónico y que la pérdida implica una desarmonía de los espíritus, y que la misma genera una enfermedad. Para la Medicina Occidental no existe, desde su lógica? Pero como se analizan estos determinantes?

Sin embargo desde el pensamiento de las culturas, este Arte del saber, el buen vivir es un conocimiento que es transmitido oralmente a través del "Don del Saber", cada persona es señalada con ese atributo. El Gran Padre y Madre guía el caminar (Nawal) de los entendidos en estos conocimientos, entre ellos se citan: las Comadronas, sobanderos, sobadores, compone huesos, los Sukias, Chamanes.

Por ejemplo:

Cuando se conversa que una embarazada se "alivia o aliviarse", es común entre el personal de salud que una embarazada pario, tuvo o dio a luz su hijo o hija, es su percepción sobre este concepto.

Al respecto una abuela no decía "Yo no quería pero era mi camino, cuando estoy aliviando a una mujer, soy un todo, se encomienda al Señor y con la ayuda de él, me aliviamos y después puedo ver a esa mujer en el camino y para mí no la conozco" continua diciendo Doña Juanita Medina, comadrona y curandera de niños "es

que somos una sola, esa es la convivencia en la atención desde mi humildad".

Desde el pensamiento de esta cultura y desde lo que comparten las abuelas, aliviarse no es más que estar bien las dos, como una sola persona ya que brindan su calor, sus energías equilibrando al recién nacido con la Madre Naturaleza y sus progenitores Madre y Padre del recién nacido iluminado al mundo exterior.

Esta cosmovisión y Espiritualidad son componentes fundamentales de la Medicina tradicional, la misma es la fuente de atención en su diario vivir.

Por cuanto es evidente la necesidad de compartir diálogos interculturales que nos permitan relacionarnos entre las culturas y comunicarnos aspirando la valoración de la sutil significancia de ambos sistemas.

Por ello hilar los primeros esfuerzos contenidos en la política de salud, entretejer la interculturalidad y enfocar la salud como derecho imprescindible de estos Pueblos, constituye un desafío de todos.

### **Análisis de la política de salud y su interacción con la interculturalidad y los derechos indígenas**

En Nicaragua existe una política pública en salud que ilustra ciertos elementos de interculturalidad en la provisión de los servicios y enfatiza el rescate de la medicina tradicional. El Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional, aprobó la política en salud 2007-2011, donde asume la universalización de los derechos sociales, y particularmente, el derecho a la salud como expresión del derecho a la vida.

Esta Política contiene 9 lineamientos que garantizan la salud para toda la población multiétnica. También enfatiza el trato respetuoso, cálido y humano que la población debe recibir en

condiciones de equidad y manda que el acceso a la atención de la salud sea en coherencia con los principios de gratuidad, solidaridad, universalidad y participación comunitaria.

Está orientada hacia el fortalecimiento, la articulación y transformación del Sistema Nacional de Salud, especialmente hacia el desarrollo de un nuevo modelo de atención integral en salud con énfasis en la familia y la comunidad. En este sentido la Política No.5 es la que especifica el lineamiento con relación a los Pueblos y comunidades étnicas:

*Adaptar las intervenciones de salud a la realidad de cada espacio, población (...) de manera especial se debe atender a todas las personas de los pueblos indígenas tradicionales, etnias de la costa atlántica, así como a las personas con discapacidad. En este sentido, se debe trabajar por garantizar a estas personas en la curación, prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades, combatiendo su discriminación social. Este esfuerzo debe complementarse con el rescate de la medicina popular tradicional y otras formas de medicina no occidental (...)*

Para su implementación cuenta con herramientas fundamentales como es el Plan Nacional de Salud 2004-2015, el Plan quinquenal 2004-2008 y el Plan de salud Intercultural de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe 2005-2015.

En el caso de la Costa Caribe se han diseñado desde la práctica local los modelos de salud de los Pueblos Miskitu y Sumu - Mayangnas. En los pueblos indígenas de Pacífico Centro Norte, desde su contexto sociocultural, implementan como experiencias innovadoras los modelos de convivencias indígenas. Estos grandes aportes generaron evidencias para incorporar el enfoque de adaptación de las intervenciones y la medicina tradicional como lineamiento político por el Gobierno.

A partir de esta realidad se inicia a pincelar el compromiso del Ministerio de Salud y se compromete desarrollar modelos de atención innovadores en salud, respetando las características geográficas, políticas, culturales y étnicas de su población con el fin de mejorar la atención en esas zonas alejadas en la Costa Caribe.

Sin embargo deshilar y volver a tejer es la dinámica diaria en la rectoría de la salud en Nicaragua. Continuos cambios de Autoridades a nivel Central, Departamental y Municipal y las altas rotaciones del personal de salud a nivel local en los distintos territorios limitan la coherencia del sistema de salud, la comprensión de las diferencias culturales, el reconocimiento de las Autoridades indígenas, de los terapeutas tradicionales y los territorios inalienables que pertenecen a estas poblaciones.

Entonces como establecer un Modelo de gestión que permita una descentralización con pertinencia y con participación social efectiva y no altamente politizada. Como compartir esa responsabilidad en salud entre los distintos actores desde la lógica del proceso salud enfermedad en la multiétnicidad y diversidad cultural.

¿Cómo construir áreas programáticas de políticas en salud interculturales sin destejer el sistema hegemónico? ¿Cuál es el ajuste a programas o diseño de programa que se ajusten a esta realidad étnica?

Recientemente en las regiones de la Costa Caribe se diseñó un plan regional intercultural, los pueblos indígenas de las regiones Pacífico Centro Norte carecen del mismo. Sin embargo no existe reajuste en el financiamiento para la salud. Por ejemplo: A las Regiones Autónomas se les ha asignado entre el 4 y 4.5% del presupuesto nacional. Es viable la política? Actualmente no se cuenta con capacidades para brindar servicios integrales adecuados en salud a esta población vulnerable.

Por ello se debe buscar viabilizar la adaptación de las intervenciones en salud a nivel de estos territorios desde un contexto intercultural. Continuar con la misma dinámica de trabajo de pretender reconocer desde el modelo hegemónico el tejido de la ciencia de la vida, del saber sagrado, el respeto de los valores colectivos, con tabúes, pero sin acercarse al otro para compartir, comprender sin provocar la comunicación intercultural *es perpetuar la utopía, y continuar sin generar cambios sustanciales en la condiciones de vida de estos Pueblos.*

Para tejer la salud como derecho fundamental en la vida de todo ser humano y en especial en estas poblaciones, es vital la interacción intercultural entre los formuladores de políticas y las autoridades indígenas de los pueblos y comunidades étnicas.

### **Propuestas de estrategias para viabilizar la política de salud**

1. El Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y demás organismos del sector salud velen porque sus actuaciones aseguren el respeto, reconocimiento y protección de los sistemas de salud de cada uno de los pueblos y sus agentes tradicionales reconocidos comunitariamente.
2. Los Servicios de Salud y las Secretarías Regionales de Salud deberán respetar, proteger y promover las manifestaciones culturales en atención y promoción de la salud de la población indígena existentes en su territorio.
3. Los establecimientos de salud del sistema público ubicados en localidades de alta concentración indígena deberán propender, de acuerdo a sus disponibilidades financieras y de recursos humanos, a contar con apoyo intercultural en la atención de los usuarios de la población indígena que requieran atención en el establecimiento. Esta persona, denominada facilitador intercultural, deberá ser conocedor de la lengua y cultura de la población indígena predominante de la localidad y de la forma de funcionamiento del sistema de salud. En el ejercicio de sus funciones le corresponderá orientar a las personas pertenecientes a las culturas tradicionales desde el interior de los establecimientos, entregarles información sobre el sistema y servirles de nexo con el equipo de salud.
4. Que exista servicios de Salud con presencia de población indígena y que estas programen, ejecuten y evalúen en conjunto con representantes indígenas, estrategias, planes y actividades que incorporen en el modelo de atención y en los programas de salud el enfoque intercultural, a requerimiento del Ministerio de Salud, Secretaria de Salud y la Comisión de Salud.
5. El Ministerio de Salud deberá crear Hospitales Interculturales, en el que, tanto en su planta física como en su diseño de gestión, deberá adoptar un enfoque que integre tanto el conocimiento de salud que tiene la cultura indígena predominante en la localidad con el conocimiento aportado por la medicina occidental. La modalidad de gestión del establecimiento será determinada en cada caso conforme a las modalidades culturales del territorio de competencia del establecimiento.
6. Los establecimientos hospitalarios de los Servicios de Salud permitan el ingreso de los médicos tradicionales de las diversas culturas indígenas y afrodescendientes para prestar apoyo a pacientes que se encuentran internados, cuando su presencia sea solicitada por éste o sus familiares, en un marco de respeto a todas las creencias.
7. Incrementar el acceso de la medicina tradicional, puesto que, se ha demostrado que sus tratamientos son costos eficientes en enfermedades comunes y son asequibles para la mayor parte de las comunidades. Condición para su acceso: protección de los conocimientos y la utilización sostenible de las reservas de plantas medicinales;

- compilar un inventario nacional de recursos etnobotánicos; tramitación de solicitudes de patentes.
8. Que se dé el reconocimiento de los sistemas de salud tradicionales como sistemas de salud locales.
  9. Abogacía e incidencia en la construcción de políticas públicas para pueblos indígenas.
  10. En las regiones Pacífico centro y norte, el reconocimiento de las autoridades, médicos tradicionales y la red de convivencias comunitarias indígenas que permita el fortalecimiento del trabajo de terreno de los equipos de salud comunitarios, a través de su participación activa y toma de decisiones integrales en los comités de salud a nivel de municipio y departamento;
  11. Establecer el perfil epidemiológico de las enfermedades tradicionales, que es un fuente vital de indicadores de seguimiento y sirve de análisis de los determinantes de la salud en los pueblos;
  12. Diseño de un sistema de información que permita el análisis de indicadores acorde al perfil epidemiológico existente en los pueblos indígenas;
  13. Promover investigaciones sobre el perfil de los terapeutas y validar el uso de algunas plantas a nivel local, respetando el consentimiento previo e informado.
  14. Promover un anteproyecto de ley que se ajusta a las necesidades de la población y responde a un marco jurídico intercultural.

### Conclusiones

Actualmente el Gobierno de Nicaragua, orienta en la política de salud 2007-2011 la adaptación de las intervenciones de salud a las comunidades y reconoce la necesidad de rescatar la medicina tradicional. Con ello inicia a pincelar ciertos esfuerzos por alcanzar una dinámica intercultural.

La Constitución Política y la ley de Autonomía así como Convenios y tratados internacionales brindan la base legal que sustentan los derechos a la salud de la población multiétnica.

No obstante, las condiciones para viabilizar esta política no están procuradas, debido a la carencia de financiamiento y de programas ajustados a la realidad étnica e intercultural que sean coherente con la descentralización y desconcentración del sistema.

### Bibliografía

- Política Nacional de Salud, 2007-2011, Mayo 2007.
- Plan de salud intercultural de la costa Caribe.
- OPS 2006: Análisis de situación de salud y recomendaciones para el desarrollo sanitario de Nicaragua.
- a. Consulta a Tradipracticantes de Medicina Tradicional de los Pueblos Pacífico Centro Norte de Nicaragua.
  - b. Proyecto Nic-014 Cooperación Luxemburgo. Documento Memoria Foro Convivencias Comunitarias indígenas. Proyecto Nic-020/Cooperación Luxemburgo 2007.
  - c. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2006). Campaña educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas, Salud Indígenas y Derechos humanos. San José Costa Rica, Costa Rica.



# HONDURAS



## Perspectivas de la política de la salud pública para los pueblos indígenas y afrodescendientes

*Carlos Arana Guillén*

Actualmente en el marco del sistema judicial no existe una legislación vigente donde los derechos de los pueblos indígenas y afro descendientes en materia de salud estén reconocidos en la estructura de salud pública. De allí que la medicina tradicional sigue huérfana, es decir sin contar con el apoyo de una política oficial del estado; se abriga esperanza de que esta justa y merecida iniciativa se convierta en realidad, en vista de que el congreso nacional ya tiene en su poder el anteproyecto de la ley especial para el desarrollo integral de los pueblos indígenas y afro descendientes de Honduras para su respectiva discusión:

**Artículo 24: (convenio 169)** Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

**Artículo 25: (convenio 169)**

1. Los gobiernos deberán porque que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicio de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán en la medida de lo posible organizarse a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo del personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud; manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con los demás medidas sociales, económicas, y culturales que se tomen en el país.

**Artículo 123:** Todo niño deberá gozar de los beneficios de la seguridad social y la educación; tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud, para lo cual deberá proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales desde el periodo prenatal, teniendo derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, educación, recreo, deportes y servicios médicos adecuados.

**Artículo 124:** Todo niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de maltrato; no deberá trabajar antes de una edad mínima adecuada ni se le permitirá que se dedique a ocupación o empleo alguno que pueda perjudicar su salud, educación, o impedir su desarrollo físico, mental o moral.

**Artículo 145:** Se reconoce el derecho a la protección de la salud, el deber de todos participar en la promoción y preservación de la salud personal y de la comunidad. El estado conservará el medio ambiente adecuado para proteger la salud de las personas.

**Artículo 146:** Corresponde al estado por medio de sus dependencias y de los organismos

**-HONDURAS-**

Perspectivas de la política de la salud pública para los pueblos indígenas y afrodescendientes

constituidos de conformidad con la Ley, la regulación, supervisión y control de los productos alimenticios, químicos, farmacéuticos.

**Artículo 147:** La ley regulará la producción, tráfico, tendencia, donación, uso y comercialización de drogas psicotrópicas que solo podrán ser destinadas a los servicios asistenciales de salud y experimentos de carácter científico, bajo la supervisión de la autoridad competente.

**Artículo 148:** Crease el instituto Hondureño para la prevención del alcoholismo drogadicción y fármaco dependencia el que se regirá por una ley especial”.-

**Artículo 149:** El poder ejecutivo por medio del ministerio de salud pública y asistencia social, coordinará todas las actividades públicas de los organismos centralizados y descentralizados.

**Artículo 150:** El poder ejecutivo fomentará los programas integrados para mejorar estado nutricional de los hondureños.

**Artículo 360:** Es deber del estado dictar medidas de protección de los derechos e intereses de las comunidades indígenas existentes en el país, especialmente de las tierras y bosques donde estuvieren asentadas”.

A efectos de dar cumplimiento a los mandatos contenidos de los artículos 123,124,145, y 346 de la constitución de la república y lo dispuesto por el mencionado convenios, el presente proyecto de la ley desarrolla las siguientes propuestas:

- Reconocimiento y protección de la medicina tradicional indígena y afro hondureña.
- Consulta y coordinación de los programas o acciones en salud con Pueblos indígenas y afrohondureños.
- Adecuación institucional para los programas públicos de salud y gratuidad en su prestación.
- Incorporación y capacitación de recurso humano indígena y afrohondureño en el sector de la salud.

- Apoyo nutricional para los menores de 5 años y madres gestantes.

- Creación de la dirección general de Etnosalud, como una dependencia de la secretaría de Estado en el despacho de Salud responsable de diseñar y definir políticas en salud para los pueblos indígenas y afrohondureños, y responsable del tema de salud para estos; en este espacio se considera incluir aspectos de mucha relevancia como:

- a. fortalecer un sistema de salud intercultural que armonice el sistema tradicional de salud de los pueblos con la medicina moderna. Esto requiere i) enseñar al personal médico tradicional y moderno en las técnicas del tratamiento de otros grupos culturales, ii) rescatar la religiosidad y espiritualidad indígena y afrodescendientes en el tratamiento de enfermedades. iii) Aprovechar los conocimientos sobre plantas medicinales e instalar huertos escolares con estas plantas y jardines botánicos para cada pueblo iv) instalar casas comunales de salud donde pueden practicar los sabedores de la medicina tradicional (buyei, sukias, chamanes, parteras tradicionales etc. Etc.) v) introducir avances de la medicina moderna sobre salud preventiva e higiene familiar en el currículo escolar.- Así como asegurar la participación activa de hombres en la salud sexual y reproductiva.

Al crearse esta unidad (Etnosalud) debe enriquecerse haciendo ajustes complementarios con algunos planteamientos que cada uno de nosotros ha consignado en los puntos del tema: agenda mínima del dialogo para aportar a la medicina tradicional; en mi caso particular me refiero a los incisos 2,5,7, 8, 9, 10, 11 y 12.

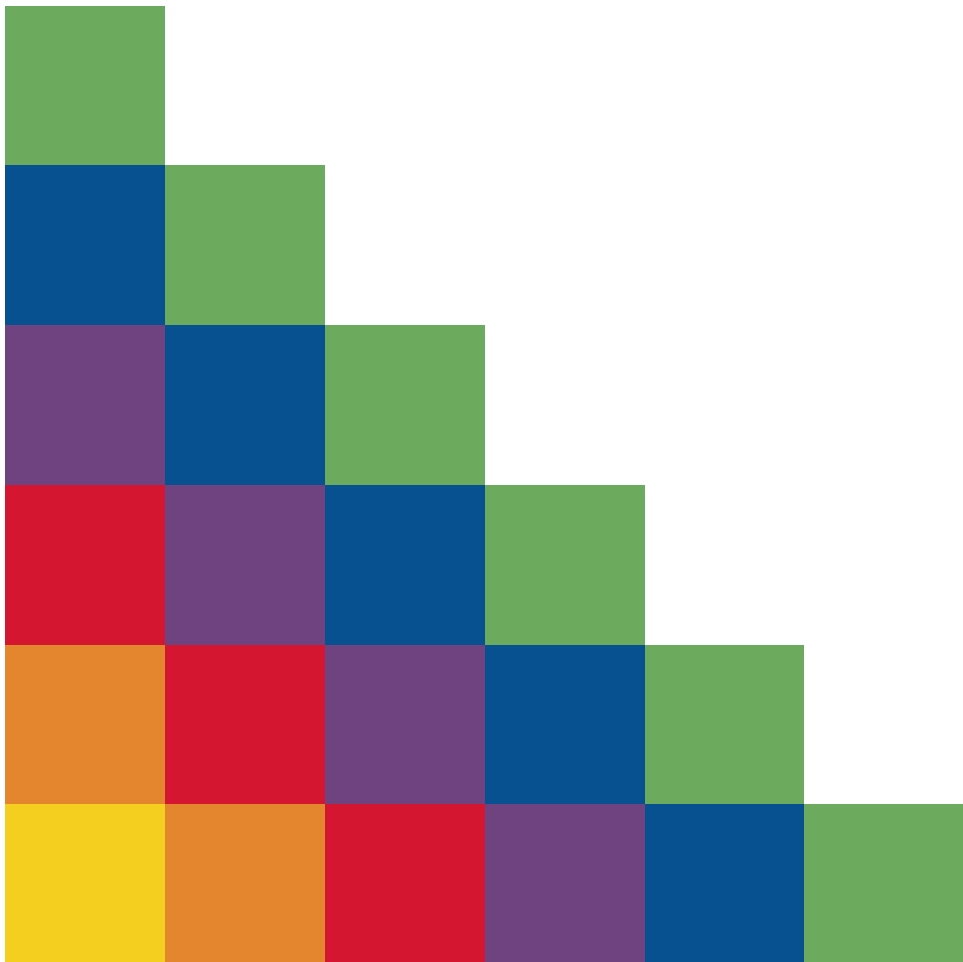
¿El espíritu de esta ley, estará dando respuesta a las verdaderas aspiraciones de pueblos indígenas y afrodescendientes?







# COLOMBIA



# Política en Salud Pública para pueblos indígenas colombianos

*Víctor Rodrigo Tombé*

*Ana Carolina Montero*

*Betty Cecilia Bustamante*

## Introducción

Para la formulación y aplicación de esta política pública de salud para pueblos indígenas tomamos como guía la herramienta propuesta por Jones (1970) que establece 5 etapas o secuencias lógicas en el desarrollo de una política pública:

1. Identificación y/o reconocimiento de una problemática que demanda la acción pública.
2. Formulación de soluciones o acciones como propuesta de respuesta.
3. Toma de decisiones lo que se traduce en una política efectiva de acción.
4. Implementación lo que implica ejecución, gestión y administración, producción de efectos y su impacto sobre el terreno.
5. Evaluación la cual estará reflejada en las reacciones a la acción, el juicio sobre los efectos lo cual lleva a la acción política o reajuste.

La base fundamental para el desarrollo de esta política es la consulta y la concertación reconociendo el derecho de la autonomía de los pueblos indígenas a controlar sus propias instituciones, definir sus prioridades de desarrollo y participar en la planificación, aplicación y evaluación de las políticas y programas que les vayan a afectar. En el reconocimiento de sus sistemas de salud, formas de organización y participación social, y autodeterminación y autoridad territorial; los mecanismos, espacios y tiempos para el diseño e implementación del sistema de información y vigilancia epidemiológica son el producto de los diálogos intercientíficos e interinstitucionales.

Para avanzar en el proceso de formulación de lineamientos de política, es necesario identificar y conocer las propuestas de planes de vida de las expectativas y de sus desarrollos propios. Es decir, unos lineamientos de política pública surgida de las realidades, expectativas, proyectos de vida de los pueblos indígenas de Colombia. Se hace necesario entonces la conformación de un equipo interinstitucional de expertos en salud con solida formación técnica, política e intercultural en salud y con amplia experiencia en el desempeño dentro de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud ortodoxo en instituciones propias de los pueblos indígenas y en instituciones del sector público del Estado.

El direccionamiento y evaluación de resultados de este equipo de trabajo está en la responsabilidad de las autoridades indígenas y del gobierno nacional mediante los mecanismos que sean concertados en la etapa de consulta y planeación. La base primordial para este proceso es la planificación de los servicios y direccionamiento de las políticas para la atención en salud de los pueblos indígenas, se realiza con toda la comunidad y las autoridades indígenas en las instancias de consulta, concertación y participación de cada uno de los pueblos indígenas de acuerdo con sus formas organizativas o gobierno propio, que pueden ser las asambleas generales, reuniones comunitarias entre otras.

La interdisciplina y transdisciplina, en los amplios constructos del saber; habrá que demarcarlo en relaciones amplias del diálogo intercultural entre los científicos a partir del acercamiento y respeto a la visión existente en los pueblos

indígenas originarios y las comunidades de afrodescendientes, la valoración hacia sus formas de diagnosticar, comprender el fenómeno de enfermedad, de prescribir y las terapias y conductas individuales y comunitarias en el tratamiento de las enfermedades, porque para el mundo indígena y de afrodescendientes la enfermedad tiene dos rostros: el espiritual y el material.

### Argumentación jurídica

1. Mediante la Ley 21 de 1991, Colombia ha ratificado el convenio 169 de la OIT sobre los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes como instrumento jurídico internacional vinculante es decir de obligatorio cumplimiento dando lugar al establecimiento, la reforma o la consolidación de órganos gubernamentales dedicados a la coordinación de políticas, programas y proyectos relativos a los pueblos indígenas

Mediante esta Ley los pueblos indígenas son reconocidos como sujeto colectivo de derecho público y se destaca la importancia del derecho a la autodefinición, a conservar su territorialidad, ejercer su autonomía y conservar todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”.

Establece también que se deben disponer de servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.

2. Por su parte la Constitución Política define a Colombia como un Estado de derecho y a su vez reconoce la diversidad étnica y cultural y el derecho de los pueblos indígenas al ejercicio de su autonomía y autoridad propias, de su propia lengua y administración de su territorio entre otros.
3. La Ley 10 de 1990 que reorganiza el sistema de salud colombiano en su decreto

reglamentario 1811 específico para la atención en salud para comunidades indígenas establece la prestación de los servicios de salud para comunidades indígenas de manera integral y gratuita, de igual forma ratifica la obligatoriedad de los procesos de consulta y concertación para adelantar acciones de salud en comunidades indígenas.

La Resolución 5078/92, también reglamentaria de la Ley 10 reconoce la medicina tradicional como parte integral del tratamiento de la salud y exige el establecimiento de mecanismos de interacción entre las diversas medicinas.

4. En la ley 691/2001 reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en Colombia, la cual reconoce la existencia de instituciones propias en salud indígena, se menciona que las autoridades indígenas hacen parte de la red de controladores del Sistema general de Seguridad Social en Salud, que son principios fundamentales de la salud de los pueblos indígenas la reciprocidad, la concertación, la colectividad, la equidad, el territorio, los cuales le permiten vivir en armonía y equilibrio, identidad cultural, autonomía y gobierno propio.

*El Acuerdo 326/06 del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y reglamentario de la Ley 691 retoma elementos socioculturales en el Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado para los Pueblos Indígenas incluyendo* 1. Acciones de medicina tradicional para ser desarrolladas de acuerdo con las particularidades de cada pueblo. 2. Adecuación sociocultural de los servicios de salud no indígena, para garantizar la oportunidad, accesibilidad, calidad y efectividad del POS dirigidos a los pueblos indígenas, 3. Promoción y prevención en salud indígena dentro de los procesos organizativos propios de cada pueblo y 4. Subsidios y/o autonomía alimentaria que contribuyen directamente al mejoramiento de condiciones nutricionales, de salud y de vida para mujeres gestantes y los niños menores de 5 años.

5. La Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas resalta el derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, el acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud, a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental para lo cual los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

### **Interacción de la interculturalidad, interculturalidad y los derechos indígenas en la política pública.**

En la constitución política de Colombia promulgada desde 1991, Colombia es considerada como un estado social de derecho y un país multiétnico y pluricultural.

17 años después es difícil que el sistema de salud actual reconozca efectivamente y comprenda la significación de estos principios ya que aunque hay cambios en la legislación que reconoce los derechos especiales de los pueblos indígenas y afrodescendientes, el actuar en esta materia se realiza desde el mismo paradigma de un sistema biologista-dominante, y homogenizante basado en el conocimiento científico sin tener en cuenta el conocimiento popular, los conocimientos mágico religiosos ni el conocimiento filosófico que son parte de esa diversidad cultural.

Para entender estos principios se hace necesario entender la riqueza que representa la diversidad cultural lo cual se estaría logrando con una comunicación abierta y el interés por entender los códigos culturales para valorar las diferencias, para ampliar el pensamiento y romper barreras paradigmáticas para comprender y respetar a los otros pero no para igualarlos u homogenizarlos.

Significa esto tomar la generalidad para entender, respetar y reconocer las singularidades como formas para acceder al conocimiento respondiendo

a necesidades espirituales y pragmáticas de cada ser cultural ya sea individual o colectivo.

Con esta actitud para el dialogo intercientifico se fortalecen las bases para la interculturalidad y la interdisciplinariedad como manera de acercarse al conocimiento. Corresponde entonces entender que la diversidad es una manera de mantener el equilibrio a través de la complementariedad y el intercambio que lo simple aporta a lo complejo.

En esta relación o dialogo intercultural-intercientifico no se puede descuidar la protección de los conocimientos de nuestros pueblos indígenas y afros ya que siendo nuestras riquezas están en riesgo de apropiación y destrucción por las políticas y modelos económicos como el TLC y la globalización.

El dialogo intercientifico y transcultural debe partir de las condiciones, particularidades, intereses, visiones y expectativas compartidas de los pueblos indígenas partiendo desde la cosmovisión de los pueblos indígenas y a partir de la visión del mundo integral comprendemos las diferentes formas de llegar a la verdad como los sueños y las adivinaciones.

La salud es entendida como un servicio público y colectivo de los Resguardos. Los Mamos, las autoridades indígenas, los gobernadores de los cabildos y las organizaciones en el ejercicio de la autonomía legalmente reconocida definirán las políticas, planes, programas y proyectos de salud en sus territorios tradicionales.

La medicina tradicional, hace parte del campo sociocultural en la medida en que su cuerpo de conocimientos y prácticas no es el equivalente de la medicina occidental, sino más bien un conjunto de saberes destinado a la reproducción social y espiritual de las comunidades indígenas bajo parámetros de equilibrio y bienestar colectivo e individual.

Los lineamientos de política pública en general parten de la comprensión de la realidad de los

pueblos indígenas y buscan generar las adecuaciones y transformaciones institucionales necesarias en el estado para diseñar líneas de acciones prioritarias.

Si bien para los pueblos indígenas la política pública debe ser integral, por razones metodológicas esta debe responder a su construcción, formulación, implementación, evaluación y seguimiento a los siguientes componentes del desarrollo sociocultural, político y económico de los pueblos indígenas.

**Territorio.** Los lineamientos de política de la presente fase deben responder a las necesidades, demandas, usos y amenazas de los pueblos indígenas. Incluyendo en este componente lo relacionado con biodiversidad, medio ambiente y recursos naturales.

**Identidad.** Desde este aspecto se debe responder a las necesidades en materia socio cultural como la educación propia, la cultura, la salud, la vivienda, saneamiento básico y recreación clásica

**Socio-económico.** Que comprende el manejo y control ambiental, de los recursos naturales, enfoques, formas y estrategias de producción y organización de la economía propia, la soberanía alimentaria y aprovechamiento de los recursos naturales.

**Autonomía, Gobierno propio y participación.** Este eje de trabajo comprende, desde la perspectiva del gobierno propio, desarrollo de la autonomía administrativa de los recursos públicos y control social de acuerdo a nuestros usos y costumbres. Desarrollo de la jurisdicción propia, fortalecimiento de las estructuras organizativas e instituciones propias y respeto y aplicación de las normas internacionales de protección integral de los derechos de los pueblos indígenas.

**Consulta previa.** Como eje temático de alta importancia y que es transversal a los demás un énfasis en este aspecto, en el desarrollo de las fases de construcción de la política.

**Buena fe.** Como condición indispensable para el dialogo inter cultural y la comprensión de las necesidades, expectativas y derechos de los pueblos indígenas. En todo proceso de formulación de los alimentos de política pública, la información debe ser suficiente, adecuada y oportuna, para que la participación de los pueblos indígenas sea oportuna

**Participación y concertación.** De los pueblos, comunidades, autoridades tradicionales, cabildo y organizaciones indígenas, en las diferentes fases en el proceso de la formulación de los lineamientos de política pública.

**Interculturalidad e interdisciplinaridad.** La formulación de lineamiento de política pública es un ejercicio de diálogos de saberes, de acuerdo a las diferencias de los pueblos en sus respectivos territorios. El entendimiento de las necesidades, expectativa y derecho de los pueblos indígenas es posible si se acude al proceso de interculturalidad como ejercicio práctico del pluralismo, garantizado por el respeto y la tolerancia.

**Enfoque intercientífico y transcienceico.** Lo propio de los pueblos indígenas está definido por su propia visión del mundo y su desarrollo, expresado en los planes integrales de vida, como pensamiento o lineamiento general de proyección hacia el futuro.

### **Descripción del contexto y problemática del país en relación a salud en pueblos indígenas.**

*El Censo de 2005 reporta una población de 41.242.948 Habitantes, Tasa anual crecimiento 1% , 78% urbana, Disminución tamaño de hogares, Proceso de envejecimiento de la población, 2.4 hijos por mujer, 9.2% de la población sin nivel educativo,*

La población indígena en Colombia según el Censo (DANE: 2005) asciende a una cifra de 1.3623 personas constituyendo el 3.43% de la

población general y un total de 4.311.757 afrocolombianos para un 10.62%. Se reconocen 87 pueblos indígenas, 64 lenguas oficiales en los propios territorios y una gran diversidad de dialectos agrupados en 13 familias lingüísticas. (Arango: 2004)

El 50,4% de la población indígenas pertenece al género masculino y el 49,6% al género femenino, la relación niño mujer es de 62, la relación de dependencia es de 81, el índice de envejecimiento es de 13.

No se registran datos específicos relacionados con los indicadores epidemiológicos de los pueblos indígenas toda vez que no existe un sistema de información y herramientas estadísticas útiles para los sistemas de salud indígenas.

Con la promulgación de la Ley 100 en 1993 se crea el Sistema General de Seguridad Social en Salud para Colombia la cual plantea como propósitos la Universalización del Aseguramiento, Aseguramiento de la población en dos regímenes: Contributivo y Subsidiado, Ampliación de coberturas en Salud Pública, Cambio del subsidio de oferta a demanda, Transformación de la red pública de salud en Empresas Sociales del Estado (autonomía administrativa, patrimonio propio y personería jurídica).

El derecho a la salud para pueblos indígenas como está consagrado en los instrumentos internacionales, no existe en Colombia, la ley 100 estableció un régimen de servicios ofrecidos por entidades privadas que compiten desde la perspectiva de las empresas privadas por la obtención de beneficios. Incluso el sistema actual no garantiza la cobertura universal, la colectividad, la integridad, la interculturalidad y la gratuidad.

Teniendo en cuenta lo anterior, en Colombia se ha venido avanzando desde las diferentes organizaciones indígenas en concertar con el gobierno nacional las políticas de salud pública para pueblos indígenas desde un enfoque intercultural, tarea que no ha sido nada fácil, ya que el gobierno sabe y conoce de esta realidad y la

diversidad de los pueblos indígenas amparados en normas internacionales y nacionales, los datos estadísticos, teorías e investigaciones antropológicas, botánicas, sociólogos, entre otros y de las constantes luchas de los pueblos a través de las organizaciones indígenas buscando la reivindicación de los derechos ancestrales, pero como el poder está centrado en sus intereses económicos y políticas globalizantes simplemente se han hecho los ciegos y sordos y las normas y políticas son expedidas a sus intereses sin tener en cuenta la real situación, diversidad, necesidades y problemáticas de la sociedad y de los pueblos indígenas.

Sumado a lo anterior con respecto al tema de salud y educación hay una barrera inmensa con el modelo de formación de personal en las diferentes áreas, en especial las universidades donde el espacio de formación es totalmente occidental y no hay un espacio donde se permita al futuro actor de la salud o educación conocer la dimensión de la cosmovisión y la diversidad de los pueblos indígenas, afrodesendientes y campesinos para que en su ejercicio de su profesión tenga en cuenta las particularidades de estos pueblos y no entre a chocar e imponer su conocimiento sobre un conocimiento ancestral.

Ante esta situación los pueblos indígenas han generado espacios de deliberación comunitaria para la reflexión y análisis en el sentido de proyectar una propuesta en relación a las políticas de salud pública para pueblos indígenas

Este sistema tiene un marco de reconocimiento jurídico por parte del ordenamiento constitucional y legal y los cabildos son denominadas entidades públicas de carácter especial y los territorios denominados resguardos hacen parte del ordenamiento territorial colombiano. Los pueblos indígenas han ganado espacios de representación a nivel de los concejos municipales, las asambleas departamentales, el congreso de la república, alcaldías, gobernaciones y en instancias directivas de algunas entidades como las corporaciones ambientales, los consejos territoriales de seguridad social, entre otras.

En Colombia en algunos departamentos del país hay instituciones como las IPSI encargadas de prestar un servicio a las comunidades indígenas ellas han sido creadas con el objetivo de crear una medicina intercultural que respete la cosmogonía indígena e integre la medicina tradicional, pero eso no ha sido posible dentro de los mecanismos creados en la ley 100.

La implementación de programas y modelos de salud desarrollados por el gobierno nacional, no es consecuente con nuestras formas de vivir, con nuestro pensamiento, con nuestros sistemas tradicionales de salud y formación desde los valores de la cultura y por tanto, no están encaminadas hacia el fortalecimiento de la medicina tradicional, y del sistema interno que lo compone.

En este modelo de salud enmarcado en las políticas macroeconómicas de oferta y demanda la salud dejó de ser un derecho fundamental que debe ser garantizado por el Estado y pasó a ser considerado como un servicio público y por tanto un bien del mercado donde no se respeta la los principios constitucionales de diversidad étnica y multiculturalidad y las políticas, programas y acciones en salud son definidas desde una lógica homogenizante de dominación y control por el Estado.

En este sistema General de seguridad Social en Salud, mediante el Decreto 1011 de 2006 se tiene reglamentado el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad cuya finalidad es tener condiciones de atención propicias para obtener el mayor beneficio, al menor riesgo y a un costo razonable, se debe promover la cultura de calidad a nivel individual y toda la institución, utilizar. El SOGC se define como las estrategias y metodologías para organizar los procesos y orientar la utilización de recursos y debe ser costo efectiva, buscando disminuir los costos de no calidad, generar ahorros y optimización de recursos

Si bien es cierto el enfoque de la calidad es indispensable para una mejor salud de la población el mayor énfasis de las acciones es la contención de

costos lo cual incide en que el conocimiento y la práctica técnico-científica pasan a un segundo plano porque prevalece rentabilidad económica donde los hospitales con función de servicio social, se convierten en negocios de compra-venta de servicios de salud poniéndole un valor comercial que se factura a la salud y la vida de los colombianos.

En este contexto del sistema general de seguridad social en salud están incluidas las instituciones prestadoras de servicios de salud de las organizaciones indígenas las cuales a pesar de estar desarrollando acciones desde los sistemas propios de salud con énfasis en la medicina tradicional también están obligadas a presentar sus resultados en función de las exigencias de la normatividad general.

Dentro del funcionamiento del Sistema general de Seguridad Social se tiene implementado el Sistema de Vigilancia en Salud Pública SVIGILA para “la provisión en forma sistemática y oportuna, de información sobre la dinámica de los eventos que afecten o puedan afectar la salud de la población, con el fin de orientar las políticas y la planificación en salud pública; tomar las decisiones para la prevención y control de enfermedades y factores de riesgo en salud; optimizar el seguimiento y evaluación de las intervenciones; racionalizar y optimizar los recursos disponibles y lograr la efectividad de las acciones en esta materia, propendiendo por la protección de la salud individual y colectiva”

El SIVIGILA tiene como principios orientadores la Eficacia, la Eficiencia, la Calidad, la Previsión y la Unidad y desde ellos se tienen definidos los indicadores de seguimiento y evaluación del sistema. .

En contraste con las expectativas e intereses y en confrontación con los sistemas de salud propios y desatendiendo la normatividad existente en lo específico a pueblos indígenas, se encuentra el modelo de salud del Estado que no cumple con los principios de diversidad étnica y cultural para



la garantía efectiva de los derechos fundamentales normativos y constitucionales.

## Conclusiones

*“Los indígenas tenemos un poder, una ciencia: la ciencia de nuestros médicos, que los dominadores no lograron acabar. Ahora que estamos organizados tenemos que volver a estudiar esos conocimientos para fortalecer nuestras luchas y para organizar mejor nuestras comunidades”*

*(Conclusiones V congreso CRIC).*

- En Colombia existen varias herramientas jurídicas entre Constitución, Leyes, Decretos, Resoluciones y Acuerdos que reconocen los derechos de los pueblos indígenas al fortalecimiento y aplicación de sus propios sistemas de salud definidos de acuerdo a la cosmovisión de cada uno.
- En la aplicación de las normas existentes todos estos derechos pasan a un segundo plano y se formulan los planes, programas, proyectos y acciones en salud con predominancia del sistema general de seguridad social en salud.
- Es clara la complejidad existente para el interactuar en la convergencia de una racionalidad técnica instrumental, con una racionalidad ética normativa y una racionalidad estética cultural en el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.
- Las acciones de salud orientadas a mejorar la calidad de vida de los pueblos indígenas deben convertirse en una acción permanente de valoración y respeto de la diversidad cultural de nuestro país, favoreciendo el surgimiento de soluciones a los problemas de salud y que nos permite seguir creciendo como pueblos saludables donde la medicina tradicional sea visibilizada como una gran fortaleza en los modelos de salud interculturales de nuestros pueblos.
- Con la aplicación de indicadores epidemiológicos interculturales las acciones de medicina tradicional son visibilizadas y

evaluadas en términos cualitativos para su retroalimentación y revitalización con la niñez y la juventud.

- Como la situación de los pueblos indígenas en la actualidad se caracteriza por la profundización de las condiciones de pobreza, marginalidad, altos índices de morbi-mortalidad, difícil acceso a tierras, adecuación de las mismas, conflictos de competencia en materia de ejercicio de la justicia propia, entre otros problemas. Esto refleja una baja aplicación de los lineamientos de política de respeto y protección de la diversidad cultural en Colombia.
- Como causas posibles de ello se han identificado, en relación con el Estado: la estrechez y rigidez de las instituciones del estado que aun encarnan perspectivas monoculturales poca coordinación interinstitucional a la hora de formular y realizar programas y proyectos con poblaciones indígenas, existencia de intereses regionales con influencia sobre el ejercicio de políticas públicas territoriales, faltas de lineamientos realizables con responsabilidades, recursos y seguimiento afectivo de obligatoria observancia y cumplimiento de los diferentes niveles de las instituciones del Estado.

## Propuestas para el fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas propios

Dentro de cada pueblo indígena ancestralmente se ha vivido con fundamento en la Ley de origen y el Derecho Mayor, que orientan la definición y práctica de políticas y normas culturales que son los usos y costumbres de cada pueblo.

El mantenerse bajo los principios de unidad, cultura, autonomía y territorialidad ha permitido la revitalización y fortalecimiento del derecho interno, control social y territorial; en aras de mantener el equilibrio y la armonía en la comunidad y entre los pueblos indígenas.

Manteniendo un proceso político y organizativo a lo largo de la historia se ha dado origen a

la construcción de estructuras propias para el desarrollo sociocultural haciendo también uso de herramientas externas que han sido útiles al sistema jurídico propio.

En coherencia con lo anterior para aportar al mejoramiento de las condiciones de salud y vida de los pueblos indígenas en Colombia se requiere hacer una valoración y reconocimiento de la diversidad étnica y cultural consagrada en la Constitución Política Nacional, promover la equidad y justicia social, la revitalización, visibilización, armonía y equilibrio de los sistemas de salud existentes.

Para el fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas propios es necesario que al interior de las comunidades y las organizaciones indígenas del orden nacional, regional y local y así mismo desde las instancias gubernamentales de planeación, de asignación de recursos y de evaluación y control se garantice:

- Respeto pleno a los derechos de los Pueblos indígenas, lo cual implica la provisión de todas las garantías para su ejercicio. Debe hacerse desde la autonomía de los pueblos, el autogobierno y la autoridad tradicional.
- Los Estados deben de Proveer de fondos económicos suficientes para el estudio, la promoción e incorporación de las prácticas medicas indígenas al sistema oficial de salud. Conformando para ello equipos interdisciplinarios, transdisciplinarios dirigidos por los propios pueblos indígenas a través de sus organizaciones regionales y nacionales para evitar desviaciones de lo intercultural.
- Aplicación de conocimientos y diálogos intercientíficos para reconocer, respetar y fortalecer las particularidades propias de cada pueblo indígena, o sea no intentar globalizar los servicios (específicamente el occidental para todos) en lo que a prácticas médicas se refiere.
- Es necesario, que el sistema de salud nacional y las instituciones responsables, apliquen el sistema normativo, administrativo y operativo a las necesidades socioculturales, de tal

manera que, se enmarquen o contribuyan al fortalecimiento del sistema de salud propio, mediante la implementación y desarrollo de los modelos de atención en salud interculturales que deben contemplar características sociales, culturales, económicas, geográficas y políticas de los pueblos indígenas.

- Proteger, defender, hacer respetar, promover y desarrollar las leyes de origen como fuente de sabiduría para impartir justicia, *gobernar*, orientar los planes de vida y desarrollar proyectos de resistencia, sostenibilidad cultural, social, política y económica así como proteger la integridad de nuestras culturas.
- Establecer espacios y escenarios de interculturalidad con otros pueblos para formular políticas públicas orientadas al fortalecimiento de la identidad, el uso de la medicina tradicional que es fundamental su reconocimiento y sus resultados paliativos.
- Trabajar activamente en la defensa, protección, fortalecimiento y reconocimiento de los modelos de salud propio de los pueblos indígenas; así como en la valoración y promoción de los trabajos desempeñados por los médicos tradicionales en las comunidades indígenas como autoridades espirituales, apoyando su permanencia en los territorios indígenas y facilitando sus procesos de intercambio de conocimiento, experiencias y prácticas de la medicina tradicional.
- Con la implementación o fortalecimiento de los Modelos de atención interculturales permiten fortalecer el sistema de salud de los pueblos indígenas, además responden a las necesidades socioculturales, de diversidad poblacional, epidemiológicas, accesibilidad geográfica, y diversidad lingüística. Logrando de esta manera fortalecer la autonomía en salud, la gobernabilidad, la institucionalidad y la estructura político-organizativa.
- Levantar una base de datos de la epidemiología (software) en los pueblos Indígenas con indicadores locales haciendo uso del lenguaje propio como fortaleza en la producción y reproducción o retroalimentación de los

- conocimientos. Y en base a esto elaborar los planes y proyectos.
- Garantizar por parte del Estado la interacción entre los recursos médicos institucionales y los recursos médicos tradicionales en una relación de horizontalidad y con la misma garantía de derechos.
  - Facilitar a las instituciones propias de los pueblos indígenas la adecuación socio-cultural de los programas de promoción y prevención establecidos en el Plan nacional de Salud Pública teniendo en cuenta los patrones culturales y los roles de género y edad propios de cada pueblo.
  - Apoyar la formación de personal de salud con enfoque intercultural para su desempeño al interior de los pueblos indígenas y revitalización o cualificación a los existentes.
  - Se requiere del Estado la promoción de políticas orientadas a la realización de principios o criterios generales de los pueblos indígenas. De ello se desprende la necesidad de generar proceso de adecuación institucional orientada hacia la protección de la integridad étnica de los pueblos indígenas, hacia el fortalecimiento, promoción y protección de su identidad propia; que garantice el ejercicio de sus derechos, que permita conectar de forma efectiva las políticas, programas y acciones que le involucre; que reconozca sus autoridades, su ordenamiento social, que entienda sus concepciones y propuestas de desarrollo propio fundadas en sus tradiciones, y avance en la aplicabilidad de tales concepciones.

### **Mejoramiento de la calidad, cobertura y pertinencia sociocultural de los servicios públicos en salud para pueblos indígenas**

En el Sistema Obligatorio de garantía de la calidad en salud establecido mediante el Decreto 1011 de 2006 esta se define como “la provisión

de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios.

El sistema de garantía de la calidad tiene como propósito el mejoramiento de los resultados de la atención en salud centrados en el usuario para lo cual debe cumplir con las características de accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia y continuidad.

Para lograrlo se establece como obligación a las instituciones prestadoras de servicios de salud y las Aseguradoras la aplicación de planes de mejoramiento continuo a partir de las propias autoevaluaciones.

Dentro de este enfoque de mejoramiento es fundamental que las instituciones que prestan servicios de salud a poblaciones indígenas incluyan los aspectos socioculturales para lo cual se debe tener en cuenta:

- Fortalecer el enfoque integral de la atención en salud contextualizando las acciones al perfil epidemiológico intercultural.
- Cambio de paradigmas y Re conceptualización de la Salud en el siglo XXI, según las dos visiones del mundo; Visión del Mundo Indígena y Visión del Mundo Occidental. Reconocimiento de las fortalezas y limitaciones de cada una de las partes, o sea de la Medicina Indígena y Medicina Occidental.
- Conocer, comprender y respetar los derechos en salud, la cultura, el concepto salud enfermedad, concepción de vida, los recursos médicos tradicionales y en resumen el sistema de salud de los pueblos indígenas.
- Desarrollar las acciones en salud pública con enfoque de derechos colectivos y derechos individuales: derechos y socialización del niño indígena, derechos y empoderamiento

de la mujer en relación con su sexualidad y reproductividad de acuerdo a los patrones culturales de cada uno de los pueblos.

- Interacción con las autoridades, organizaciones e instituciones de los pueblos indígenas para la planificación, ejecución y evaluación de las acciones en salud pública.
- Aplicación del sistema de información y vigilancia epidemiológica construido mediante la concertación entre el gobierno nacional y las autoridades indígenas.
- Programar los servicios de atención de acuerdo a las realidades culturales económicas, geográficas, organizativas y políticas de los pueblos indígenas.
- Establecer planes de contingencias en cuanto a la enfermedades de salud pública como la tuberculosis, leishmaniasis, chagas y la desnutrición que afectan de manera especial a los pueblos indígenas ya que se consideran erradicada y poco comunes en la población en general
- Fortalecer los mecanismos de saneamiento espiritual y colectivo de los pueblos indígenas.
- Implementar planes especiales para la protección de los 18 pueblos indígenas en vía de extensión en Colombia.
- La contratación del Régimen Subsidiado prioritariamente debe fortalecer la red pública de los resguardos. Hasta el momento la red pública de los resguardos desarrolla sus actividades y programas exclusivamente con los recursos del Régimen Subsidiado, pero en muchos entes territoriales estos recursos se retienen. En este sentido, cumplir con el giro oportuno de los recursos del Régimen Subsidiado debe ser prioritario en los diferentes entes territoriales, el gobierno y la Superintendencia deben estar atentos y velar por el cumplimiento estricto de la ley.
- El sistema de salud pública debe considerar el desarrollo e implementación de unos modelos de salud interculturales e integrales, que contemplen el desarrollo y la protección de las culturas tradicionales de la salud, la

autonomía alimentaria al igual que acceder a toda la tecnología, procedimientos y avances de la medicina occidental sin perder nuestra identidad.

## Bibliografía

Andre Noel, Roth Deubel. (2002). Políticas públicas. Formulación, implementación y evaluación, ediciones Aurora.

Constantino Martínez. (2007). El Universo Yaqui a través de los términos de su lengua, México.

DANE. Colombia Censo etnias 2005. es.wikipedia.org/wiki/Demografía\_de\_Colombia.

Indígenas sin Derecho. Situación de los derechos humano de los pueblos indígenas, CECOIN 2007.

Kranz, Johannes. (2006). Disertaciones en la Maestría en Antropología Social con Mención en Desarrollo Humano. Bilwi, Uraccan. Manuscrito.

Malagón-Londoño/Galán Morera/Pontón Laverde. Garantía de la calidad en salud. Ed Panamericana. Bogotá DC.

OPS. Victoria Cesar G, Barros Fernando, Vaughan J Patrick. (1992). Epidemiología de la desigualdad. 1ª edición castellana. Washington, DC.

Valiente, Freddy; Del Cid, Víctor Manuel. (2008). Maestría en Salud Intercultural. Introducción Elemental a la Epistemología. Bilwi.

<http://www.fondoindigena.org/apc-aa-files/niteca/items/logo-OIT.jpg> Claves para conocer el Convenio N° 169 de la OIT. Mayo 2008.

<http://www.onic@onic.org.co>



The image features a decorative graphic composed of colored squares arranged in a stepped pattern. The top right corner contains a grid of squares in yellow, orange, red, purple, blue, and green. The bottom left corner contains a similar grid of squares in green, blue, purple, red, orange, and yellow. The word "PERÚ" is centered in the middle of the page.

**PERÚ**

## Políticas públicas en Salud Materna en el Perú

*Elsa Elvira Palacios Flores*

*Eutropía Delgado Castro*

*Juan Reátegui*

### Introducción

En el Perú los derechos indígenas fueron reconocidos desde el año 1,920 y el derecho a la salud es una condición de ética y un derecho a la vida; sin embargo, actualmente existen grandes brechas de acceso a los servicios de salud, principalmente de mujeres pobres, campesinas e indígenas, siendo uno de los ejemplos lo sucedido con Benigna Condori, indígena quechua del departamento de Cusco, con sus 37 años a punto de “dar a luz” (desembarazar) caminó poco más de tres horas buscando atención en su parto del séptimo hijo por un médico occidental, esfuerzo probablemente realizado por temor a la muerte, como una paisana cuya fallecida en su pueblo sin atención médica ante una emergencia obstétrica.

En el mundo afrodescendiente e indígena, existen rostros como la de Benigna Condori y se replican sus problemas en contextos similares. La pregunta central es, por qué una Benigna Condori decide que sus seis hijos anteriores nacieran en su “humilde vivienda”. Tal vez en esa humilde vivienda encuentra algo que no le ofrece el centro de salud, convirtiéndose este espacio en ajeno y hasta violento a sus expectativas y demandas como mujer.

Nuestro mayor interés en este ensayo es hacer un análisis sobre las brechas que existen entre la normatividad de la salud materna y la implementación de las mismas en contextos indígenas, quedando nuestro objetivo como: “Analizar la coherencia que existe entre la normativa y la implementación del servicio materno en los centros de salud rurales tanto amazónicos como andinos” ya que la mortalidad materna se concentra en las mujeres indígenas, porque no existen servicios de salud diferenciados que respetan la cultura de los pueblos.

Nuestra metodología de abordaje estará centrada en el derecho a la salud de la mujer indígena. El objetivo de estos derechos será nuestro punto de partida para que el ensayo tenga un hilo conductor, una vez revisadas e interpretadas las normativas pertinentes internacionales y nacionales, anotaremos los avances sobre su implementación y aplicación de estrategias para la reducción de la mortalidad materna, lo que nos permitirá conocer el punto de acercamiento que existe desde los demandantes de los derechos y los garantes del derecho a la salud materna indígena.

### Una lectura de la normatividad de la Salud Materna

No es posible iniciar nuestro trabajo sin una mirada al marco internacional, consideramos que para cualquier tema de derechos de los pueblos indígenas es preciso referirnos al “**Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes**”<sup>2</sup> como el único instrumento jurídico internacional vinculante y los Estados que lo ratifican se comprometen a adecuar su legislación nacional, siendo un factor subyacente de la revisión de las constituciones nacionales de diversos Estados ratificantes como es el caso de **Bolivia, México y Perú**.

Este convenio fue adoptado el 27 de junio de 1989 y entró en vigencia el 5 de septiembre de 1991 ratificado por Noruega y México, siendo ratificado hasta la fecha por 19 países (4 europeos y 13 americanos) y en el Perú es ratificado el 17 de enero de 1994, depositado en Ginebra el 2 de febrero de 1994 y entrando en vigencia el 2 de febrero de 1995 y a partir de esta fecha el país inicia la adaptación de la legislación y desarrolla acciones necesarias para su implementación.

Si el cambio significativo del convenio 169 respecto al anterior, es que los pueblos indígenas tienen **derecho a controlar sus propias instituciones**, basado en los principios de respeto y participación, así mismo promueve el respeto a la cultura, la religión, la organización social, económica y la identidad de los pueblos indígenas a fin de asegurar su bienestar en el marco de los límites que una sociedad multiétnica plantea; entonces, cómo se explica que en el caso peruano, las mujeres que más mueren durante el embarazo, parto y puerperio son indígenas, analfabetas y pobres, catalogadas como de zona rural. En el tema de salud materna si bien tenemos excelentes iniciativas aisladas en la normativa, pues, no encuentran correspondencia con su implementación, debido a que no se logra visibilizar, cómo es que estas normativas no recogen del todo el clamor de los indígenas y entonces no solo se trata de la disminución de muertes maternas, sino precisamente que la atención sea de calidad teniendo en cuenta las condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales a través de los métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

Otro cambio central es que los pueblos indígenas pasan de ser objetos de protección a ser sujetos de derechos y el convenio 169, incorpora la categoría jurídica de los derechos colectivos (de tercera generación), los cuales sólo pueden ejercerse colectivamente. Así, la comunidad indígena es un sujeto colectivo de derecho público y no una simple suma de sujetos individuales, por lo tanto la **mujer es sujeto de derechos** y no un mero objeto sin voz ni voto, nuestra pregunta es, ¿será posible que siendo indígenas aún sigamos perpetuando vicios ajenos que hemos adquirido desde las épocas coloniales?

De las recomendaciones del VII Foro permanente para las cuestiones indígenas, que ratifica la Declaración de las Naciones Unidas sobre los pueblos indígenas, rescatamos el numeral once. ... “El Foro Permanente pide a los organismos especializados de las Naciones Unidas que, de conformidad con los artículos 41 y 42 de la **declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas**, examinen sus políticas y programas

a fin de cumplir las disposiciones de la declaración, garantizando el respeto del derecho a la libre determinación de los pueblos indígenas y el derecho al consentimiento libre, previo e informado”. Argumentos válidos para nuestros países como para los países que presionan e invaden nuestra autonomía con el cuento del desarrollo económico integrado y nos toca ser vigilantes de este tipo de economías que deshumanizan, empobrecen y someten a los indígenas a restricciones no generadas por los pueblos indígenas y nos ubican en malas condiciones de salud y de desarrollo.

En caso específico de la **seguridad social y salud**, del Convenio 169 OIT, en su artículo 24, consideramos que es muy tímido en su planteamiento, porque a la letra dice: “Los regímenes de seguridad social deberán extenderse **progresivamente** a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna”, lo que da lugar a una implementación lenta o nula por las Autoridades, lo que debería ser un hecho por derecho, por qué tendrían que seguir esperando los pueblos indígenas?, y por qué no son otros los que pueden esperar?, si es que hay que esperar.

### **Siguiendo en la lectura del Artículo 25 del convenio 169 de la OIT:**

1. De la adecuación de los servicios; El Perú tiene 7146 Establecimientos de Salud del Ministerio de Salud, (224 Hospitales, 1271 Centros de Salud y 5651 Puestos de Salud)<sup>6</sup> con servicios para la **atención materna gratuita mediante el seguro integral de salud**, con enfoque de Atención Integral, sin embargo aun es incipiente la atención de salud diferenciados con enfoque intercultural, lo que genera una brecha de acceso a los servicios de salud en las mujeres indígenas.
2. El sistema de salud de los pueblos indígenas debe contemplar el nivel comunitario, más aún cuando se trata de mujeres embarazadas y su respectiva atención; sin embargo aun **no se ha estructurado como tal, una red comunitaria efectiva** que involucre la participación de los profesionales de la



salud indígenas y oficiales, probablemente, los indígenas perderemos a nuestros pares, continuará la exclusión y los de la salud occidental no cubrirán sus metas de atención, por lo que se sigue haciendo grandes inversiones y grandes esfuerzos, con resultados desmotivadores.

3. “El sistema de asistencia sanitaria deberá dar preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, juntamente con otros niveles de asistencia sanitaria”. Esto se viene dando en contextos indígenas pero aún, entre los indígenas hay que hacer un cuidado en su selección, porque por el asunto de sobre vivencia y por la remuneración, algunas y algunos indígenas captados por los espacios de la salud oficial, son los que más atropellan o copian actitudes de maltrato con los suyos. Entonces, la salud se torna pues en un asunto de poder y de dominación.
4. “La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país”. Efectivamente debería ser así y agregar el tema productivo en el tema de seguridad alimentaria, como medida de prevención efectiva para la reducción de la desnutrición en las niñas y niños para ser parte del desarrollo y reducir el número de muertes maternas en el Perú.

El Ministerio de Salud del Perú, en su afán de alcanzar mayor equidad en el derecho a la salud y asegurar una atención prioritaria a 5 de los 8 **Objetivos del Desarrollo del Milenio**, convenidos por todas las naciones del mundo a alcanzarlos al 2015, uno de ellos corresponde a la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes, **fomentando el respeto de la igualdad de derechos de todos**, sin negar a ninguna persona la posibilidad de beneficiarse del desarrollo, sin embargo aun no existen procedimientos claros para asegurar el acceso a la atención a la mujer indígena, su familia y su comunidad a pesar de que la **Ley General de Salud del Perú N° 26842**, considera que, toda persona tiene derecho a la

protección de su salud y el derecho a la protección de la salud es irrenunciable.

En el caso peruano, **algunas de las políticas públicas** que podemos discernir con el enfoque de salud intercultural para la atención en salud y de derechos humanos son los que a continuación siguen:

- a. El 17 de enero 2002 se crea el Instituto Nacional de Medicina Tradicional – INMETRA y en febrero del 2004 se implementa el Centro Nacional de Salud Intercultural – CENSI, órgano de línea del Instituto Nacional de Salud – INS en el Ministerio de Salud, con dos estructuras colegiadas: El Comité Técnico Permanente y el Comité Consultivo, compuesto por instituciones privadas nacionales, internacionales y organizaciones indígenas; siendo uno de los objetivos la **integración de la medicina tradicional, alternativa y complementaria con la medicina académica** y proponer políticas en salud intercultural, mediante el desarrollo del Plan de Atención de Salud para Pueblos Indígenas en el País; posteriormente con Resolución Ministerial N° 771-2004, del 27 de julio del 2004, el CENSI crea la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, con el objetivo de promover, coordinar y monitorear acciones concretas dirigidas a los pueblos indígenas que permitan disminuir la brecha sanitaria existente acercando el valor de sus indicadores a los existentes en el nivel nacional y regional, principalmente los referidos a la reducción de la mortalidad infantil, mortalidad general y otros problemas sanitarios, cuyas acciones deben estar enmarcadas en el respeto a los patrones culturales propios de los pueblos indígenas, procesos que aun se encuentran en su etapa incipiente y los indicadores sanitarios no revelan cambios en el estado de la salud de los pueblos indígenas y es mas no se ha especificado respecto a la reducción de la mortalidad materna en el Perú.
- b. Según Decreto Supremo N° 006-2006, Se amplía las prestaciones del Sistema Integral

- de Salud - SIS, para la población de la Amazonía y andina dispersa y excluida, como parte de la estrategia se conformó los equipos de Atención Integral de Salud (AISPED), conformado por Médicos, Enfermeras, Obstetrices, Odontólogos, Sociólogos y Técnicos en Salud, sin o con escaso conocimiento del enfoque intercultural, como parte de su intervención lograron afiliar al SIS a algunos pobladores y pobladoras indígenas, en muchos casos sin información completa lo que no les permitió llegar a los Establecimientos de Salud para recibir atención, por no pertenecer el código de filiación a ese establecimiento, por lo tanto la estrategia no logró cumplir sus objetivos de hacer llegar salud a los pueblos indígenas en las zonas amazónicas y andinas del Perú.
- c. El 13 de abril de 2001, según Decreto Supremo 15-2001-PCM se creó la Comisión Especial Multisectorial para las Comunidades Nativas, contando con una Secretaría Técnica, formada por el Instituto Nacional de Recursos Naturales - INRENA y la Secretaría de Asuntos Técnicos de Asuntos Indígenas - SETAI - dependientes del Ministerio de Agricultura y del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano - PROMUDEH y con amplia participación de las organizaciones indígenas y la apertura del Gobierno, se logró consolidar los derechos de los pueblos indígenas en el Perú, postergado por muchos años y se estructuró un plan de acción con ocho puntos fundamentales, dos de ellos está relacionado al abordaje de la **salud materna en el marco de la salud de los pueblos indígenas**: Construir un sistema intercultural de salud y ampliar la cobertura de la salud pública entre las comunidades nativas y el segundo respetar y proteger los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas. El plan fue aprobado por el Consejo de Ministros y en el cambio de Gobierno se dejó el encargo de su implementación en manos de la Comisión Nacional de los Pueblos Andinos, Amazónicos y Afro peruanos - CONAPAA
- y no se dio paso a su implementación de dicho Plan de Acción.
- d. En Perú, se han tomado medidas que significan un retroceso para la consolidación de las cuestiones indígenas en las estructuras estatales. El Instituto Nacional de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afro peruanos (INDEPA) fue creado en el año 2005, como un organismo público descentralizado, participativo, rector de políticas, con autonomía administrativa y presupuestal, por el Congreso de la República, mediante la Ley 28495, luego de un consenso multipartidario, para reemplazar la Comisión Nacional de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuanos CONAPA". Sin embargo, durante el actual gobierno a través de un Decreto Supremo <sup>24</sup>, se convierte al INDEPA en una sub-unidad del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). Esta medida significa un claro retroceso ya que el INDEPA pierde autonomía y se limita la participación indígena en su estructura. En la actualidad, pese a que en diciembre del 2007 el Congreso de la República revocó esta medida del poder ejecutivo, el gobierno continúa sosteniendo que el INDEPA -aún como entidad autónoma- debe mantenerse adscrita al MIMDES. Como resultado de estas políticas erráticas y regresivas, en la actualidad el INDEPA no está funcionando y el actual gobierno no muestra ninguna voluntad política por reactivar dicha institución, lo que agrava la desprotección de los derechos de los pueblos indígenas del Perú<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Decreto Supremo 001-2007-MIMDES. Adscribe al Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos andinos, Amazónicos y Afroperuanos -INDEPA- al Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social

<sup>25</sup> Para mayor información ver: Informe sobre la situación de los derechos de los Pueblos Indígenas en el Perú. Presentado en el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en el marco de la evaluación periódica universal del Estado Peruano. Elaborado por el Grupo de Trabajo sobre Pueblos Indígenas: Asociación Pro Derechos Humanos (APRODEH), Asociación Paz y Esperanza, Centro Amazónico de Antropología y Aplicación Práctica (CAAAP), Derecho Ambiente y Recursos Naturales (DAR), Grupo de Trabajo Racimos de Ungurahui, Instituto del Bien Común (IBC), OXFAM América, SERVINDI. Abril 2008

- e. Ley N° 27811, que establece el Régimen de Protección de los Conocimientos Colectivos de los pueblos indígenas vinculados a los Recursos Biológicos<sup>26</sup>. Esta Ley, reconoce como “pueblos originarios que tienen derechos anteriores a la formación del Estado peruano, mantienen una cultura propia, un espacio territorial y se auto reconocen como tales”<sup>9</sup>. En estos, se incluye a los pueblos en aislamiento voluntario o no contactado, así como a las comunidades campesinas y nativas.
- f. Para contribuir a reducir la brecha de acceso a los servicios maternos y considerando que el Perú es un país pluriétnico y multicultural, con Resolución Ministerial N° 668-2004, se aprueba la “Norma Técnica para la atención del parto vertical con Adecuación Intercultural” con el objetivo de brindar atención con calidad y respeto a los derechos de las mujeres en particular andinas y amazónicas<sup>4</sup>. Este documento propone extender puentes de enriquecimiento entre el modelo occidental y tradicional, en iguales condiciones y sin contraposición, sin embargo su operatividad aun es inefectiva, centrado en las siguientes razones:
- Escasa participación de los actores en su implementación, los y las pobladoras indígenas no reciben la información completa del personal de salud sobre la atención prenatal, atención del parto y puerperio, solo reciben órdenes del personal de salud.
  - Formación occidental de los trabajadores de salud, predominancia del enfoque biomédico y la influencia de la cultura urbana en el sistema actual de salud, no se cumple lo escrito en el documento, donde se considera el Plan de Parto como una herramienta que facilita desarrollar los procesos para la atención del parto institucional con enfoque intercultural, entendiendo de que el parto institucional es la estrategia más efectiva para la reducción de la

mortalidad materna, siempre y cuando se de en establecimientos con suficiente capacidad resolutoria, es decir que cuente con implementación del sistema de salud convencional y el sistema de salud indígena.

- Los centros y puestos de salud que tienen como radio de acción a los pueblos indígenas amazónicos y andinos; siguen imponiendo el sistema de salud occidental para enfrentar los problemas de salud que pudieran presentarse en la población, sin tener en cuenta la normatividad vigente por lo tanto vulneran los derechos de las mujeres y hombres indígenas.
- La Norma Técnica de parto Vertical, generalmente esta difundido en los Centros o Puestos de Salud, mas no en los Hospitales y con mayor predominancia en zonas andinas que en amazónicas.
- La Voluntad Política del Gobierno Nacional y los Gobiernos Regionales en la implementación de estas normas es poca, este fenómeno es producto de la escasa sinergia entre el conocimiento occidental y el conocimiento indígena.

### Contextualización de la Salud Materna en el Perú

Desde la niñez cuando hablamos de la mujer indígena, tiene una expresión muy particular de coexistir en la **marginalidad**, aún entre los propios indígenas. Este tipo de casuísticas se convierten en la bandera de las feministas, en una primera instancia fue una tragedia saber que las mujeres no accedían a espacios de poder y asuntos organizativos. Pero sabemos que nuestros pueblos indígenas fueron eminentemente luchadores juntamente con sus mujeres. Con este fenómeno se ha peleado por la discriminación positiva de las mujeres dejando de lado el rol de los varones, entonces como otra exquisitez se proponen estudios de masculinidad. Estamos

<sup>26</sup> Ley N° 27811 (publicada en el Diario Oficial “El Peruano” el 10 de agosto de 2002). El Estado peruano reconoce el derecho y la facultad de los pueblos y comunidades indígenas de decidir sobre sus conocimientos colectivos.

pues evidenciando que en nuestras comunidades se vive y expresa una convivencia complementaria y de integración. La mujer puede estar en la casa, eso no está en cuestión, lo que está en cuestión que estando en la casa sea maltratada y más aún cuando por ejemplo solo trae al mundo hijas mujeres.

Ahora nos centraremos en el asunto de la salud materna en el Perú, sabiendo que en general las cifras más altas de muerte materna, que es la que pone de alarma a los sistemas oficiales de la salud, corresponden a nivel internacional a los países del África<sup>27</sup>

Una de las metas en salud materna en el Perú es llegar a reducir las muertes maternas a 66 por cada 100.000 nacidos vivos en el 2015. La iniciativa oficial de promover partos en centros de salud adecuados a las costumbres de muchas mujeres indígenas, entre ellas **parir de pie, en lugares cálidos y sin desnudarse**, resulta interesante, porque logra cubrir un vacío y demanda de la salud de los pueblos indígenas. Para ello hasta el momento se han logrado implementar las casas maternas con adecuación intercultural a manera de pilotos, cerca de los Centros de Salud mas no en los Hospitales, entonces las mujeres son referidas a los Hospitales para una intervención quirúrgica.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) al 2005, Perú, Bolivia, Guatemala, Haití y Honduras registran las cifras más altas de muertes maternas en la región.

Para el año 2002, según Watanabe la razón de mortalidad materna en el Perú, es de 164.2 por 100 mil nacidos vivos y no hay evidencias de acortamiento de las brechas a nivel regional, siendo los departamentos con las tasas más altas de mortalidad materna **Puno, Huanuco, Cajamarca, Cuzco y Ayacucho**, por otro lado no ha mejorado las coberturas de parto institucional

siendo el promedio en zonas andinas y amazónicas, registrándose solo el 44%, mientras que el promedio nacional es 70%. La Mortalidad Materna en el Perú, se da generalmente por falta de servicios obstétricos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad conducen a las demoras en la decisión de buscar atención, en llegar al lugar donde esta se brinda y en recibir atención apropiada, mostrando una interacción de pobreza, inequidad de género afectando a las mujeres indígenas, analfabetas y marginadas sumándose a ello que el sistema de salud exagera los patrones de exclusión indicados, ya que los motivos por las cuales las mujeres indígenas (de zonas rurales) no acceden a los servicios de salud están vinculados a un mal trato por parte del personal de salud, desconfianza de las normas de atención y vergüenza.

### **Las casas maternas y la adecuación cultural**

Pasando por Cusco, como Benigna Condori y otras mujeres indígenas vienen recuperando confianza en los centros oficiales de atención a la salud materna. Pues los centros de salud reportan que las muertes maternas se dan cuando la atención del parto es intra domiciliaria y nadie se entera que ocurrieron porque son en poblaciones alejadas, dispersas y no se conocen de su registro. Porque seguramente esas viviendas de los indígenas carecen de fluido eléctrico, de un sistema de agua, desagüe y alcantarillado y acaso no se pueden preguntar de qué ceguera carece el sistema oficial, que no les permite optar por una actitud de consulta y de acercamiento cálido a las poblaciones indígenas.

Según el Gobierno peruano, la primera casa materna fue creada en 1997 en la región sureña de Puno, fronteriza con Bolivia, con el objetivo de superar las barreras de distancia geográfica en la atención de salud a las mujeres.

Actualmente existen unas 390 casas de espera en el país, llamadas también como hogar materno o

<sup>27</sup> Son extraídas de las declaraciones del señor Edgar Ramírez, representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) en Perú

casa materna, ubicadas cerca de establecimientos de salud de primer nivel, excepto en la capital de Huánuco, se ha implementado una casa de espera; donde mujeres embarazadas que viven en poblados alejados pueden alojarse semanas antes de su fecha probable de parto, en compañía de sus parejas, hijos y hasta animales si así lo desean. Sin embargo estamos en nada cuando sabemos que en el país existen más de 8, 600 comunidades campesinas que entre dispersas y conglomeradas que no tienen acceso a este tipo de servicios y las algunas casas de espera están implementadas con orientación occidental, por ejemplo cocina a gas, sábanas de colores claros, lo que nos da a entender que la implementación de estrategias para la reducir la mortalidad materna se hace sin participación de mujeres y hombres indígenas en el diseño, seguimiento y evaluación de políticas y estrategias para mejorar la salud, vulnerando sus derechos muchas veces por desconocimiento de los implementadores.

Los departamentos del Perú, que han implementado casas de espera son Huánuco, Huancavelica, Puno, Bagua, Apurímac, Cusco y Ayacucho.

En la guía elaborada por la Dirección General de Promoción de la Salud, señala que la casa de espera no reemplaza a un servicio de salud ni es extensión del servicio de salud, sin embargo en la práctica es parte del sistema de salud, porque una mujer y su familia va a la casa de espera porque requiere de los servicios de salud.

Según el Fondo Mundial de Población de las Naciones Unidas - UNFPA la planificación familiar voluntaria puede contribuir a reducir las muertes maternas. Pero las metas sólo se alcanzarán en la medida en que los países sigan trabajando para que las mujeres tengan acceso a cuidados calificados durante el parto o si ocurren complicaciones. Todas las mujeres deberían tener el mismo derecho a dar a luz con una atención de calidad” en mérito a los compromisos internacionales asumidos por nuestros gobernantes y las propuestas de las organizaciones, como es el caso de las Mujeres Indígenas Sudamericanas, quienes concluyeron que es necesario la mejora de la calidad de atención de los servicios eliminando

el trato discriminatorio, las prácticas médicas agresivas e incorporando los conocimientos y ética de medicina tradicional<sup>8</sup>.

Efectivamente en el contexto indígena cuzqueño, huanuqueño, cajamarquino y en otros departamentos del País, las casas maternas de las provincias altas como son la de Canas, Espinar Paruro, Ocongate, Ccatcca, Huancari en Cuzco, Huácar, Baños, Obas, Amarilis, Acomayo en Huánuco, de las cuales podemos referir son un acierto bastante plausible, sin embargo la calidad humana todavía no ha sido resuelto y eso no cuesta nada, ser respetuoso (a) de los derechos de los demás, ser gentil y cálido en la atención del embarazo, parto y puerperio de la mujer, su familia y su comunidad.

## Conclusiones y propuestas

- Es un imperativo asumir en los espacios de diálogo y de construcción de políticas públicas establecer planes de incidencia con participación activa de los representantes de los pueblos indígenas. En la misma ruta establecer los comités y planes de vigilancia social, porque la normativa existe en el tema de salud materna y lo que no se hace es un programa serio de su implementación. NO solo busquemos la norma plasmada en el papel, busquemos normativas en la práctica, y, si no es así para qué su existencia.
- Todos los programas de sensibilización tanto para poblaciones no indígenas e indígenas sobre el tema de salud materna, no debería reducirse a simples charlas de información, sino más bien emprender programas de formación comunitaria permanente. Promoviendo y valorando el rol que cumplen los promotores de salud indígena.
- Las iniciativas pilotos de las casa maternas, deben dejar serlo y su implementación debe ser masiva, con la coparticipación y compromisos de los pueblos indígenas. Sin embargo su incorporación a médicos indígenas es frágil, a veces son meros acompañantes sin voz ni voto. Sería interesante que tomemos el caso boliviano que están

logrando remunerar por los servicios prestados a los médicos indígenas. En el caso de la atención del parto indígena es una buena oportunidad.

- Que los mecanismos de seguridad para poblaciones indígenas ya no sea una suerte si lo exigen o lo necesitan, en contexto indígenas debe ser un hecho. En este sentido se tiene el sistema de atención para poblaciones rurales, pero que si no tienen Documento Nacional de Identidad, no pueden entrar al sistema. El sistema oficial, se entrapa en su propia realidad por la ceguera en la toma de decisiones a nivel político.
- La **reducción de la mortalidad materna en las mujeres de los pueblos indígenas** requiere de un abordaje integral, como es el desarrollo del programas de alfabetización, educación intercultural bilingüe, dirigido a toda la población principalmente mujeres, porque en el Perú el 17% de las niñas no han asistido a una escuela; modelo de salud con enfoque intercultural con fortalecimiento de principios éticos basados en las reciprocidad, respeto y conocimiento ancestral, promoviendo de esta manera la construcción del ejercicio de derechos y deberes, adoptando una postura de ejercicio de ciudadanía, buscando la equidad y complementariedad entre gobernantes y gobernados, entre dominados y dominantes, si no hay dominados no hay dominantes.
- Se hace mención que en la selección de los trabajadores de salud indígenas: Quechuas, Aymaras y Amazónicos; se debe tener cuidado, porque es una realidad en algunos lugares de nuestro País, entonces debemos fortalecer la práctica del Ayni, viviendo en reciprocidad y vida en Ayllu, haciendo trabajo mutuo con nuestras comunidades en los planos físico y espiritual, lo que nos dará capacidad de negociación con los otros sectores sociales, populares y democráticos para la consolidación o generación de políticas a favor de la salud materna en el Perú.
- En el Perú, los derechos de los pueblos indígenas reconocidos en las últimas décadas, dan evidencias de que el problema

no está en las legislación que contamos, ni en otras nuevas leyes, sino que los problemas se encuentran en los niveles donde se hagan efectivos estos derechos, es decir en los gobernantes regionales, provinciales o distritales, que actualmente bajo el proceso de descentralización son responsables de su cumplimiento y por nuestra parte debemos estar informados de los instrumentos que tenemos para defender nuestros derechos, es otro reto que nos toca asumir a los pueblos indígenas, porque el actual proceso de descentralización del sector salud en el país, es inequitativa con escasa o nula participación de las organizaciones indígenas.

- Si bien hay responsabilidad regional y local, también debemos concluir que la implementación del marco normativo establecido para mejorar la salud materna y reducir las muertes materna, es lento y parcial desarticulado a los componentes de libre determinación, derecho colectivo e identidad; por poca voluntad política de gobierno nacional, lo que se traduce en escasa asignación de recursos financieros, mejora de las competencias de los recursos humanos no indígenas situación que genera sub valoración de las prácticas sanitarias y la medicina tradicional, determinantes fundamentales para la **mejora de la salud materna**.
- El sistema de salud pública actual en nuestro País, no responde a las necesidades de la salud de población indígena amazónica y andina; los excluye en la gestión del mismo y trata de subordinar la medicina indígena a la occidental, resultado de ellos se observa las brechas amplias de los indicadores socio epidemiológicos de **parto institucional, mortalidad materna**, analfabetismo en mujeres, pobreza entre los principales.
- No existe un sistema de información institucionalizado sobre las estadísticas de salud de los pueblos indígenas, lo que no permite evidenciar con facilidad la situación del estado de salud de los pueblos indígenas, principalmente la **salud materna**, existe sub registro de muertes en poblaciones extremas de la vida en las mujeres y en las más pobres.

- No existen datos sobre las **muerres maternas en las afro peruanas**, probablemente porque viven en la costa tienen mayor acceso a los servicios de salud y se encuentran mejor empoderadas en el seno de sus familias, aun esta por estudiar.
- Incidir en la estructuración de políticas que promuevan la formación de recursos humanos indígenas de la zona, como profesionales en enfermería y enfermería técnica que trabajarán en sus lugares de origen; puesto que ellos hablan el idioma, conocen la cultura y las costumbres de su pueblo y podrán entender el pensamiento y su idiosincrasia, malestares; miedos y actitudes de las personas frente a la medicina occidental y brindar una mejor atención, revalorizando y el uso de los conocimientos ancestrales referidos a la Salud.
- **La Mortalidad materna** es la máxima expresión de injusticia social, se concentra en las mujeres indígenas sin acceso a los servicios de salud, analfabetas, pobres, residentes en zonas rurales.
- **La adecuación cultural para la atención del parto**, está centrada en los centros y puestos de Salud de las zonas andinas, su implementación es mínima en las zonas amazónicas y aun no se ha dado el paso de su implementación en Hospitales, como si lo tienen Países vecinos.

### Bibliografía

- María Luisa Palomino. (2008). Agencia de Noticias Internacionales Reuters.
- Convenio N° 169 de la OIT, Aprobado por Resolución Legislativa N° 26253. Aprueba el “Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes”, el 05 de diciembre de 1993.

Comisión Especial Multisectorial para las Comunidades Nativas - CEMCN. Plan de Acción. Mesa de diálogo y Cooperación para las Comunidades Nativas Creado por Decreto Supremo N° 015-2001-PCM. Lima – Perú.

Norma Técnica para la Atención del Parto vertical con adecuación intercultural, (NT N° 33-MINSA/DGSP-V.01)/Ministerio de Salud. Dirección General de Salud a las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Sexual y Reproductiva – Lima, Perú 2005.

Physicians for Human Rights (PHR). Demoras Fatales, Mortalidad Materna en el Perú, un enfoque desde los derechos humanos para una maternidad segura, Enero a junio 2007.

Dirección General de Epidemiología/Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud del Perú – 2007.

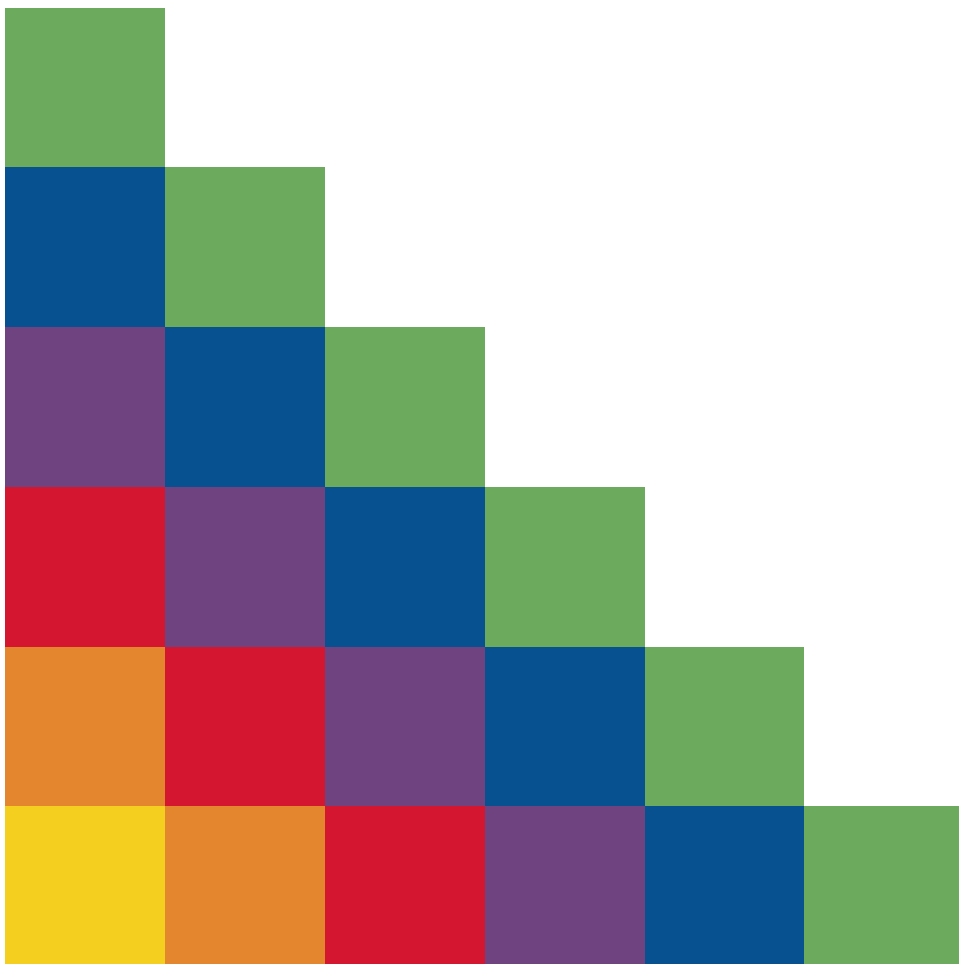
Proyecto 2000. Ministerio de Salud, La Muerte Materna en zonas rurales del Perú, Lima – 1999.

Enlace Continental de Mujeres Indígenas – Región Sud América. 49 Sesión de la Comisión del Status de la Mujer – ONU. Nueva Cork, febrero 28 – 11 de marzo, 2005.

INDECOPI: Ley N° 27811 del Régimen de Protección de los Conocimientos Colectivos de los Pueblos Indígenas, vinculados a los Recursos Biológicos. Lima, 2007, Segunda Edición.



# ECUADOR





## Situación de la salud intercultural en el Ecuador

*Verónica Anavel Inuca*

*Rosa Mayta Zapata*

*Jorge illescas Llivisaca*

### Introducción

Las Nacionalidades y Pueblos Indígenas en el Ecuador poseen una diversa y rica herencia cultural: sus manifestaciones estéticas, sus conocimientos, tecnologías y formas de organización se hallan fundamentados en la milenaria sabiduría ancestral. Sin embargo, al menos 43 millones de indígenas en el continente americano<sup>28</sup> acusan carencias económicas, jurídicas y sociales, mostrando, en consecuencia, un estado de pobreza alarmante y por lo ende, condiciones abiertamente deficitarias de vida y de salud.

Los Pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador han resistido formas de dominación, explotación y discriminación desde la colonia y durante más de cinco siglos de genocidio y etnocidio

En la actualidad, las demandas de las nacionalidades y pueblos indígenas fruto de esa gran lucha y resistencia, se encuentran amparadas bajo una amplia doctrina jurídica nacional e internacional, expresada en declaraciones, acuerdos, convenios y tratados, donde se reconocen sus derechos colectivos: el Convenio 169 de la OIT, la Declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas (1994-2004), la proclamación de 1993, como Año Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo por la Organización de las Naciones Unidas, así como la Constitución Política del Estado ecuatoriano, y la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, entre otros. Estos

<sup>28</sup> Organización Panamericana de la Salud, Documento Resolución V "INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS", XXXVII Reunión del Consejo Directivo, Cuarta sesión Plenaria, 28 Septiembre de 1993.

se encuentran detallados en el presente trabajo, sí como también una aproximación de la realidad socio económica de los pueblos indígenas del Ecuador.

La globalización de la economía y de los sistemas de salud basados en la ciencia occidental, representa una amenaza para las distintas culturas sanitarias ancestrales, por lo que en presente ensayo termina con una serie de conclusiones y recomendaciones ante esta amenaza del modelo económico actual.

### Marco legal internacional y nacional

Desde siempre la demanda de los pueblos indígenas ha sido el respeto de sus derechos, especialmente aquellos vinculados a la salud, con el fin de articular sabidurías ancestrales, como políticas públicas de estado en salud, en ese sentido se firmaron convenios específicos para afianzar estos objetivos.

En el presente inicio de siglo y milenio, las demandas de las nacionalidades y pueblos indígenas se encuentran contempladas bajo una doctrina jurídica nacional e internacional considerable, expresada en declaraciones, acuerdos, convenios y tratados, donde se reconocen sus derechos colectivos.

#### En el ámbito Internacional:

El *Convenio 169 de la OIT (1989), Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes*, el mismo que declara en su Parte Quinta.- Seguridad Social y Salud; Art. 25:

1. Los Gobiernos han de poner a disposición de los Pueblos interesados, servicios de salud adecuados, o proporcionar a dichos Pueblos los medios que le permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

El sistema de asistencia sanitaria deberá dar preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud

- En septiembre de 1999, los Gobiernos miembros de la OPS, expiden la *“Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas”* su resolución quinta declara: *reconocer, valorar y rescatar* la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de los pueblos autóctonos; promover actividades encaminadas al mejoramiento de su calidad de vida y salud.
  - El **12 de mayo, 1994**, la 47ª. Asamblea Mundial de la Salud declara el *Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo*. Sus Objetivos disponen:
    - a. Fortalecer la cooperación internacional para solución de los problemas de salud de pueblos indígenas.
    - b. Adoptar disposiciones específicas para grupos de población más vulnerables.
    - c. Reconocer la experiencia y conocimientos de las medicinas tradicionales indígenas.
    - d. Atención médica y sanitaria culturalmente adaptada en sus métodos, técnicas y alcance social.
  - e. Establecer en los países: puntos focales de enlace con el Centro de Derechos Humanos, los gobiernos y las poblaciones indígenas para desarrollar y mejorar programas de beneficio.
  - f. Establecer grupos consultivos de representantes indígenas con conocimiento sobre necesidades de recursos sanitarios en las comunidades.
- En el año **2004** se instauro el *II Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo*.
  - El año **2003**, la **56 Asamblea de la OMS**, acuerda el *Informe de la Secretaria (A56/18, 31 de marzo del 2003)*, el cual pasa revista al uso creciente de la medicina tradicional (medicinas tradicionales y alternativas) por los países. y recomienda una estrategia para su desarrollo y valoración.
  - A fines de marzo del 2006, los Ministros de Salud del Área Andina, reunidos en Bogotá, acogieron los Acuerdos formulados por la Comisión Andina de Salud Intercultural (establecida en Umada, en noviembre del 2005), y suscriben una Resolución (*RfMSAA XXVII/417. 31 de marzo. 2006*), que contempla:
    - a. Expresar su beneplácito por el trabajo de la Comisión Andina de Salud Intercultural y ratificarla.
    - b. Desarrollar políticas institucionales que garanticen la incorporación del enfoque intercultural en todas las acciones vinculadas a la salud.
    - c. Avanzar en la construcción de modelos de atención con enfoque intercultural, y de sistemas de información y seguimiento sobre salud intercultural y situación de salud de pueblos indígenas.
    - d. Desarrollar mecanismos de participación de los pueblos indígenas en la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en salud.

- e. Solicitar a la Secretaría del ORAS-CONHU coordinar el Plan Andino de Trabajo en Salud Intercultural y articularlo con las Políticas Públicas de Salud, al tiempo que fortalecer el desarrollo de RRHH con competencia en salud intercultural.
- En Septiembre del año 2007, la ONU aprueba la **Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas**.

#### Artículo 21

1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas en la salud y la seguridad social.

#### Artículo 24

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas medicinales, animales y minerales de interés vital.
2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

#### **El ámbito nacional cuenta con las siguientes herramientas jurídicas generadas a partir del año 1994**

Siguiendo los marcos jurídicos, *“El sistema de salud debe efectuarse en cooperación con los pueblos indígenas”*. Siguiendo este enfoque del Convenio 169. Convenio sobre la diversidad biológica, el Decenio internacional de los Pueblo Indígenas del mundo y en el marco de las iniciativas de la salud de los pueblos indígenas de las Américas promovido por la OPS.

En el Ecuador se establece:

- El Estado Ecuatoriano, ha ratificado el Convenio Internacional N° 169 de la OIT.
- *La Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia*: Consiste en un Programa de subsidiariedad a la madre y el niño, es decir a la demanda, articulando para el efecto a diferentes proveedores de servicios.
  - a. Art. 2-A (Art. Agregado por Ley No. 129; agosto 1998). Podrán participar, previa acreditación por el Ministerio de Salud, entidades prestadoras de servicios de salud sin fines de lucro, incluyendo las de la medicina tradicional. Dentro del cumplimiento de esta Ley y con el afán de cambiar los indicadores altos de morbi-mortalidad materno – infantil, el ministerio de salud pública, ha insertado dentro de algunos centros de atención primaria en salud, lo que corresponde al Parto Vertical, en coordinación con algunos agentes de salud indígena, esto podemos considerar como una pequeña aproximación a lo que se aspira en lo concerniente a la salud Intercultural y es la primera ley en el Ecuador, que de alguna manera lo faculta.
- *La Carta Política del Estado ecuatoriano* reformada en 1998, en su capítulo V, art. 83 – 85 incluye a los Derechos Colectivos:
  - a. Art. 1: El Ecuador es un Estado pluricultural y multiétnico.
  - b. Art. 44: El Estado... reconocerá, respetará el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley e impulsará el avance científico y tecnológico en el área de salud, con sujeción a principios bioéticos.
  - c. Art. 45: El Estado organizará un sistema nacional de salud, que se integrará con las entidades públicas, autónomas, privadas y comunitarias del sector.

Funcionará de manera descentralizada, desconcentrada y participativa.

d. Art. 84: 3,3 Mantener, desarrollar y fortalecer su identidad y tradición en lo espiritual, cultural, lingüístico, social y político. -y los numerales:

- \* A la propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales; a su valoración, uso y desarrollo conforme a la ley.
- \* A sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella.
- \* Formular prioridades en planes y proyectos para el desarrollo y mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales; y a un adecuado financiamiento del Estado.
- \* Participar, mediante representantes, en los Organismos oficiales que determine la Ley.

- **Creación de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas DNSPI**, como una dependencia del Ministerio de Salud Pública, con autonomía técnica administrativa y Funcional, mediante Acuerdo Ministerial No. 01642, el 13 de septiembre de 1999, dado y firmado por el Ministro de salud de aquel entonces.

a. **Art 2.** Asígnese a la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas:

- \* La articulación y coordinación de acciones a fin de incorporar las prácticas de Medicina Tradicional a las de Medicina Académica e incentivar la legislación sobre la materia de acuerdo a lo presentado en las normas Constitucionales

- \* La formación de personal indígena de salud tanto en el campo de medicina tradicional como en el de la medicina académica.

Cabe señalar que la DNSPI, no es más que un nombre, pues en realidad es un Subproceso del Proceso Nacional de normatización en salud, y constituye simplemente una instancia administrativa (figurativa) sin ningún poder de decisión sobre cuestiones de política institucional y sobre asuntos que promuevan transformaciones sustanciales en los modelos de gestión y atención de la salud para los pueblos y nacionalidades indígenas.

- **Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud (2002):**

a. Capítulo 1:

- \* - Art. 2, Finalidad y Constitución del Sistema: El sistema Nacional de Salud estará constituido por las entidades comunitarias.
- \* - Art. 3: Objetivos. 5: Incorporar la participación ciudadana en la planificación y veeduría en todos los niveles y ámbitos de acción del Sistema Nacional de Salud.
- \* - Art. 4: Principios. 5: Pluralidad Respetar las necesidades y aspiraciones diferenciadas de los grupos sociales y propiciando su interrelación con una visión pluricultural.

b. Capítulo 11: Del Plan Integral de Salud

- \* - Art. 5. Para el cumplimiento de los objetivos propuestos, el Sistema Nacional de Salud implementará el Plan Integral de Salud y mantendrá un enfoque pluricultural.
- \* - Art. 6. Modelo de Atención: El Plan Integral de Salud, se desarrollará con base en un modelo de atención con énfasis en la atención

- primaria y promoción de la salud. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas.
- c. Capítulo 111: Integración del Sistema
    - \* Art. 7. Integrantes del Sistema Nacional de Salud: 12. Servicios Comunitarios de Salud y agentes de la medicina tradicional y alternativa.
  - d. Capítulo IV: Funcionamiento del Sistema
    - \* Art. 13. Función de financiamiento: El financiamiento del Plan Integral de Salud será destinado a garantizar las acciones de salud de la población con mayor riesgo y vulnerabilidad epidemiológica y bio-social.
  - e. Capítulo VI: De los Recursos Humanos
    - \* Art. 26. El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del consejo Nacional de Salud, propondrá a las entidades formadoras la política y el plan nacional para el desarrollo integral de los recursos humanos en salud (...) con enfoque pluricultural, conforme a las necesidades de la población y mercado de trabajo.
    - \* Art. 29: El Ministerio de Salud Pública, con el apoyo del Consejo Nacional de Salud y la participación del FUNDACYT, impulsará una política de investigación orientada a las prioridades nacionales y el desarrollo y transferencia de tecnologías adaptadas a la realidad del país manteniendo el enfoque pluricultural, que incluya la promoción y desarrollo de la medicina tradicional y alternativa.
- 2004. El Modelo de Atención Integral, estatuido mediante Acuerdo Ministerial 0553 del 13 de mayo del 2004, explicita:
    - a. **Objetivo General:** el Modelo de Atención Integral será ofertado por “otros proveedores de servicios de salud” (se comprende el referido a las medicinas tradicionales y alternativas).
    - b. **Bases Conceptuales:** El Modelo de Atención Integral, se desarrollará con bases en la Atención Primaria y Promoción de la Salud con enfoque familiar (...). Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas. Considera la estrategia del enfoque intercultural que ha de garantizar la vigencia y práctica de los conocimientos provenientes de un rico patrimonio cultural, superando prejuicios e incorporando modelos que expresen la complementariedad, la reciprocidad y la diversidad de las culturas en salud.
    - c. **Conjunto de Prestaciones Básicas:** (...) será accesible y de cobertura obligatoria para toda la población por medio de la red pública y privada de proveedores y mantendrá un enfoque pluricultural.
    - d. **Estrategias para el Desarrollo del Modelo de Atención Integral:**
      - \* Garantizar la adopción intercultural de aspectos conocidos de la atención: Investigación y validación de prácticas alternativas de salud; aplicación y normatización de las prácticas validadas.
      - \* Fortalecimiento y coordinación con la red comunitaria (se comprende la red socio organizativa -cabildos; organizaciones de primero y segundo grado, así como las redes de sanadores de las medicinas tradicionales).

- \* Coordinar las medicinas tradicionales y complementarias, reconociendo y respetando las diferentes prácticas que las etnias ecuatorianas utilizan para atender sus necesidades prioritarias de salud.
  - \* Realizar visitas integrales comunitarias bimensuales con promotores, voluntarios de salud o líderes cívicos.
  - \* Iniciar un proceso de capacitación dirigido a todo el personal de las instituciones y organizaciones de salud, mediante el cual los funcionarios conozcan y comprendan los principios, características y contenidos del modelo de atención.
- **2004.** *El 11 Congreso por La Salud y La Vida* (septiembre, 2004) generó varios mandatos con el fin de establecer las reformas estructurales que el Ecuador precisa:
    - a. Desarrollar un modelo de atención de salud de aplicación obligatoria por todas las entidades que conforman el Sistema Nacional de Salud con las siguientes características: integral eco-bio-psico-socio-cultural y espiritual, integrado, continuo, participativo, intersectorial, eficiente, eficaz, cálido, no discriminatorio, intercultural, coordinado, descentralizado, sustentable (política y económicamente), con enfoque de género, intergeneracional, interétnico, solidario y dinámico.
    - b. 2. Recrear los mecanismos necesarios y suficientes para atender a la diversidad de la población ecuatoriana con la medicina tradicional, ancestral, alternativa y complementaria.

Esta estrategia incluye las siguientes líneas de acción:

- Construcción de modelos interculturales de salud articulando los sistemas de salud for-

mal, tradicional y alternativa, en los servicios de salud.

- Profundización de procesos de descentralización y participación social a través del desarrollo del modelo intercultural de salud en el contexto de la territorialidad, relacionando la distribución geográfica parroquial y los Consejos Cantonales de Salud.
- Incorporación de los fundamentos epistemológicos, teóricos, metodológicos y técnicos (para la construcción) de los modelos interculturales y pluriétnicos, en los pensum académicos de las universidades e instituciones formadoras de talentos humanos en salud. Promoción de la investigación científica de lo tradicional, de lo multiétnico, multicultural e intercultural, a través del equipo de salud integral en la salud urbana y rural.

Y en cuanto a las políticas financieras propone:

- “Estructurar, financiar e implementar, progresivamente, un sistema de acceso universal en salud, que garantice la protección integral (familiar, comunitaria y medioambiental) basado en la solidaridad, equidad y eficiencia, atendiendo con prioridad a grupos vulnerables en todo el ciclo vital mediante el enfoque intercultural y de género, con participación de lo público y privado”.
- *2005. El Plan Nacional de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (Decreto Ejecutivo No. 2717. Registro Oficial No .566. abril 15. 2005) Y el Plan Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna del Ministerio de Salud*, reconocen la necesidad de contar con el enfoque intercultural en los servicios de atención maternal. Recoge, asimismo, un conjunto de preceptos legales correlativos, en donde se establece “*el derecho a realizar un plan de procreación con asistencia técnica o de una partera reconocida en un hospital o en un ambiente alternativo*”.

*Fundamentos Estratégicos.* Reforma del Sector Salud para el Acceso Universal a Servicios de Salud Sexual y Salud Reproductiva y Humanización de

tos Servicios de Salud: “entendida como poner en práctica la cultura, las adaptaciones culturales, técnicas, de procedimientos, el reconocimiento de los saberes y prácticas de las nacionalidades y pueblos”.

- Desarrollar la articulación de los servicios de salud con la medicina tradicional y la adaptación cultural de los mismos.
- Integrar a la red de servicios a la medicina alternativa y tradicional con todos sus conocimientos ancestrales, dotándoles de facilidades y recursos.
- y un conjunto significativo de Artículos que disponen mecanismos para la capacitación y participación social en la gestión y planeación de los servicios de salud materna, es decir, para la conformación de veedurías sociales eficaces y oportunas.

En el año 2007 el Congreso Nacional aprueba la **“LEY ORGÁNICA DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE PUEBLOS INDÍGENAS DEL ECUADOR QUE SE AUTODEFINEN COMO NACIONALIDADES DE RAÍCES ANCESTRALES”**.

## **CAPITULO II: De la Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador**

**Art. 7.-** La Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador, es una entidad técnica, especializada en la práctica de la medicina y conocimientos tradicionales, que funcionará bajo los lineamientos definidos por el Consejo de Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador.

**Art. 8.-** La Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador, tendrá como misión fundamental la definición de políticas públicas para proteger, desarrollar y asegurar el derecho de acceso a servicios de salud intercultural ade-

cuados a su realidad socio-cultural y tradiciones propias.

Tendrá las siguientes atribuciones y funciones:

- a. Fomentar la recuperación, valoración, desarrollo y práctica de los sistemas de medicina tradicionales de las nacionalidades y pueblos indígenas;
- b. Articular y coordinar acciones a fin de incorporar las prácticas de medicina tradicional al Plan Nacional de Salud, de acuerdo con lo prescrito en la Constitución Política de la República y las leyes;
- c. Formar al personal indígena de salud, en medicina tradicional y garantizar su práctica en las nacionalidades y pueblos indígenas, y en el territorio nacional;
- d. Promover el ejercicio de la medicina tradicional de las nacionalidades y pueblos indígenas en sus propias comunidades y en todo el país;
- e. Implementar el sistema intercultural de salud en el país;
- f. Coordinar el funcionamiento de los espacios comunitarios de sabiduría, los lugares sagrados y la práctica de medicinas tradicionales en cada nacionalidad y pueblo indígena;
- g. Garantizar los conocimientos, prácticas y usos de los distintos medios de diagnóstico y tratamiento en los sistemas de medicinas tradicionales y los usos de las plantas medicinales y sagradas, costumbres y ceremonias rituales, que se constituyen en elementos fundamentales para el equilibrio armónico de la salud física, mental, espiritual, individual, comunitaria y ecológica;
- h. Proteger, recuperar y controlar los recursos biogénéticos y conocimientos ancestrales de medicina de las nacionalidades y pueblos indígenas que no sean plagiados o patentados por personas naturales o jurídicas, extrañas a dichos pueblos y/o nacionalidades; y,
- i. Otorgar el correspondiente certificado a quienes practiquen la sabiduría ancestral,

siempre que cumplan los requisitos establecidos en la presente Ley y el reglamento.

**Art. 9.-** La Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador contará con una Secretaría Ejecutiva Nacional, como organismo técnico-administrativo operativo de la Institución. Para cumplir con sus atribuciones contará con personal profesional calificado.

**Art. 10.-** El/la Secretario(a) Ejecutivo(a), será el representante legal de la Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador, tendrá a su cargo la dirección técnica, la gestión administrativa y la coordinación con las demás instituciones del Estado en temas de salud intercultural.

**Art. 11.-** El/la Secretario(a) Ejecutivo(a) será elegido mediante concurso de meritos y oposición convocado por el Consejo de Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador, en coordinación con sus organizaciones históricas, legalmente reconocidas y de representación nacional. Durará cuatro años en el cargo, pudiendo ser reelecto por una sola ocasión.

La actual Constitución política del Ecuador que se ha elaborado en Montecristi, enuncia en su Sección séptima respecto a salud:

**Art. 32.** El Estado garantizará el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva; el derecho a la salud se rige por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, y enfoque de género y generacional.

**Art. 33.** Los instrumentos internacionales comerciales no podrán menoscabar, directa o indirectamente, el derecho a la salud, el acceso a

medicamentos, insumos, servicios, ni los avances científicos y tecnológicos.

La constitución propuesta por la actual asamblea constituyente, en lo referente a salud, no da un panorama claro respecto a la revitalización de la medicina tradicional ni a los principios ni derechos de propiedad intelectual, ni mucho menos aclara una interrelación o alianza entre medicina occidental y medicina tradicional, por lo que consideramos que no significa ningún avance en lo que a Políticas de salud de los pueblos indígenas tiene que ver, inclusive nos atrevemos a asegurar que es una forma de retroceso, frente a todos los logros del Movimiento Indígena en las últimas dos décadas. El art.32 (2) de la declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas que hace mención al consentimiento, previo libre e informado (a cerca de las actividades de prospección, explotación y comercialización de recursos no renovables a desarrollarse en territorios ancestrales) no ha sido incluido en la Nueva Constitución, ya que en ella solo se menciona una CONSULTA previa, libre e informada, más no el consentimiento.

### **Interacción entre la inter-cientificidad, interculturalidad y los derechos indígenas en la política pública de salud en el Ecuador**

El movimiento indígena ecuatoriano es tal vez el fenómeno político y social más importante que ocurrió en el Ecuador en la década de los noventa. Luego de un largo proceso organizativo las organizaciones indígenas de la Sierra, Amazonia y Costa en 1986 formaron la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE).

Como uno de los más fuertes legados del pasado colonial del país, el racismo obstaculizaba las relaciones entre indígenas y mestizos y estaba presente en la vida cotidiana, en la escuela, en los hospitales, en la calle y se expresaba en conductas agresivas y de menosprecio.



En ausencia de un estado de derecho que garantice la igualdad de todos los ecuatorianos ante la ley, las personas que fueron víctimas del racismo tenían pocas opciones para cuestionarlo e impugnarlo. Muchas veces tenían que resignarse a la agresión pues en situaciones de desigualdad estructural no se contaba con los recursos para resistir estas prácticas. Al estar sometidos a experiencias racistas se generaban dolor e indignación y se iban gestando una voz y una conciencia individual y colectiva.

En los centros de salud y hospitales se producían manifestaciones de maltrato. Los indígenas nunca fueron atendidos con respeto y consideración. Por una parte estaban las barreras del idioma, pues muchos indígenas hablaban un castellano que los sectores dominantes consideraban imperfecto y que les daba una excusa para no entenderlos y maltratarlos. Pero además y sobre todo estaban los prejuicios de muchas personas blancas y mestizas que consideraban que los indígenas eran seres inferiores o infrahumanos que no sentían el dolor y que no se merecían un trato considerado y amable en los centros de salud.

Además las prácticas médicas de los pueblos indígenas fueron consideradas como rezagos de la superstición y de charlatanería de seres no modernos ni racionales. Estas tradiciones no solo eran desconocidas sino que subestimadas y despreciadas por una perspectiva colonial imperante que sólo reconoció cómo conocimientos válidos a aquellos producidos en los centros de poder.

Bajo éste criterio “No paró la persecución a los yachaks, las postas sanitarias de aquella época si bien daban cierta atención de salud, pero hacían campaña en contra de la medicina indígena”<sup>29</sup>.

En cuanto al conocimiento científico relacionado con la medicina, los expertos de Naciones Unidas dicen que el 80% proviene del conocimiento de nuestros ancestros indígenas y afrodescendientes. Sin embargo los Derechos intelectuales de los

Pueblos indígenas y afrodescendientes no son reconocidos y peor respetados. Pues se ha visto como mediante la herbolaria se ha usurpado parte de la sabiduría milenaria de nuestros ancestros, ya que con medios netamente mercantilistas han sido aprovechados por las grandes Farmacéuticas y grupos de poder.

Todo esto propició la separación marcada entre dos sistemas de salud, aparentemente irreconciliables, la medicina occidental no aceptaba las prácticas de salud indígena, y ésta se practicaba de manera vedada. Además, lo que sucedía en la práctica era que la población indígena no tenía acceso a los servicios de salud convencionales. El desconocimiento de la cosmovisión indígena, el hablar en lengua castellana a una población que habla el Kichwa, la discriminación hacia los indígenas operaban como barreras que impedían un acercamiento respetuoso y bloqueaban cualquier posibilidad de diálogo intercultural.

Esta realidad no sólo es del siglo o décadas pasadas, sino que sigue vigente e impera en la actualidad, pues pese a tener cierto grado de “reconocimiento” las cuestiones indígenas y ancestrales, aún no se les ha dado la acogida suficiente para incidir positivamente en las condiciones de vida de los Pueblos Indígenas, tal es el caso de la DNSPI (Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas).

*“Es importante anotar que el funcionamiento de la DNSPI resultó bastante limitado, no sólo por la insuficiencia presupuestaria (y constantes prorratesos, y cortes para atender asuntos emergentes), sino porque en la práctica se mostró como una instancia administrativa sin ningún poder de decisión sobre cuestiones de política institucional y sobre asuntos que promovieran transformaciones sustanciales en los modelos de gestión y atención de la salud para los pueblos y nacionalidades indígenas. La DNSPI, de conformidad con su estructura orgánica y funcional, sería una instancia exclusivamente normativa, de evaluación y control de los planes*

<sup>29</sup> CONEJO Miriam. Dr. (2005): Población Indígena y reforma del sector Salud en el caso de Ecuador.

y programas de salud intercultural existentes en el país”.<sup>30</sup>

Según la normativa existente, es competencia del Ministro de Salud, de las Subsecretarías, así como de la Dirección General, la formulación, orientación y conducción de políticas y líneas de acción para solucionar los problemas estratégicos del sector salud. Por esta razón las organizaciones de las nacionalidades y pueblos indígenas, han trabajado en una propuesta de la creación, a más de la DNSPI, de una *Subsecretaría de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos*, instancia que pudiera, de mejor y productiva manera, negociar y consensuar la incorporación de políticas, lineamientos y acciones estratégicas interculturales, en toda la estructura sistémica de la Autoridad Sanitaria Nacional, del Consejo Nacional de Salud, y de los Consejos Provinciales y Cantonales de Salud. Aspiración que ahora es una realidad, pero por falta de voluntad política del Gobierno de turno (Rafael Correa) no se ha dado paso a la vigencia de la Ley de las instituciones públicas de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas y con ello a que empiece a funcionar la Secretaría Nacional de Salud Intercultural de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador, Ley que fue aprobada en el mes de Agosto del año 2007.

Es triste mencionar que la ley antes indicada, está únicamente en papeles, pues el Gobierno actual, no permite que ésta ley se ha ejecutado, más bien la ha deslegitimado (por el simple hecho de haber sido aprobada por el Congreso Nacional último, que no era de su simpatía).

Así podemos concluir que no hay una verdadera interacción entre la inter-cientificidad, interculturalidad y los Derechos Indígenas en la política pública de salud en el Ecuador. Pues no habido un diálogo intercientífico y transcienceífico que apunte a la complementariedad en aspectos claves de la salud, entre las dos culturas predominantes en el Ecuador por un lado la Blanca mestiza

(con sus paradigmas caducos sobre la salud y la enfermedad) y por el otro el Mundo Indígena y afrodescendientes con sus múltiples particularidades y singularidades. La ciencia moderna y la sabiduría Indígena, siempre han sido comparadas y contrapuestas. El estado Ecuatoriano (asesorado en este campo por pseudoindígenas), ha actuado más bien como un elemento distorsionador del proceso de reivindicación de los derechos de los Pueblos Indígenas y por ende de los saberes ancestrales.

### **Descripción del contexto y problemática del Ecuador en relación a la salud en pueblos indígenas y afrodescendientes**

Las cosmovisiones, conocimientos y prácticas, los recursos diagnósticos, terapéuticos y de sanación de las medicinas tradicionales indígenas, forman verdaderos sistemas de salud. Estas medicinas no formales, recreadas y reproducidas cotidianamente, han generado prácticas holísticas en las cuales sus especialistas han impreso su propia visión del mundo, su propia identidad.

Las diferentes culturas especializaron Hombres y Mujeres de Sabiduría, quienes mediante la observación sistemática, de correlacionar la planta, el órgano y la enfermedad, de predecir por medio del augurio, el éxtasis y la iluminación, de considerar los mandatos de las deidades originarias (aunque también de los nuevos dioses y santos de origen occidental), explicaron y explican la enfermedad, al tiempo que la tratan en su relación con las condicionantes temporales, con el medio natural, social y cultural. De igual manera, la presencia de muchas plantas sagradas (“enteógenos”: plantas con propiedades psicoactivas) permitió y permite a los sabios indígenas, seguir el movimiento vibrante y luminoso de la enfermedad, esto es, ver y oír los remedios en los éxtasis provocados en las *mesas* de ofrenda, purificación y sanación.

<sup>30</sup> “Mapa estratégico 2004 – 2009, DNSPI”.

La responsabilidad de los Hombres y Mujeres de Sabiduría no es sólo de carácter curativo, sino de liderazgo social, político y espiritual. Ellos promovieron la lucha y resistencia a los colonizadores, y mantuvieron intacto (bajo condiciones sincréticas) el respeto y culto hacia sus Deidades, encarnados por siempre en la naturaleza viva. Este hecho, sumado al recelo que la medicina formal de occidente manifestaba sobre los sabios indígenas, y a las campañas de extirpación de idolatrías emprendidas por la Iglesia, sustentaron la reiterada persecución de estos sanadores, fenómeno presente hasta el día de hoy.

En Ecuador, el Sistema de las Medicinas Tradicionales Indígenas guarda correspondencia con las peculiaridades culturales de sus Nacionalidades y Pueblos. Visto desde la óptica formal, de ese sistema ha resultado posible obtener componentes gnoseográficos, etiológicos y terapéuticos relativamente comunes. Pero asimismo, existen entidades de convicción propia. Entre las culturas del callejón interandino, por ejemplo, apreciamos enfermedades del campo como el mal de ojo, el espanto, el mal aire, el mal blanco, el mal del arco iris, el mal del daño, maleficio o mal de calle. Y están las Enfermedades de Dios, es decir aquellas de origen conocido y que se las determina por afectar a un órgano o parte del cuerpo. En las culturas amazónicas, entre otras, las enfermedades son producidas por la acechanza de espíritus malignos en la selva, por las enfermedades traídas por el hombre blanco, por vectores animales, por disputas intra tribales, infracción de los tabúes, brujería, desconfianza, por la envidia, por la tensión.

La etiología de las enfermedades, en su origen, destino, sentido y condicionantes, se sustenta sobre factores sobrenaturales (el influjo de los espíritus, los augures), naturales (frío, calor, fases lunares, contagios), y personales (consumo de drogas, deseos insatisfechos, cólera, penas, mala conducta).

Los medios de diagnóstico incluyen, entre otros, la limpieza con el cuy y con el huevo, la lectura de

la orina y de la vela, palpar el pulso del enfermo, la predicción con los elementos de la naturaleza en su dimensión temporal y espacial (luna tierna, luna llena, invierno, verano).

Son recursos terapéuticos: los lugares sagrados (cascadas, quebradas, vertientes, ríos, lagunas y cerros); las plantas sagradas; las plantas medicinales preparadas en bebidas y emplastos y clasificadas en frías o calientes; los animales, los minerales, el reposo, las dietas, el ayuno, las ceremonias rituales, la oración.

Existe toda una gama de sanadores acreditados por sus propias comunidades: los *Hombres y mujeres de Sabiduría de la Tradición (o de la Sabiduría Ancestral)*. Estos terapeutas son llamados Yáchac Taitas (conocedores, sabios) en la nacionalidad Kichwa; Ponelas, en la nacionalidad Tsáchila. En la amazonía se los conoce como Yagé Jujuquë e Inti Paiki (nacionalidad secoya); Uwishines (nacionalidad shuar y achuar); Iroi (nacionalidad huaorani); y Shímáno (nacionalidad zápara). En las estribaciones occidentales andinas: Mirukos (nacionalidad chachi). Terapeutas de la región interandina son los Jambic runas (curanderos), Jacuc runas (sobadores), Wachachic (parteras).

Estos sanadores se hallan empeñados en curar las enfermedades, ofrecer protección, mantener el equilibrio social, y del individuo con la naturaleza, alientan el uso de variadas formas de autocuidado, promueven estilos de vida más saludables, regulan prácticas riesgosas, aplican formas inocuas de curación. No de otra manera se entiende los altos niveles de aceptación y confianza a sus tratamientos, descritos ya por los cronistas y primeros médicos de la colonia, sino también porque hoy, más de quinientos años después, habitantes de las ciudades y el campo recurren en primera instancia, una vez instaladas dolencias agudas, a las distintas variedades de técnicas y procedimientos de la medicina tradicional ecuatoriana.

No obstante, los pueblos y nacionalidades reconocen cuantos logros científicos y tecnológicos sean posibles de utilizar. Pero, al mismo tiempo, alertan sobre los desequilibrios estratégicos en la producción agrícola, la coexistencia de múltiples formas de la discriminación racial en los servicios, los riesgos de la contaminación ambiental y destrucción de los ecosistemas, de la producción industrializada de alimentos (que incluye la adición de sustancias químicas reportadas como peligrosas), las reacciones indeseables o efectos yatrogénicos de los actuales fármacos de síntesis, la creciente disociación de los componentes espirituales, psicológicos y aún orgánicos de la práctica médica actual.

### Situación de Salud de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas en el Ecuador

Pese a la incorporación de derechos en el ejercicio de la equidad, los indicadores de impacto en nacionalidades y pueblos mantienen los índices de mayor efecto adverso en magnitud y concentración, lo cual genera límites al desarrollo de las soberanías "saludables", vinculadas a los procesos de salud, cultura y desarrollo.

Un espectro de indicadores de la vulnerabilidad vinculada a la situación de salud de las etnias en el país se muestra a continuación:

Más de las tres cuartas partes de la población indígena se halla en la pobreza (77.75 %) <sup>32</sup>, lo que significa que no logra acceder a una canasta básica de bienes y servicios; de este porcentaje, el 42.23 % no logra adquirir una canasta de pobreza o de indigencia. De los 13 millones (aproximadamente) de habitantes, el 39% se localiza en el área rural; en correspondencia con este deterioro, en el sector rural se ubica el 85.6% de pobres mientras que la incidencia de la pobreza en poblaciones indígenas es del 89.9%. Simultáneamente el 30% de la población no accede a ningún ser-

<sup>31</sup> Encalada Eduardo, et Al.: "Pobreza indígena y negra en el Ecuador". Consultoría para el BID, 1998.

vicio cuando se halla enferma, y el 77% de la población del país no cuenta con ningún tipo de aseguramiento.

Mediante el índice de desarrollo en salud <sup>33</sup>, en las poblaciones de los migrantes se puede observar que el mayor deterioro se encuentra, en su orden, en Quito y a renglón seguido en Guayaquil. En general se observa que de cada dos migrantes, uno se encuentra en una inadecuada situación de salud.

### DESARROLLO EN SALUD, EN LOS PUEBLOS, ECUADOR 1999

AREA	%
Riobamba Rural	35.2
Ambato Rural	40.3
Colta Rural	35.8
Salcedo Rural	39.2
Pujilí Rural	33.2
Latacunga Rural	39.8
Otavalo Rural	39
Guayaquil	71.3 *
Quito	69.9 *
TOTAL PAIS	57.7

Fuente: CODENPE 2000

Este índice de desarrollo en salud refleja la necesidad de focalizar el proceso de mejoramiento de la calidad de vida y salud intercultural en los migrantes y sus familias y una mediación de redes en los Distritos Metropolitanos. Y aunque económicamente resultan ser una fuerza importante para la economía de los polos de desarrollo ecuatoriano, así como de la productividad interna del país, su situación es preocupante tal como se puede observar en la siguiente matriz:

<sup>32</sup> <sup>3</sup> Es la combinación lineal de los indicadores de mortalidad infantil, desnutrición crónica, hogares con saneamiento, personal de salud, y viviendas con agua potable, que maximiza su representatividad. Este índice está en una escala de 0 a 100 puntos; sus valores mayores indican mejores condiciones de salud, y viceversa. (Fuente: INFOPLAN)

## INDICADORES DE MERCADO LABORAL DE LOS MIGRANTES, año 2000.

INDICADORES	Residentes Guayaquil	Residentes Quito	Itinerantes Guayaquil	Itinerantes Quito
Total	260	232	272	235
PEA	238	207	258	225
Tasa global de participación	91.5%	89.2%	94.9%	95.7%
Ocupados	228	205	256	219
Tasa global de ocupación	95.8%	99.0%	99.2%	97.3%
Estructura de la PEA				
% asalariados	4.3	31.5	1.25	18.2
% de patronos	1.3	18.2	0	4.5
% de cuenta propia	89.8	39.8	91.25	69.2
% de trabajadores familiares	1.7	2.8	4.375	4.5
% de empleados domésticos	3.0	7.7	3.125	3.5

Fuente: CODENPE 2000

Los indicadores de salud de los pueblos indígenas no son objetivos, no muestran la real dimensión del problema. El subregistro, la ausencia de indicadores particularizados por pueblos o nacionalidades, la falta de acceso geográfico y cultural, entre otros, son elementos que permiten afirmar lo arriba expresado. La esperanza de vida al nacer es de entre 10 y 20 años inferior a la de la población total, y se han obtenido tasas de mortalidad infantil entre 1.5 y 3 veces superiores<sup>33</sup> a las tasas nacionales. Un cuadro aproximativo de esta realidad se muestra a continuación:

Primeras causas de morbilidad y mortalidad:

- IRA (Infección Respiratoria Aguda)
- EDA (Enfermedad Diarreica Aguda)
- Tuberculosis
- Parasitosis
- Desnutrición
- Alcoholismo, Violencia y Desintegración familiar

<sup>33</sup> Encalada Eduardo, et Al.: "Pobreza indígena y negra en el Ecuador". Consultoría para el BID, 1998.

Desnutrición *	Total nacional	Población Indígena
Recién nacidos	12.5 %	19.5 %
Menores de 1 año	15.1 %	26.0 %
<b>1 – 4 años</b>	<b>34.8 %</b>	<b>57.0 %</b>

\* De cada 100 nacidos vivos, 50 llegan a tener algún grado de desnutrición.

Prevalencia de desnutrición por etnicidad

POBLACIÓN	DES. CRÓNICA	DES. GLOBAL	DES. AGUDA
No Indígena	24,0	13,1	2,3
Indígena	58,1	30,0	3,5
<b>Total</b>	<b>26,1</b>	<b>14,3</b>	<b>2,4</b>

Fuente: ECV, 1998

Nótese, además, que en el cuadro anterior la población indígena constituye la población más fuertemente afectada por la desnutrición infantil, cuya prevalencia llega al 58%. Su tendencia en el grupo refleja un alto índice de desnutrición,

equivalente al doble de la media nacional. Estudios complementarios reflejan cómo la muerte infantil, la pobreza, la indigencia y el analfabetismo, especialmente entre las mujeres, alcanza sus valores máximos en las mujeres que provienen de la sierra.

En el mismo cuadro no deja de extrañar el grado de afectación de la desnutrición aguda donde de cada 10 niños indígenas, cuatro pueden estar severamente afectados por el hambre producto de una descomposición e inseguridad Alimentaria en las familias ampliadas.

En contraste, una nueva medición del estado de salud y nutrición de los niños menores de 5 años realizada por el ENDEMAIN 2006<sup>345</sup>, concluye que la desnutrición global es “severa en los niños indígenas y casi triplica el promedio (3,5 %)”. En cuanto a la desnutrición aguda en niños indígenas, se supera con 1 punto porcentual el promedio del país (3,8 %. Promedio país: 2,8%). La forma severa de desnutrición aguda es igual al promedio nacional: 0,4 %.

En relación a la desnutrición crónica, los indicadores antropométricos (talla para la edad) en los niños indígenas es el doble del porcentaje de la desnutrición crónica total (46,7 %), lo cual expresa las brechas económicas, sociales y culturales que impactan en la condición biológica de los niños y niñas indígenas, quienes estarían sometidos a elevados riesgos de discapacidad, enfermedad y/o muerte en Ecuador, especialmente en el grupo de 0 a 59 meses de edad.

#### Prevalencia de la desnutrición crónica y escolaridad materna, Ecuador. 1998

Escolaridad madre (años)	% Pobl. Indígena Des. Crónica
1	65,7
2	60,4

<sup>34</sup> <sup>5</sup> Situación de Salud de los Pueblos Indígenas en el Ecuador, Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil. Quito, CEPAR, abril 2006.

Escolaridad madre (años)	% Pobl. Indígena Des. Crónica
3	64,3
4	63,3
5	38,4
6	54,3
7	58,4
8	73,5
9	25,5
10	58,9
11	22,4
12	26,3
13	20,1
14	100

Fuente: ECV, 1998

“Si interesa estudiar la relación entre escolaridad de la madre y desnutrición infantil, los estudios de la desnutrición infantil, mediante regresión múltiple, permiten observar el resultado de la desnutrición y de un cambio en la educación asumiendo que las restantes variables (consumo, etnicidad, región, edad del niño) se mantienen constantes estas juegan el papel de condiciones de control.” (ECV, 1998).

Una conclusión derivada de los efectos del hambre y la inseguridad alimentaria se ha concluido en la Encuesta de Condiciones de Vida de 1998:

*Los sectores indígenas de las áreas rurales de la sierra se encuentran en peores condiciones y mantienen niveles críticos de desnutrición infantil.*

Se han identificado factores conducentes de la desnutrición, relacionados con el hambre e inseguridad alimentaria en la diversidad. Cabe destacar el sub-consumo de alimentos asociado a pobreza y la insatisfacción de una canasta alimentaria, la educación de la madre, la etnicidad, y las pautas culturales y dietéticas de la sierra

rural producto de un inadecuado acceso para la diversificación alimentaria de la dieta familiar.

Los pueblos y nacionalidades indígenas han sufrido históricamente condiciones discriminativas en múltiples dimensiones y **los servicios sociales con frecuencia carecen de medios adecuados para el acceso a su idioma y cultura.** Por otra parte, la población de la sierra rural, afectada crecientemente por la pobreza y el deterioro de los recursos naturales, mantiene una dieta basada en tubérculos y cereales de bajo contenido nutricional, lo cual no sólo agrava los problemas de nutrición infantil, especialmente de las niñas indígenas, sino que se evidencia una constante en el deterioro del desarrollo esquelético, afectando su estatura corporal.

En la costa y amazonía se mantienen enfermedades tropicales endémicas como: Malaria, Dengue, Fiebre Amarilla, Hepatitis, sin contar con que cada retorno de los fenómenos de El Niño se incrementa en magnitud y severidad la negativa situación epidemiológica especialmente de los pueblos Awás, Tsáchilas, y Kichwas de la costa, aunque en realidad no se ha discriminado el fenómeno por nacionalidades y pueblos. Actualmente el MSP ha incluido en el proceso informático de mortalidad materna la variable étnica, para diferenciar por poblaciones la presentación de las causas de muerte.

#### Tasas de Mortalidad Ecuador, 1990, 1997<sup>35</sup>

INDICADORES	TOTAL PAÍS	POBLACIÓN INDÍGENA
Mortalidad general (1990)		
Tasa x 100.000 habitantes	4.9	8.3
Mortalidad materna (1997) *		
Tasa x 100.000 nacidos vivos	162	80

<sup>35</sup> <sup>6</sup> Manual de la Medicina de los Pueblos kichwas del Ecuador, Ecuarunari, 1999. (Fuente: Estudio proyectado sobre el informe investigativo de las escuelas radiofónicas populares del Ecuador, ERPE) / Anuario de Estadísticas Vitales - NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES - INEC, 1997.

INDICADORES	TOTAL PAÍS	POBLACIÓN INDÍGENA
Mortalidad infantil (1997)**		
Tasa x 1.000 nacidos vivos	32.2	49

\* La mortalidad materna en el país es mucho mayor que en países desarrollados como Canadá: 4 x100.000 n. v., o Cuba: 24 x100.000 n. v.

\*\* 42 % de mujeres entrevistadas tienen 1 hijo muerto, llegando hasta 10 hijos muertos, en algunos casos.

Según el INEC (instituto nacional de estadísticas y censos) las mujeres que más sufren y se mueren son las mujeres múltiparas, añosas y las jóvenes adolescentes múltiparas y casadas. Las provincias con mayor ocurrencia de mortalidad materna son: Chimborazo (17,2%), Cañar (13,8%), Tungurahua (12,1%). El sitio de residencia de los casos ocurridos en área rural es del 46,6%. La frecuencia de muertes entre las mujeres indígenas supera el reportado en el censo del 2001 que fue del 17,1% produciéndose un repunte del 27%. Lo que explica que tanto su situación socio-económica como la de acceso a los servicios y de manejo de los factores de riesgo se encuentran en la sierra.

Estudios en el sector rural indican que el 42% de las mujeres entrevistadas en su vida reproductiva habían tenido un hijo muerto.

En 1991, la primera causa de mortalidad infantil fue por el cólera, y es la misma causa que encabezó la mortalidad infantil en el 1992, siendo esta patología fuertemente asociada a factores socio-económicos y sociales. Las zonas mayormente afectadas y los hijos de migrantes más afectados provenían de las provincias de la sierra central. La alta letalidad se explica, entonces, por las condiciones de inaccesibilidad de la población migrante a los servicios de salud.

*La alta migración masculina esta causando una rápida desintegración de la unidad y valores familiares, y por ende una acelerada*

*descomposición de nuestras culturas*<sup>36</sup>.  
(ECUARUNARI, 2002)

En relación a la violencia y maltrato físico y psicológico, el ENDEMAIN 2006 (Encuesta Demográfica y de Salud Materna e Infantil) observa que el 52 % de las mujeres indígenas, antes de los 15 años, recibieron de sus padres algún tipo de violencia. La violencia física fue del 44 %, y psicológica 45 %.

El 37 % de mujeres indígenas de 15 a 49 años de edad, refirieron maltrato físico, y 30 % maltrato psicológico por padres o padrastros (hombres y mujeres). Durante la vida marital la violencia en mujeres de 15 a 49 años de edad, algunas vez casadas/unidas, fueron objeto de violencia de pareja, física: 38 %, verbal o psicológica: 45 %. Realidad que presupone una negación del ejercicio del derecho, la ausencia de igualdad de oportunidades, y una ejercicio persistente del modelo patriarcal (herencia occidental) a esto se suman los altos índices de alcoholismo en la población indígena, que a la vez constituyen factores determinantes de los altos índices del maltrato (otra legado de la cultura occidental).

A pesar del panorama triste y desolador que nos presentan los datos precedentes cabe indicar que en el Ecuador existen Pueblos indígenas que tienen ciertas situaciones ventajosas, en relación a la sociedad occidental, pues estudios como el que a continuación presentaremos indican que la prevalencia de diabetes mellitus y enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial), en los pueblos indígenas cuya forma de vida y régimen alimentario tradicional no se ha modificado sustancialmente, es baja. Pues los cambios en el modo de vida y en la aculturación generan mayores riesgos de enfermedad.

Un estudio realizado por una de las autoras del presente trabajo – Rosa Mayta Zapata-, en el año 2004-2005, en los miembros del Pueblo Kichwa Saraguro demuestra que la si bien es

<sup>36</sup> <sup>7</sup> Manual de Medicina de los Pueblos Kichwas del Ecuador. ECUARUNARI-CODENPE, 2002.

cierto la alimentación de tipo ancestral del Pueblo Saraguro ha variado, aún se mantiene parte de ésta. Entre los principales datos que expone es que un porcentaje mínimo de su grupo de estudio presenta alteración de la glucosa en ayunas y Diabetes Mellitus (1.69% y 0.85% respectivamente), un porcentaje igual bajo (3.39%) presenta Hipertensión arterial sistólica estadio 1 y 2, y un grupo correspondiente al 8.47% presenta Hipertensión arterial diastólica fases 1 y 2. La autora señala que según versiones de Yachac (sabios), personas mayores y la literatura, los habitantes de América Prehispánica no padecían de estos desequilibrios orgánicos, y atribuye la aparición de éstas al hecho de que el pueblo Saraguro ha modificado su alimentación ancestral a la occidental. Anota, cuanto valor nutricional tienen los productos ancestrales como el maíz, la quinua, la papa, el amaranto, etc., a la vez que recomienda su revalorización y promoción como parte de la respuesta ante nuevos problemas de salud que afectan a las comunidades indígenas.

### **Servicios Estatales de Salud y Pueblos Indígenas**

Quizá el único ejercicio de indagación más cercano a la situación de salud y de los recursos propios de las medicinas tradicionales en los pueblos indígenas, lo constituya la I Encuesta Nacional realizada a las Comunidades de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador<sup>37</sup> durante el año 2004, con auspicio del Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador (CODENPE).

La oferta de unidades operativas por el sector estatal, muestra que las comunidades indígenas disponen de condiciones geográficas donde el acceso a la infraestructura de salud es mínima. Las comunidades amazónicas, en especial las alejadas de los centros poblados, así como las

<sup>37</sup> <sup>8</sup> I Encuesta Nacional a las Comunidades de las Nacionalidades y Pueblos del Ecuador, Frente Social, SIISE-SIDENPE, Quito, 2005.



nacionalidades de la costa carecen totalmente de servicios.

En cuanto al tiempo de atención en los servicios, los días de fin de semana permanecen cerradas las unidades especialmente aquellas de atención primaria en salud, es decir, que la mayor proporción de unidades operativas en el país, no considera la cotidianidad y necesidades de salud integral de las comunidades tal como se halla inscrito en el Art. 42 de la Ley de Comunidades del Ecuador.

Alrededor de la mitad de las unidades operativas, no disponen de médicos generales, ni de enfermeras para la atención. Más de la mitad no dispone de odontólogos. La mayoría absoluta de servicios, en especial los de atención primaria de salud, no tienen obstetras. Awas, Chachi, Manta-Huancavilcas, Secoyas, Sionas y Cofanes son las nacionalidades con más bajo índice de asistencia profesional por unidad de salud. De igual modo, cerca de la mitad de unidades de salud no cuentan con auxiliares de enfermería (Manta Huancavilca, Natabuelas, Otavalos, y Cofanes). Conviene anotar por otro lado, que los médicos en todo el país, han reducido a la mitad su jornada laboral diaria (4 h/d).

De igual manera, la mayor parte de los servicios de salud no disponen de medicina básica para el tratamiento de enfermedades prevalentes en las zonas respectivas. En general las nacionalidades y pueblos con servicios de salud que tienen baja o nula provisión de medicamentos son los Chachi, Caranqui, Kitu Kara, Panzaleo, Puruhá, Cañari, Zápara, Achuar, Shuar y Kichwas amazónicos. Igual puede decirse de la dotación de equipo básico y suministros para la atención

La Capacidades de la Oferta de Servicios de Salud, advierte que cerca de la mitad de unidades operativas no disponen de medicina general ni de prestaciones de conformidad con la Ley de Maternidad Gratuita, por lo que el segmento poblacional más desprotegido son precisamente las mujeres, las madres embarazadas y los niños

y niñas menores de 5 años. En esta desprotección destacan las nacionalidades Awa, Achuar, Chachi, y Shuar. Se desconoce tanto la calidad de las prestaciones y entrega real de materiales y suministros, medicamentos, micronutrientes, como su peso en el modelo de atención integral con enfoque intercultural.

En cuanto a la oferta de vacunación, tampoco el Programa Ampliado de Inmunizaciones del Ministerio de Salud cubre a todo el segmento poblacional indígena. Esto obedece no sólo a la inaccesibilidad geográfica y cultural, en unos casos, sino al convencimiento cultural de la ausencia de beneficios reales de los biológicos y de las estrategias de este programa.

De igual modo, la mayor parte de las comunidades indígenas adolece de los beneficios de las actividades de promoción y prevención de los riesgos estomatológicos y de la salud bucal determinados por riesgos nutricionales.

Las conductas sociales, los principios y valores éticos en los servicios, muestran que poco más de la mitad de empleados de las unidades del Ministerio de Salud mantienen una imagen adecuadas en su trato con los usuarios, mientras que el resto aparecen como poco y nada amables. Un similar número de usuarios de las nacionalidades y pueblos perciben que la atención es regular y mala. La satisfacción de la demanda es particularmente inadecuada en los servicios de comunidades achuar, zápara, puruhá y cañari, donde se observa una alta conflictividad de los recursos humanos de los servicios de salud, con la comunidad, no sólo vinculada a la resolución de conflictos gerenciales, sino al cambio de las prestaciones actuales hacia modelos de atención integral con enfoque intercultural, de conformidad con la normativa existente. Una media aritmética en once nacionalidades y pueblos muestra que buena parte de sus usuarios informa que alguna vez recibieron maltrato en los servicios.

En cuanto a la ruta para la atención de las enfermedades según preferencias de los usuarios,

la tercera ruta de la atención (subsistema de las medicinas tradicionales) muestra la movilidad territorial de la demanda diversa para requerir los servicios de las culturas sanitarias propias. Ello refleja la preferencia de la oferta de los sanadores o sanadoras de las redes de la medicina ancestral y tradicional, para atender las enfermedades propias o de etiología cultural. Existe, asimismo, una relación inversamente proporcional entre una menor accesibilidad cultural y geográfica con una mayor preferencia de atención por los mediadores de la medicina tradicional.

Pocas son las comunidades indígenas que cuentan con Yachaks, esto es, con sanadores que en el acto de curación o sanación median entre la divinidad y sus pacientes. La mayor concentración de yachaks se encuentran entre los kichwa amazónicos y shuar; en la sierra, en cambio, entre los otavalos; y en la costa, en la nacionalidad chachi. Un poco más de comunidades cuentan con curanderos, esto es, con sanadores que tratan todas enfermedades del “campo” y buena parte de las enfermedades de Dios o del cuerpo. Su mayor concentración se halla entre los Cofanes, Secoyas, Shiwiar y Shuar, de la región amazónica. En la sierra, su mayor concentración se halla entre los kitu kara y Otavalos. En la región costanera, entre los Awas y Chachis. Es necesario destacar la vinculación y niveles de referencia y contra-referencia entre Yachaks y curanderos.

La mayor concentración de sobadores se encuentra en el pueblo Ssalasaca, kichwas del Tungurahua y warankas (Provincia de Bolívar), en la región sierra. En la costa, entre los awa; mientras que en la región amazónica entre los shuar. Muchas más comunidades cuentan con parteras o comadronas: su mayor concentración, en la región sierra, se halla entre los kitu karas, panzaleos, warankas, caranquis y otavalos; en la amazonía, entre los kichwas, záparas; en la región costa, entre los awas, chachis y eperas.

Las prestaciones de asistencia de la partera se hallan ligadas al servicio de la familia ampliada en lo concerniente a las enfermedades de mujeres

o las relativas al embarazo, parto o puerperio. Pero también sus servicios sobrepasan los estados señalados, lo que indirectamente refleja el manejo de experticias tales como la consejería y otros tipos de prestaciones integrales. En la actualidad poco o nada de las experticias de este recurso humano ha sido incluido en las prestaciones de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia. Tanto el hombre como la mujer asisten en proporciones similares en busca de este recurso. Cuatro de cada diez familias indígenas demandan servicios de las parteras tradicionales.

La mayor parte de las mujeres parturientas son atendidas en su propio hogar por la partera o por familiares cercanos. Esta es la preferencia cultural más arraigada en el acto de “dar a luz”. Una mínima parte de mujeres indígenas embarazadas tiene opción de ser atendida por la red de servicios locales (Ministerio de Salud, dispensario IEES, privadas y otras). Dicha preferencia, además, trasluce la necesidad de resolver los característicos problemas dependientes de las tres demoras (traslado de parturienta y retraso en la atención del parto y del niño). Finalmente, la minoría absoluta de mujeres indígenas parturientas atendidas por profesional, opta por ser atendida en la red de servicios locales (Ministerio de Salud, dispensario IEES, privadas y otras).

## Conclusiones

1. Las condiciones de vida y de salud de nuestros pueblos se torna cada vez más crítica por lo siguiente; la globalización de la economía del país, los procesos de modernización del Estado, la privatización y baja inversión en educación y salud, el desconocimiento de la diversidad étnica y cultural, la discriminación e inequidad institucionalizada, la aplicación de modelos desarrollistas y tecnológicos que han provocado el desequilibrio en el ecosistema.
2. El deterioro de las condiciones de salud y la pobreza de las comunidades indígenas no

- son el resultado de la cultura o modo de vida indígenas. Por el contrario, son consecuencia de centenares de años de colonialismo, esclavitud de haber sido desposeídos de sus tierras, y de la destrucción sistemática del complejo y perfecto orden social, cultural, político, espiritual, económico y ambiental de los pueblos indígenas.
3. El acceso a servicios de salud y programas de promoción y prevención para los pueblos indígenas es limitado e inadecuado. En general, los servicios y programas son culturalmente inapropiados.
  4. El sistema de salud pública no responde a las diversidades culturales y demandas indígenas; los excluye en la gestión y subordina la medicina indígena.
  5. Los recursos humanos para el desarrollo de la salud pública en el País, son insuficientes, sin capacitación adecuada a la diversidad cultural de los pueblos indígenas que garanticen un buen trato y respeto a nuestra cultura.
  6. La descentralización del sector salud a nivel cantonal, no es efectiva en la mayoría de los cantones con población indígena y además es inequitativa con escasa participación de las organizaciones indígenas y afroecuatorianos.
  7. Existe una elevada morbi mortalidad por enfermedades inmunoprevenibles de las nacionalidades y pueblos indígenas.
  8. No existe un sistema de epidemiología institucionalizado de estadísticas de salud propio de los pueblos indígenas.

### Propuestas

1. Respeto pleno a los derechos de los Pueblos Indígenas lo cual implica la provisión de las garantías necesarias para su ejercicio, desde la autonomía de los pueblos, el autogobierno y la autoridad tradicional. Pues el territorio, las relaciones familiares, comunitarias, los problemas ambientales, la seguridad alimentaria, la fuerza espiritual y las relaciones interculturales forman parte imprescindible de las estrategias necesarias para lograr la salud y el bienestar.
2. Re-conceptualización del término Salud en el siglo XXI, considerando el enfoque de la visión indígena, afroecuatoriano y visión del mundo occidental.
3. Reconocer las fortalezas y limitaciones tanto de la medicina occidental como de la medicina indígena. Además de la aplicación de conocimientos y diálogos interculturales para reconocer, fortalecer y respetar las particularidades propias de cada pueblo indígena y afrodescendiente en sus prácticas medico-tradicionales con la finalidad de no globalizar los servicios de Salud.
4. Revalorización y vivencia de nuestros propios conocimientos ancestrales para mantener el equilibrio entre cuerpo, espíritu y naturaleza (salud).
5. Concienciar que los planteamientos del pensamiento científico occidental son tan solo una versión posible de la realidad. Los pueblos indígenas tienen también otra versión igual o quizá más válida; para así tener la disposición de aprender de los sistemas de conocimiento indígena como aportes para la construcción de una nueva cultura de la salud y de la vida (creación de un nuevo paradigma).
6. Fortalecer el Sistema de Vigilancia y de acciones en salud pública, encaminados al control y evaluación de los valores inherentes a los sistemas de salud: como la calidad de atención, la equidad y respeto, la relevancia y eficiencia, con amplia y decidida participación de las organizaciones que representan a las comunidades y pueblos indígenas.
7. Formación de recursos humanos como profesionales en el ámbito de salud con enfoques interculturales para promotores de salud, personal de enfermería y médicos (replanteamiento de los contenidos de estudios de las instituciones de formación de personal de salud), puesto que el conocimiento de la cultura, costumbres e idioma sería mayor, entendiendo la situación actual y las necesidades de la comunidad.

8. Levantar una base de datos de epidemiología sociocultural con indicadores propios de cada pueblo indígena y afrodescendiente haciendo uso de la lengua materna como fortaleza en la producción, reproducción o retroalimentación de la sabiduría ancestral.
  - 9.
  10. Exigir al Estado la provisión de fondos económicos suficientes para el estudio, la promoción e incorporación de las prácticas médicas indígenas en la salud. Conformando para ello equipos interdisciplinarios, transdisciplinarios dirigidos por los propios pueblos indígenas a través de sus organizaciones locales, regionales y nacionales para impedir extravíos del concepto de Interculturalidad.
  11. Promover la vigencia de los Derechos de propiedad intelectual de los Pueblos Indígenas; lo que permitiría proteger, recuperar y controlar los recursos biogenéticos y conocimientos médicos ancestrales de las nacionalidades y pueblos indígenas, evitando que estos sean plagiados y en el peor de los casos patentados por personas naturales o jurídicas (investigadores, empresas transnacionales, etc.), ajenas a dichos pueblos y/o nacionalidades.
  12. Consideramos pertinente la revisión de los diferentes convenios nacionales e internacionales y aplicar lo que sea ajustable a la realidad de cada uno de los pueblos indígenas.
- Manual de medicina de los pueblos Kichwas del Ecuador (2002). ECUARUNARI-CODENPE, Quito-Ecuador
- Mapa estratégico de Salud intercultural 2005-2009. (2008). Subproceso de medicina intercultural, proceso de normatización del sistema nacional de salud, Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. Ministerio de Salud Pública Ecuador. dnspi@misp.gov.ec.
- Mayta, Rosa. (2005): "Determinación de la Alimentación Andina; análisis de su cambio progresivo y las principales consecuencias en la salud del Pueblo Saraguro", Universidad Nacional de Loja. Loja - Ecuador.
- Ochoa, Germán et.al (2006). "Propuesta a la asamblea nacional constituyente sobre las medicinas tradicionales, alternativas y complementarias". Sistema nacional de Salud, Ministerio de Salud Pública Ecuador. Dirección de Salud Indígena del Ecuador. Quito-Ecuador.
- Rodríguez, Germán. (1992). "La Faz Oculta de la Medicina Andina", Quito-Ecuador. Colección Amaru..
- Serrano, Vladimiro (2005). Conciencia e interculturalidad, CEDECO Quito-Ecuador.
- Vodkral Editta.et.al (2000). "Manos Sabias para Criar la Vida - Tecnología Andina", Quito-Ecuador. Ediciones Abya Yala.

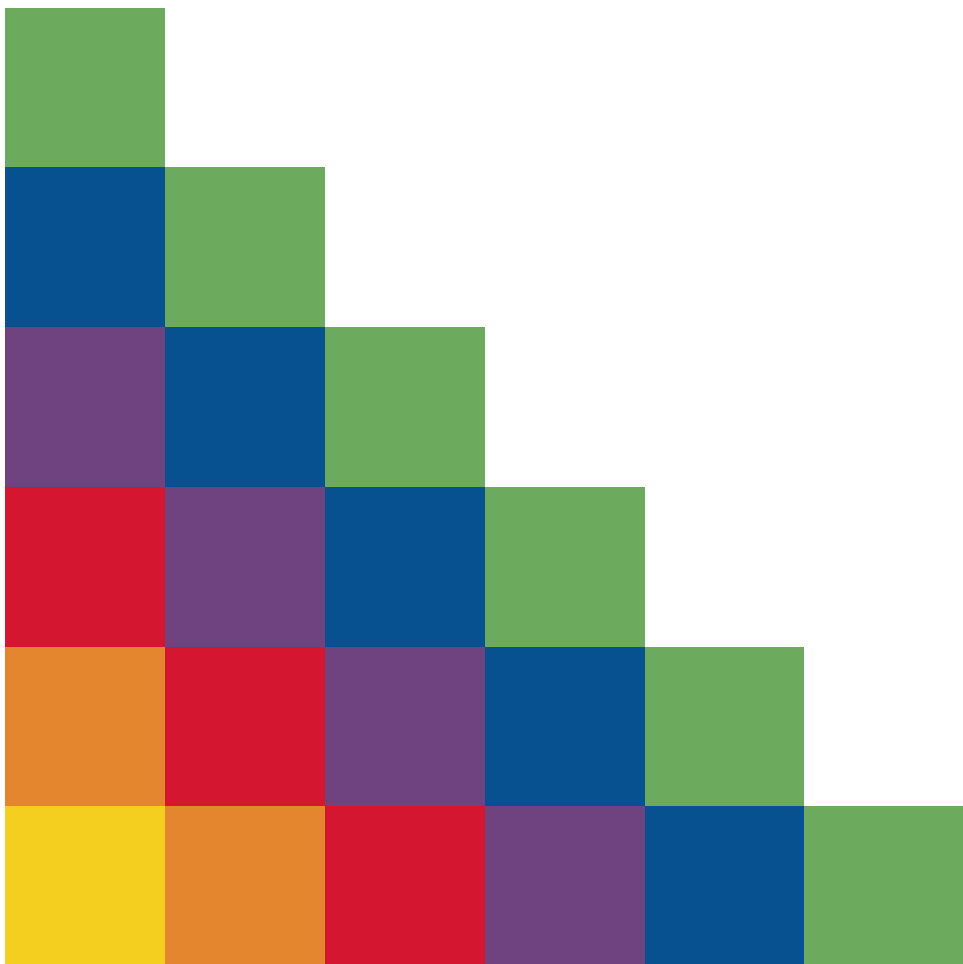
## Bibliografía

- Alderete, Ethel. (2004). Salud y Pueblos Indígenas. primera edición Quito Ecuador. Ediciones Abya-Yala.
- Conejo, Miriam. (2005). Población Indígena y reforma del sector Salud en el caso de Ecuador. FICI-CONAIE
- Documentos oficiales
- ASAMBLEA CONSTITUYENTE, (1998). "Constitución Política de la República del Ecuador". Quito - Ecuador.
- ASAMBLEA CONSTITUYENTE, (2008). "Nueva Constitución del Ecuador".





# **BOLIVIA**



## Salud Familiar Comunitaria Intercultural - SAFCI

*Jobita Sandy Choque*

*Paulina Ramos*

*Sergio Suvo Mamani*

### INTRODUCCIÓN

En Bolivia existen 33 pueblos indígenas originarios y afrodescendientes reconocidos y algunos más sin reconocer, debido a la diversidad cultural que existe entre los diferentes pueblos originarios la atención en salud no ha logrado tener un impacto en las zonas muy alejadas del país. En los últimos años se han venido trabajando en políticas que brinden una atención de la salud con un enfoque intercultural. Existen buenos avances en lograr complementar la medicina académica como la medicina tradicional y lograr una nueva alternativa de salud.

Con la actual coyuntura en el gobierno indígena a la cabeza del presidente Evo Morales quien promueve el proceso de cambio en el país, en este Gobierno conjuntamente con las diferentes organizaciones sociales han conformado e implantado el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad y la Dirección dependiente de ese Viceministerio con el objetivo de mostrar la interculturalidad del país, con conocimientos ancestrales, míticos de los llanos, valles y la Amazonía, siendo una de las primeras del continente.

El objetivo del Plan Nacional de Salud es eliminar la exclusión social en salud, a través de la implementación del Sistema Único Comunitario Intercultural de Salud, que asume el principio de la participación social en la toma de decisiones en todos sus niveles de gestión y atención de la salud de bolivianos/as como un *Derecho Fundamental que el Estado garantiza*.

Bajo este enfoque se creó la política pública denominada Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI, es una nueva política oficial del Ministerio de Salud y Deportes (MSyD) de Bolivia, con este nuevo modelo se pretende modificar la actual situación del país puesto que esta política está orientada a la familia, a la comunidad con un enfoque intercultural.

El MSyD considera que las mejoras en la salud tienen que ver con múltiples aspectos, que se expresan en la política pública de Salud Familiar Comunitaria Intercultural. Política que moviliza las “energías” de la persona, en su relación de interdependencia con la familia y la comunidad, para que de forma consciente organizada y autónoma intervengan en la resolución de los problemas de salud. Este enfoque se basa en el reconocimiento a las diferencias culturales y un relacionamiento horizontal entre culturas.

Así, la salud familiar comunitaria intercultural se constituye en la *nueva forma de hacer salud* en el “Sistema Nacional de Salud”. En esta nueva forma de hacer salud el equipo de salud, la comunidad y sus organizaciones implementan la Gestión Compartida de la Salud y la Atención de la Salud en el establecimiento, en el domicilio y en la comunidad.

En el ámbito familiar tiene un nexo entre el servicio de salud y las familias de la comunidad, realizando la promoción prevención y recuperación de la salud.

El ámbito comunitario de los pueblos desarrolla procesos para la toma de decisiones con participación social y mediante su enfoque intercultural

pretende brindar servicios de salud de manera holística desarrollando procesos de articulación y complementariedad entre las diferentes medicinas del país (particularmente las medicinas originarias indígenas campesinas y afrodescendientes) en el marco de la aceptación, reconocimiento y valoración mutua de sentires, conocimientos y prácticas interculturales.

Este instrumento es **participativo** al buscar e impulsar que los (las) actores (as) sociales sean protagonistas en la gestión de la salud y su entorno, a través de acciones **intersectoriales e integrales** en las que se articulan, complementan y **revalorizan las medicinas** que existen en el país, pero particularmente las tradicionales, alternativas e indígenas.

Al ser una política pública que incluye y reconoce a la medicina tradicional de los pueblos indígenas originarios desde un punto de vista académico es importante hacer un análisis y de los alcances que tiene esta forma de atención en salud y mejorar las falencias que hubiere.

### Objetivo General

El SAFCI que es el conjunto de acciones, prevención, promoción, curación y rehabilitación eficaces, eficientes y oportunas que se desarrollan de manera horizontal, integral e intercultural, posibilitando que las políticas públicas de salud se articulen con las personas en el momento que lleguen a la familia y la

### Objetivos Específicos

El enfoque de la prevención, promoción, curación y rehabilitación en el marco de la integralidad e interculturalidad.

- Las relaciones de confianza entre el equipo de salud y las personas dentro y fuera de los servicios de salud.

- Lograr la información fluida constante y oportuna sobre el diagnóstico, tratamiento y prevención de los problemas de salud de la persona y comunidad.
- La articulación y complementariedad del equipo de salud, con los médicos tradicionales de la medicina originaria campesina y afrodescendiente.
- La toma de decisiones conjuntas entre el equipo de salud y las personas, sobre la forma de resolver los problemas de salud de la persona y familias.
- La aceptación, respeto y valoración de los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional indígena originaria campesina y afrodescendiente.
- La referencia y contrarreferencia entre el equipo de salud, los médicos tradicionales indígenas originarios campesinos y afrodescendientes.

### Metodología

#### Participación Social

La Salud Familiar Comunitaria Intercultural, asume la participación social efectiva en la toma de decisiones, a partir del involucramiento autónomo y organizado de la comunidad urbana y rural en el proceso de Gestión Compartida en Salud, que comprende planificación, ejecución-administración, seguimiento y evaluación-control social de las acciones de salud, para la toma de decisiones desde dentro y fuera de los establecimientos de salud.

#### Interculturalidad

La Interculturalidad en la salud es el enfoque sociocultural del ejercicio de la práctica médica con personas culturalmente distintas (personal de salud, médicos tradicionales los usuarios y otros), donde cada uno de ellos se predispone al diálogo horizontal basados en el respeto, el reconocimiento, la valoración y aceptación de los diferentes saberes médicos, promoviendo su



articulación y complementariedad para mejorar la capacidad de actuar de manera equilibrada en la solución de los problemas de salud: calidad de la atención, conocimientos, creencias y prácticas de salud diferentes.

**La Integralidad**

Entendiendo que el proceso de salud y enfermedad no sólo consiste en que la persona no tenga enfermedades sino mas bien comprender que la persona esta sana cuando esta en armonía consigo mismo (cuerpo y mente), con su familia, con su comunidad, con la naturaleza y su mundo espiritual, a partir de acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

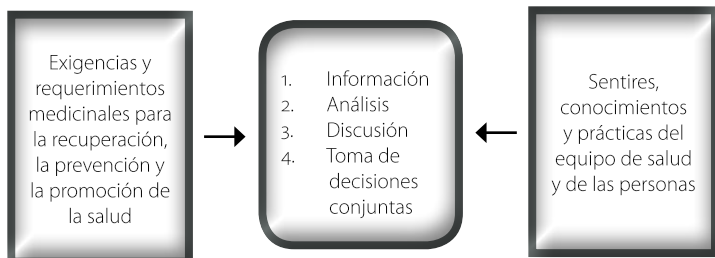
**La intersectorialidad**

Asume la intersectorialidad como la intervención coordinada entre los diferentes sectores, para tratar y abordar las determinantes socioeconómicas de la salud, en alianzas estratégicas y programáticas con educación, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia, organización social y otros, dinamizando iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas identificadas y optimizando recursos.

**PROMOCION DE TOMA DE DECISIONES CONJUNTAS**

Tomando en cuenta el intercambio de información entre el equipo de salud y las personas, acerca de la situación de salud que se presenta y de diferentes formas de atenderlas.

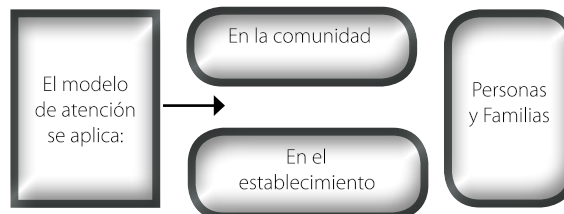
Figura. 1 Toma de decisiones



Fuente: SAFCI

**MODELO DE ATENCIÓN EN LAS REDES DE SALUD**

Figura 2: Atención en salud en redes



Fuente: SAFCI

**APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD**

Con la complementación de los conocimientos y prácticas del equipo de Salud con los de las personas, familias, médicos tradicionales indígenas originarios campesinos y afrodescendientes.

Buscando soluciones a las causas de los problemas de salud (determinantes de la persona, familia y comunidad).

**APLICACIÓN DEL MODELO DE ATENCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD**

Brindando servicios de salud donde se acepten respeten lo que las personas y familias sienten, conocen y practican para solucionar sus problemas de salud.

Acordando y concertando con la comunidad la adecuación cultural de espacios físicos y otros, tomando en cuenta a la familia como el núcleo de la atención en salud adecuando normas y protocolos de atención definidas por el ministerio de Salud y Deportes de acuerdo a la realidad de la familia y comunidad.

Evaluando las acciones de implementación de la salud familiar comunitaria intercultural.

## **Referencia de las Leyes Nacionales y Acuerdos internacionales, que tienen relación intrínseca con el tema de la salud en Pueblos Indígenas y Afrodescendientes**

### **LEY SUMI, N° 2426 DEL 21 DE NOVIEMBRE DE 2002**

...

#### **Artículo 1**

...II. Las prestaciones del Seguro Universal Materno Infantil, cuando corresponda, se adecuarán y ejecutaran mediante la medicina tradicional Boliviana donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, sea de elección ....

### **PROPUESTA DE NUEVA CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL ESTADO**

La nueva constitución contempla lo siguiente en uno de sus artículos respecto a la salud

#### **Artículo 18 .....**

- I. Todas las personas tienen derecho a la salud.
- II. El Estado garantiza la inclusión y el acceso a la salud de todas las personas, sin exclusión ni discriminación alguna.
- III. El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social. El sistema se basa en los principios de solidaridad, eficiencia y corresponsabilidad y se desarrolla mediante políticas públicas en todos los niveles de gobierno.

### **DECLARACIÓN DE DERECHOS INDÍGENAS DE LA ONU**

Esta declaración actualmente es ley en Bolivia promulgada por el Gobierno. En algunos de sus artículos se refiere a la salud.

#### **Artículo 21**

1. Los pueblos indígenas tienen derecho, sin discriminación alguna, al mejoramiento de sus condiciones económicas y sociales, entre otras esferas, en la educación, el empleo, la capacitación y el readiestramiento profesionales, la vivienda, el saneamiento, la salud y la seguridad social.

#### **Artículo 23**

Los pueblos indígenas tienen derecho a determinar y a elaborar prioridades y estrategias para el ejercicio de su derecho al desarrollo. En particular, los pueblos indígenas tienen derecho a participar activamente en la elaboración y determinación de los programas de salud, vivienda y demás programas económicos y sociales que les conciernen y, en lo posible, a administrar esos programas mediante sus propias instituciones.

#### **Artículo 24**

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

#### **Artículo 29**

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a la conservación y protección del medio ambiente y de la capacidad productiva de sus tierras o territorios y recursos.

Los Estados deberán establecer y ejecutar programas de asistencia a los pueblos indígenas

para asegurar esa conservación y protección, sin discriminación alguna.

2. 2. Los Estados adoptarán medidas eficaces para garantizar que no se almacenen ni eliminen materiales peligrosos en las tierras o territorios de los pueblos indígenas sin su consentimiento libre, previo e informado.
3. 3. Los Estados también adoptarán medidas eficaces para garantizar, según sea necesario, que se apliquen debidamente programas de control, mantenimiento y restablecimiento de la salud de los pueblos indígenas afectados por esos materiales,

#### **CONVENIO 169 ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO OIT**

##### **PARTE V: Seguridad social y salud**

###### **Artículo 24**

Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna.

###### **Artículo 25**

1. Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.

3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales económicas y culturales que se tomen en el país.

Resolución ministerial N 0348, 2 junio de 2006  
PROTOCOLO DE ATENCION MATERNA  
Y NEONATAL CULTURALMENTE  
ADECUADOS, instrumento oficial de MSD.

#### **INTERACCIÓN DE LA INTERCIENTIFICIDAD, INTERCULTURALIDAD Y LOS DERECHOS INDÍGENAS EN LA POLÍTICA PÚBLICA DE SALUD.**

##### **PARTO INTERCULTURAL**

La Declaración Alma Ata del año 1978, donde afirma que debe rescatar al médico tradicional como amigo del médico para lograr "Salud para todos hasta el año 2000".

Posteriormente en el 2000 nuevamente se reunieron 189 países en la ONU y firmaron el documento que define las Metas del Milenio, con el objetivo de mejorar la salud materna y reducir la tasa de mortalidad materna en tres cuartas partes hasta el año 2015. De la misma manera en los objetivos de dicho documento, procura reducir la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes.

En Bolivia con el propósito de mejorar el acceso de las mujeres a una atención más confiable de la maternidad que controlen y prevengan los riesgos se desarrollaron experiencias importantes

que apuntan a una estrategia de “atención de la maternidad, concertada e intercultural”.

Entre noviembre 2004 y mayo 2005, la Mesa de Salud Intercultural del MSyD, desarrollo la definición de una Estrategia de Adecuación Cultural del Parto. Organizo el Taller de Adecuación Cultural de la Maternidad de Caiza D, Potosí y la Jornada Nacional sobre Enfoques Interculturales para la Adecuación Cultural de la Maternidad, en Cochabamba.

Este taller posibilito la elaboración de guías materiales didácticos con el propósito de implementar una estrategia en áreas de mayor concentración de población originaria indígena. Estas guías toman en cuenta la normativa nacional, las últimas investigaciones de la medicina occidental y las recomendaciones de la OMS para la atención del parto normal.

#### **EXPERIENCIA EN CAIZA - COTAGAITA, POTOSÍ**

El parto domiciliario atendido por parteras, familiares y vecinos continúa vigente, es obra de la comunidad y parte de la cultura.

La primera observación compartida es el reconocimiento de los altos niveles de mortalidad materna y neonatal en el departamento, derivados generalmente de causas evitables producto de la falta o mala atención, es nuestro propósito a establecer mecanismos de articulación funcionales y continuos, entre mujeres embarazadas, parteas tradicionales y servicios de salud con capacidad de desarrollar cuidados obstétricos y neonatales respetando las culturas originarias. El trabajo nos muestra que la participación de las parteras es importante porque puede realizarse exitosamente si se lo hace con seriedad y responsabilidad. Son experiencias de acercamiento entre el servicio biomédico y tradicional.

Las parteras están aplicando un parto limpio y refieren oportunamente los riesgos al servicio de salud.

Las parteras están comprometidas con los cambios y se acercan al servicio de salud

El servicio de salud manifiesta respeto por su trabajo y la relación con las madres está coordinando con ellas, utilizan los medicamentos tradicionales y respetan la posición de elección en el parto.

Es importante destacar la importancia que dan las parteras en la difusión de nuevos conocimientos, formar nuevas parteras y mantener una nueva organización incluyente.

#### **PARTO A DOMICILIO EXPERIENCIA EN HUARINA, LA PAZ**

En el Centro de Salud Huarina, los partos que se atienden la mayor parte son atendidos a domicilio donde participan tres grupos, parteras, familia y personal de salud, buscando un adecuado servicio de salud.

En las comunidades de esta zona todavía hay una resistencia cultural a la atención médica occidental, la tolerancia en una práctica del personal de salud para realizar el aporte correspondiente.

El personal de salud del centro tiene conocimiento de la atención interculturalidad, comparten el mismo idioma coordinan con las parteras y buscan un trabajo compartido entre ambos.

#### **DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO Y PROBLEMÁTICA DEL PAÍS EN RELACIÓN A SALUD EN PUEBLOS INDÍGENAS Y AFRODESCENDIENTES.**

1. En Bolivia la mortalidad materna neonatal durante el proceso del embarazo, parto y puerperio poco a disminuido, esto se ve que según reportes las mortalidades maternas y neonatales con frecuencia ocurren en el área rural, es decir en los pueblos indígenas, donde el acceso a un servicio de salud es limitado por muchos factores entre ellos podemos mencionar: *no todos los pueblos*

*indígenas cuentan con un servicio de salud, tiene que trasladarse muchos kilómetros para acceder a un servicio de salud, a veces no se cuenta con medios de transporte y en muchos casos no existe una carretera para que pueda ingresar un medio de transporte en los pueblos indígenas solo se cuenta con un servicio de salud de primer nivel y atendido por un auxiliar en enfermería, que cuando se presenta un caso complicado de problema de salud materna neonatal tiene que referir el caso a otro servicio de salud de mayor complejidad y en este proceso puede ocasionarse la muerte de la mujer.*

2. Otro factor es la falta de red de comunicación entre el personal de salud y la comunidad indígena, aun existe la falencia de un medio de comunicación de la comunidad al servicio de salud, porque se ha visto que por la lejanía al servicio de salud, cuando existe o se presenta un caso complicado ejemplo de un parto complicado la comunidad como no cuenta con un medio de comunicación rápida con el servicio de salud, la referencia no es oportuna y a veces llegan a fallecer los pacientes en las poblaciones rurales o pueblos indígenas. Aquí podemos mencionar que es imprescindible rescatar a los RPS (Responsables Populares de Salud) que se forman y capacitan en las comunidades, así si los RPS's en diversas comunidades, sería un nexo entre la comunidad y el servicio de salud, quienes comunicarían cualquier problema de salud.
3. Otro factor es sobre el choque cultural que existe entre la comunidad y los médicos occidentales que no están comprometidos con la comunidad y desconocen los valores, costumbres y no dan importancia a los saberes ancestrales de los sabios de los pueblos indígenas y no respetan la medicina tradicional, esto influye bastante en la baja accesibilidad al servicio de salud y por esta razón las mujeres en los tres periodos ya mencionados no acuden al servicio de sa-

lud, mas al contrario optan por la medicina tradicional y acuden a las parteras.

Mucho hace también el compromiso que tienen las autoridades, políticas con el área de salud, si tienen un desconocimiento en este tema, influirá mucho en la dotación oportuna de: equipamiento, recursos humanos y necesidades que tiene el servicio de salud, lo cual directamente influirá en la atención del paciente.

## Conclusiones

Es importante Implementar un modelo de atención en salud intercultural que complemente la medicina occidental con la medicina tradicional, promoviendo una efectiva interculturalidad en el proceso de Salud y Enfermedad, donde se enfatice el enfoque sociocultural, que permita un contribución publica de la medicina tradicional, y herbolaria a la población de acuerdo al conocimiento y sabidurías de la culturas originarios de modo que trabajen de forma articulada en salud con el sistema público en un modelo de gestión y atención con enfoque intercultural.

## Propuestas

Las propuestas que pretendemos insertar a este modelo son las siguientes;

- El Parto a Domiciliario complementado.
- Que se implementen los protocolos de atención materna y neonatal existentes.
- Que lleguen las normas a los centros más remotos y se apliquen de manera oportuna.
- Dar prioridad en las referencias, las capacitaciones sean a los personales operativos (primeros niveles de atención) y **no tanto así al personal administrativo.**
- Dotar de equipamiento necesario.
- Libre de elección de la parturienta ya sea a domicilio o en el centro de Salud.

- Otro de los aspectos importantes es el fortalecimiento la articulación de los Sistemas de Información entre los Médicos Tradicionales, Parteras y las diferentes especialidades donde exista un instrumento de información, para que puedan informar las parteras, curanderos y médicos tradicionales y estos incluirlo en el SNIS Sistema Nacional de Información otorgada por el Instituto Nacional de Estadística, que actualmente se maneja.

### **Propuestas para el fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas propios.**

#### **EXPERIENCIA MEDICINA KALLAWAYA**

En el caso particular en lo que se refiere la Medicina Kallawayas, por su reconocido conocimiento en la medicina tradicional en Bolivia, dio sus aportes en la atención en Salud.

Mas por naturaleza propias que por políticas promovidas por el Estado los kallawayas han curado y sanado enfermedades en comunidades indígenas y centros poblados (ciudades). Poco a poco se están rompiendo las barreras entre la medicina kallawayas y la medicina académica, cada una de ellas buscando las maneras para articulase entre ambas y dar un servicio adecuado a las personas.

En los últimos años los Kallawayas han desarrollado un sistema integrado de salud. Cuentan con consultorios kallawayas más que todo en centros poblados, y aun practican la itinerancia de comunidad en comunidad y están aprendiendo a ver sus limitaciones y practicando ya la referencia y contrarreferencia con los médicos académicos.

En dos distritos kallawayas en Chari y Chajaya de la región han creado la asociación Centro Integral de Capacitación y Desarrollo Kallawayas CICADEKA donde están transmitiendo sus

conocimientos a nuevos valores y además están recopilando sus recetas milenarias. Han logrado en coordinación con el viceministerio de Medicina Tradicional construir su primer laboratorio artesanal de producción y transformación de medicamentos tradicionales kallawayas con el fin de incorporarlos al Sistema Universal de Salud a alcance de la población como alternativa de salud.

Así como este caso existen otros, tal es el caso mencionado arriba de Caiza D, Potosí que están siendo tomados en cuenta por el gobierno.

### **Mejoramiento de la calidad, cobertura y pertinencia sociocultural de los servicios públicos de salud para pueblos indígenas.**

Que se lleve a practica en otros servicios de salud en los pueblos indígenas y no solo en los servicios de salud pilotos, lo que es la atención en salud materna con enfoque intercultural, también podemos señalar que la atención debiera ser a nivel general con enfoque intercultural, un a fortaleza para que se pueda cumplir seria la aprobación de nuestra nueva constitución política del estado por que ahí se menciona que la salud debe ser intercultural.

Con la articulación de las dos medicinas científica y medicina indígena originaria y afrodescendiente.

La participación activa de la comunidad y un representante elegido por la comunidad.

Promoción y difusión de la medicina tradicional y la occidental en los pueblos indígenas y afrodescendientes.

Que el personal de salud valore y respete las costumbres y creencias, la medicina tradicional y la cosmovisión andina

## BIBLIOGRAFÍA

El Enfoque Intercultural en la atención de la Salud Materna: un avance para las políticas públicas de salud. Pg 2 – 5, Ministerio de Salud Y Deportes

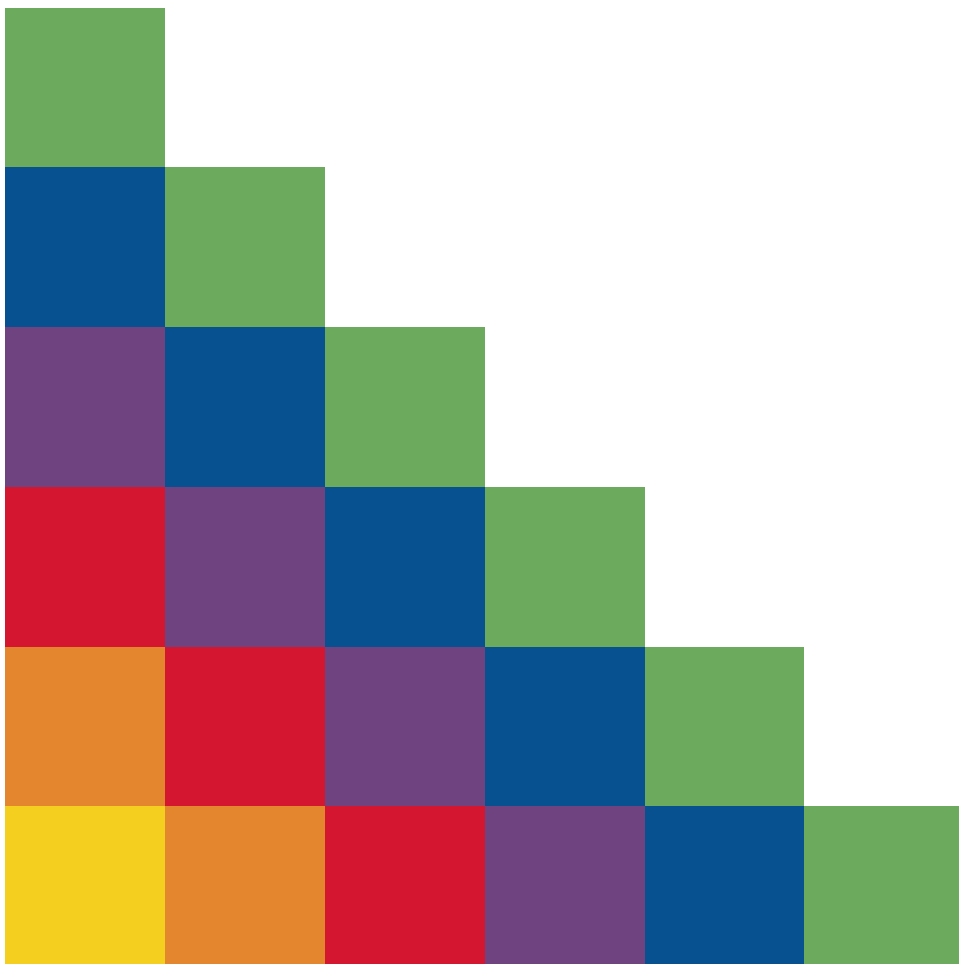
Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, Organización de las Naciones Unidas ONU

Convenio 169, Organización Internacional del Trabajo OIT

<http://www.sns.gov.bo/index.apx?op=22>,  
Ministerio de Salud Y Deportes



# CHILE





# Medicina Mapuche y Complementariedad en Salud Pública

*Ana María Llao Llao  
Hernán Tapia Huanchicai*

## Introducción

El presente trabajo tiene como finalidad integrar los contenidos de las unidades I, II, III, IV y V de la Maestría en Salud Intercultural, tomando como eje el concepto de Interculturalidad en la política pública de salud del Estado de Chile. Como punto de partida nos hemos planteado un objetivo general, desglosado en dos objetivos específicos que nos han servido de guía para orientar el trabajo de recopilación de información tendiente a responder las interrogantes sobre los obstaculizadores y los facilitadores para lograr un diálogo intercultural entre el modelo de Medicina Tradicional Mapuche y el modelo de atención del Estado de Chile basado en el Método científico adoptado y aceptado por la Comunidad Científica. Para ello hemos definido una metodología de corte cualitativa basada en el enfoque de la complejidad como sustento epistemológico, por considerar que no existe sólo una manera de conocer o acceder al conocimiento, sino que son múltiples las formas y los objetivos, dependiendo de la estructura mental que cada sociedad o cada cultura desarrolla a partir de su concepción de mundo. La forma en que cada sociedad se explica la vida y el mundo da paso a la forma que esa cultura o sociedad adopta como camino al conocimiento o saber, que será válido de acuerdo a las exigencias epistemológicas que ella misma se impone.

El reconocimiento de estos supuestos no ha sido fácil, la cultura dominante que tiene validados sus métodos en la conciencia colectiva, como única forma de saber posible, lentamente ha ido dando paso a la posibilidad de otras formas de

conocer y por tanto de ser, debido a la crisis que ha generado el tipo de desarrollo basado en aquellos supuestos. El mundo hoy reclama abrirse a un nuevo paradigma, para responder a las necesidades de diálogo y entendimiento entre los pueblos y culturas que habitamos este planeta. Este largo camino se refleja en parte en los acuerdos internacionales que analizamos en el punto 5.1.1. que han servido de base para incorporar luego en la legislación nacional de los Estados intervinientes visos de reconocimiento a las culturas originarias y afrodescendientes.

En el punto 5, que hemos titulado marco de antecedentes, hemos incorporado el punto 5.2 a analizar la teoría sobre la pertinencia del diálogo intercultural en materia de salud, para finalmente presentar los resultados en las conclusiones del presente trabajo, dejando constancia al final de la bibliografía consultada para la elaboración del presente informe.

## Marco referencial

Las referencias internacionales especialmente las referidas a derechos humanos han impulsado el reconocimiento de los derechos indígenas y de los afrodescendientes, especialmente la Organización de Naciones Unidas ONU, un logro importantísimo para nuestros pueblos fue la declaración en el año 1995 del “Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas”, cuya meta era el fortalecimiento de la cooperación internacional para la solución de los problemas de los pueblos indígenas en materias como de-

rechos humanos, desarrollo, medio ambiente, educación y salud.

En 1993 la OPS/OMS la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud realizan el 1ER Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas en Winnipeg, luego en el año 2002 la OMS elaboro una estrategia sobre medicina tradicional, fue así como surgieron los primeros movimientos que impulsaron la participación de las comunidades indígena con entidades de los Estados.

La Declaración Universal de los Derechos Humanos, en su Art. 27 define los Derechos Culturales reconocidos a todas las personas.

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, en sus Arts. 12 y 15 también se refiere al reconocimiento de los Derechos Culturales, como también lo hace el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y más recientemente la Declaración Universal de la UNESCO sobre Diversidad Cultural, que en su Art. 4 se refiere a “la defensa de la diversidad cultural es un imperativo ético, inseparable del respeto de la dignidad de la persona humana” promoviendo de esta manera los derechos lingüísticos culturales de las minorías y de los pueblos indígenas.

Otro instrumento internacional que reconoce los derechos culturales de todos los pueblos cuyos estados ratifiquen este convenio es el Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes.

### **Legislación nacional del Estado de Chile**

En Chile después de muchos años de desconocer la diversidad étnica existente en su territorio, en la últimas décadas se ha dado posibilidades de reconocer una realidad que antes se negaba a ver, a pesar de que es evidente la existencia de grupos

culturalmente distintos. A partir del año 1996 se impulsan los primeros apoyos al ministerio de salud desde la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, generándose una línea de intervención estratégica de trabajo con los pueblos indígenas.

El primer resultado de este proceso iniciado en 1996 para generar condiciones que permitieran abrir espacios de encuentro fue el “Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas”, y el taller nacional de “salud, cultura y territorio”, durante este tiempo el trabajo se pudo realizar por los esfuerzos y motivación de quienes tenían una mirada distinta y una visión integradora tanto en las comunidades indígenas, como en los equipos de salud.

Por otro lado es importante reconocer que existían líderes indígenas que en sus comunidades siempre se destacaron por mantener las tradiciones ancestrales de tratamiento y salud.

Actualmente el tema de la salud de los pueblos indígenas en Chile, es considerado relevante para algunos realizándose grandes avances como la creación de programas de salud intercultural en las comunas con más altos índices de población indígena, pero aún queda mucho por hacer ya que es un proceso que está en construcción. En este sentido, es significativo mencionar que solo durante el año 2008 se realizó la ratificación del convenio 169 por parte de estado Chileno, desconocido e incomprendido aun para muchos Chilenos.

En el último tiempo se han producido en nuestro país graves conflictos y muertes de hermanos indígenas que luchan por la reivindicación de los derechos que son permanentemente vulnerados en las comunidades, existen movimientos que realizan denuncias tanto a nivel nacional como internacional, el protagonismo es de líderes mujeres, hombres indígenas y personas que empatizan con las causas de los pueblos indígenas la lucha es por un conflicto que está presente desde tiempos inmemoriales y en el último tiempo ha

vuelto a recobrar relevancia social generando con ellos graves dificultades en la vida y salud de las personas y las comunidades.

El arduo y persistente trabajo de las Organizaciones Mapuche dio como resultado que el parlamento aprobara una ley que en algunos aspectos refleja las reivindicaciones de los Pueblos Originarios, es la Ley 19.253, más conocida como Ley indígena, que tuvo que negociarse con los partidos políticos de derecha, luego esta ley se vino a reforzar con la llamada Política de Nuevo Trato 2002-2010, que pone su acento en la pertinencia cultural de los planes y programas de gobierno. El actual gobierno ha establecido el Pacto por la Multiculturalidad, Re-conocer, que entre otros aspectos viene a reforzar el Programa Salud y Pueblos Indígenas, capacitando a los funcionarios del servicio en Lengua y Salud Indígena, incorporación de mayor plaza de facilitadores interculturales en los establecimientos de la red estatal con mayor presencia de población indígena, reconociendo la importancia de la biodiversidad para el ejercicio de la medicina Mapuche.

### Marco teórico

Interacción de la interculturalidad, interculturalidad y los derechos indígenas en la política pública de salud.

El concepto Salud en medicina tradicional mapuche comprende el bienestar físico, mental, espiritual y social. Por lo tanto las prácticas médicas están orientadas a restablecer el equilibrio perdido por alguna transgresión a las normas sociales o naturales. Ello implica que el acto médico es al mismo tiempo un acto educativo, a través del cual, el médico le hace ver a su paciente en qué ha fallado, dónde se ha producido el quiebre que ha roto el necesario equilibrio que le permita ser una persona útil para la sociedad, un *Che Ngen*, es decir, una persona apropiada de sí, consciente que cada uno de sus actos tendrá una consecuencia, así en el plano social como en plano natural. Este planteamiento conlleva

la concepción del universo en forma integral, en que cada una de sus partes es necesaria e importante para funcionamiento global.

La aceptación de lo diverso sin exclusión, de la unidad en la diversidad, permitió al Pueblo Mapuche gozar de buena salud tanto física, como mental y espiritual. En este contexto la medicina tradicional encierra una esperanza para nuestro planeta, para las miles de especies en peligro extinción. La medicina tradicional es holística, es aquí donde radica su principal valor y la belleza de sus enunciados nos hace mirar con ojos nuevos el horizonte borroso por la contaminación que enferma el cuerpo y el espíritu; nos hace más sensibles al valor de cada planta que habita con nosotros el planeta y que en su sabia guarda el remedio justo y bueno para sanar las heridas físicas o mentales que justa o injustamente la lluvia ácida nos ha proferido, por no respetar los tiempos que la naturaleza necesita para regenerarse.

La interculturalidad, la interculturalidad y los derechos indígenas son conceptos fáciles de entender pero muy difíciles de aplicar en la práctica ya que requieren de profundos cambios en las personas, las estructuras de las organizaciones, de las comunidades y del Estado ya que sus procesos son la respuesta a cambios en el pensamiento, es decir cambios de paradigmas, desde las políticas de salud existen claras intenciones por complementarlos en beneficio de las comunidades indígenas y de los programas de mejoramiento en salud pública y promoción para toda la población en general, aun como país estamos en pañales ya que la construcción del paradigma de la interculturalidad es un proceso de cambio social, político y comunitario cuyo fin es la complementariedad, para lograr la construcción de espacios de encuentro en ámbito de las políticas de salud se requiere de la estimulación de las interrelaciones de forma dinámica, en nuestro país se está lentamente logrando llegar a este objetivo muy pretencioso aun.

Reconocemos que ese están dando espacios de entendimientos mutuos desde las disciplinas de la

interculturalidad, interculturalidad y derechos de los pueblos indígenas, esta consideración frente al nuevo paradigma se está consolidando especialmente en la atención primaria de salud ya que es acá donde se han generado la construcción de los primeros espacios participativos, por lo menos existen intenciones de considerar en la cobertura y el impacto de algunos programas, las “variables culturales”, se incorporan en este proceso los facilitadores interculturales y una serie de estrategias, pero es una instancia desvinculadas de la realidad de las comunidades ya que en la mayoría de los programas los facilitadores interculturales están inmersos en las dinámicas organizacionales de los sistemas de salud tradicional limitándoles su accionar en la comunidades de origen que es donde se deben realizar la promoción y prevención en la salud, para conservar el equilibrio del espíritu y del ecosistema, reconocemos que todo es parte de un proceso de aprendizaje que estamos viviendo como país estamos en eso construyendo desde el conocimiento ancestral y aportando a la creación de nuevos paradigmas que conserven y respeten la diversidad la identidad y la cosmovisión para lo que se requiere de equipos en el área de la salud que lideren proceso con sólidos conocimientos y capacitación en la interculturalidad como motor de cambio y desarrollo en este país que lentamente reconoce su realidad multiétnica

**Marco contextual. Descripción del contexto y problemática del país en relación a salud en pueblos indígenas y afrodescendientes.**

Chile es un país largo y delgado, geográficamente muy aislado tanto por la cordillera de los andes como por el océano pacífico sus toponimias son muy diversas y su gente es muy heterogénea culturalmente, tiene extensos desiertos, zonas boscosas y aisladas, entre otras diversidades del ecosistema es multicultural palabra que algunos aun no entienden, sus realidades comunitarias responden a situaciones muy particulares, al igual que las problemáticas en la salud, los espacios interculturales son pensados desde la necesidad de cada región con un enfoque sectorial lo que es

un gran avance por lo menos existen intenciones como meta desde el Estado.

Nuestro país aun vive un penoso camino de reconocimiento de los pueblos indígenas un ejemplo de ello es que actualmente se está tomando mayor conciencia, un logro lo obtuvo el pueblo diaguíta al ser incorporado como un grupo indígena más ya que también son parte esencial de las raíces de nuestra nación, los modelos de salud intercultural consideran los siguiente subcomponentes: 1) Desarrollo de modelos de atención y gestión interculturales 2) Mejoría de calidad, sensibilidad y pertinencia cultural de los servicios de salud en territorios indígenas 3) Fortalecimiento de la medicina indígena 4) mejoría del acceso y capacidad resolutive de la red de servicios interculturales.

Para los programas y la reforma de salud su principal preocupación es el logro de la equidad en el acceso, oportunidad y calidad de la atención, con el fin de disminuir las brechas en los problemas de salud de los pueblos indígenas, existen evidencias epidemiológicas en aquellos lugares donde los índices de población indígena son altos los factores de riesgo y daños en la salud lo son también, actualmente se están realizando intervenciones en el ámbito de mayor riesgo como lo son: la mortalidad infantil, morbilidad por enfermedades infecciosas, salud mental, entre otras patologías, actualmente se requiere en forma urgente y prioritaria contar con información y profesionales capacitados en intervención intercultural en salud, para aportar en el análisis de perfiles epidemiológicos y sociodemográficos ya que permitirán establecer prioridades en los programas e intervenciones con las comunidades y población indígenas.

Las informaciones actuales que manejan los programas de salud permiten dar señales de las diferencias y desigualdades entre la población indígena y no indígena, el acceso es muy limitado en aquellos sectores donde residen más comunidades indígenas, requiriéndose expertos en salud intercultural para intervenir los indicadores con

mayor vulnerabilidad. Es fundamental el medio ambiente y el ecosistema, en la consideración en los programas de salud intercultural ya que los factores de riesgo y vulnerabilidad esta relacionados con el mundo que rodea a las personas indígenas, es en estos espacios o contexto, donde también encontramos los factores protectores y la explicación de las enfermedades y problemáticas de salud que les afectan.

El principal problema de la salud tradicional en Chile es su condición de medicina alternativa, que en los últimos años se ha ido incorporando a los programas del ministerio de salud; es decir, es reconocida en tanto y en cuanto esté supervisada por la medicina occidental. Se han introducido al sistema facilitadores culturales que sirven de apoyo a los médicos para entender a los pacientes que no hablan o tienen dificultades para darse a entender en la lengua castellana.

En la población indígena, en general, se ha perdido la práctica de recurrir a la medicina tradicional puesto que por mucho tiempo fue desacreditada en el discurso oficial de la cultura dominante en el país; no obstante la negación ha sobrevivido y en la actualidad se percibe un creciente despertar de los dones de machi (médico) en la juventud mapuche<sup>38</sup>. Para los que hemos sido formados en los paradigmas culturales occidentales ha significado un esfuerzo de voluntad para mirar hacia atrás y encontrarnos con nuestras raíces y reconocer en ellas lo verdaderamente importante.

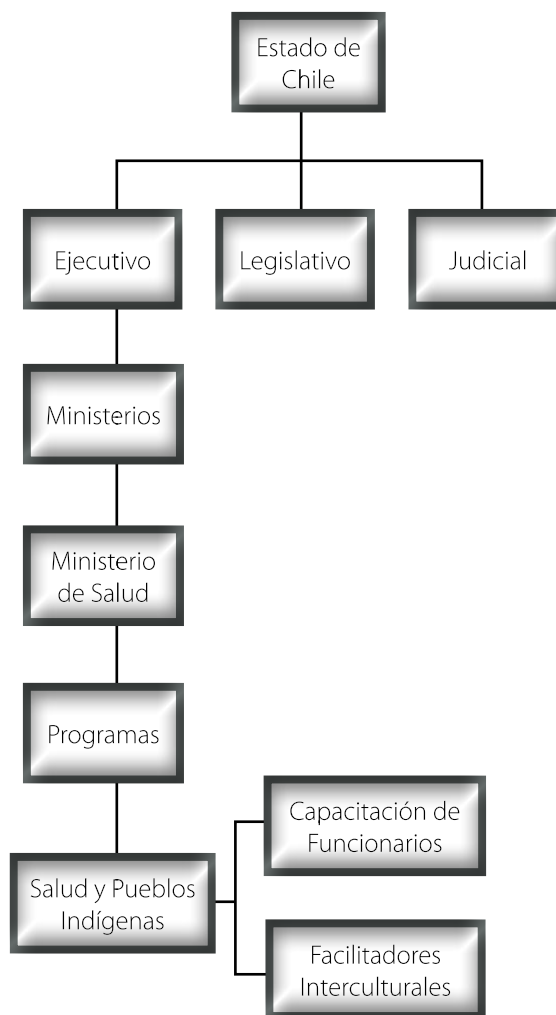
### Conclusiones

El principal obstáculo para el ejercicio de la Medicina Tradicional Mapuche es la disminución de su territorio que conlleva la destrucción de los ecosistemas, fuente farmacológica de sus médicos, y acceso restringido a reservas naturales. Luego aparece la condición de pertenecer a la cultura de un pueblo en condición de dominado

culturalmente, por lo cual constantemente está en tela de juicio por el modelo dominante.

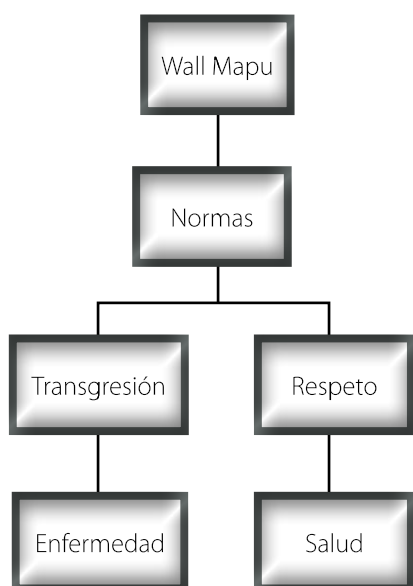
Como facilitador aparece el hecho, que no obstante las políticas de homogeneización, continúan manifestándose los dones de Machi (médicos) en personas jóvenes que tienen el privilegio de comprender ambas culturas o estructuras mentales, lo que sumado a los espacios que brindan las políticas de Salud Intercultural han ido abriendo espacios para el ejercicio de la medicina mapuche al amparo del Ministerio de Salud.

Mapa N° 1. Programa Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud.



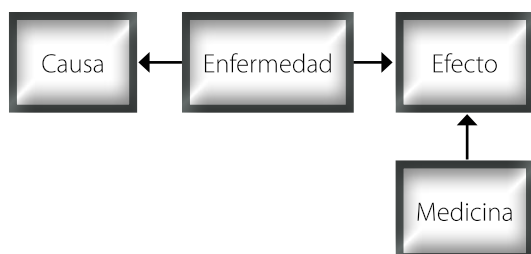
<sup>38</sup> Ejemplo de ello es que dos estudiantes del Liceo Guacolda de la Comuna de Chol Chol, en el proceso educativo en Educación Intercultural y Medicina Mapuche, han descubierto que han sido llamados a ejercer la Medicina Mapuche desde la condición de Machi, en el año 2007

Mapa N° 2. Modelo de Salud Mapuche.



El universo tiene normas que el hombre y la mujer tienen que respetar. Esas normas (que tienen que ver con los ciclos de la naturaleza como con el orden personal y social, en lo social se entiende que tiene que ver la familia y la comunidad) son entregadas al niño desde la más temprana infancia y tienen que ver con comportamientos sociales y personales. Desde este punto de vista se puede decir que es un modelo de carácter preventivo. La enfermedad es producto de una falta a esas normas o códigos que la persona conoce. El instrumento para volver al equilibrio es el Machi (médico y guía espiritual) que hace de intermediario entre las energías que han entrado en conflicto. El tratamiento farmacológico va acompañado de consejos y de explicaciones sobre el porqué del malestar o enfermedad, qué norma fue transgredida.

Mapa N° 3. Modelo de Salud Occidental.



Para la medicina occidental cada enfermedad tiene una causa y la medicina actúa frente a los efectos.

### Propuestas

La ampliación del territorio Mapuche es una demanda histórica de nuestro pueblo. La Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, CONADI, es el organismo que por ley tiene el mandato de llevar a cabo la política de restitución de tierras a personas individuales y a Comunidades.

En este trabajo, nos limitamos a realizar dos propuestas en el ámbito de la salud Intercultural.

Propuestas para el fortalecimiento de los sistemas de salud indígenas propios.

### Objetivo:

Facilitar el acceso a Reservas Naturales para fines terapéuticos a los Agentes de Medicina Mapuche y establecer políticas de conservación de sitios ricos en flora silvestre.

### Meta:

El 100% de los Parques y Reservas Naturales con Convenio con Agentes de Medicina Mapuche acreditados por sus Comunidades o Lof Mapu.

### Supuesto:

Facultad de la Corporación Nacional Forestal para firmar convenios con Agentes de Medicina Mapuche.

### Medio de Verificación:

Documentos firmados en poder de los Agentes de Medicina Mapuche y la Corporación Nacional Forestal.

Propuesta para mejorar la calidad, cobertura y pertinencia sociocultural de los servicios públicos de salud para pueblos indígenas.

### **Objetivo:**

Incorporar en cada servicio dependiente del Ministerio de Salud un equipo de Especialistas en Medicina Mapuche en las regiones con alta concentración Mapuche para que los pacientes Mapuche y No Mapuche puedan optar por una u otra medicina luego de conocer el diagnóstico.

### **Meta:**

El 100% de los Servicios dependientes del Ministerio de Salud en la Octava, Novena, Décima, Decimo Quinta y Metropolitana con Especialistas en Medicina Mapuche como parte de las prestaciones de esos servicios.

### **Supuesto:**

El Ministerio de Salud reconoce e incorpora la Medicina Mapuche como parte de las especialidades del Servicio Nacional de Salud.

### **Medio de Verificación:**

Infraestructura y procedimientos de los servicios adecuados para el ejercicio de la Medicina Mapuche.

### **Bibliografía Consultada.**

Gobierno de Chile, Corporación de Desarrollo Indígena, Ley 19.253.

Gobierno de Chile, Política de Nuevo Trato.

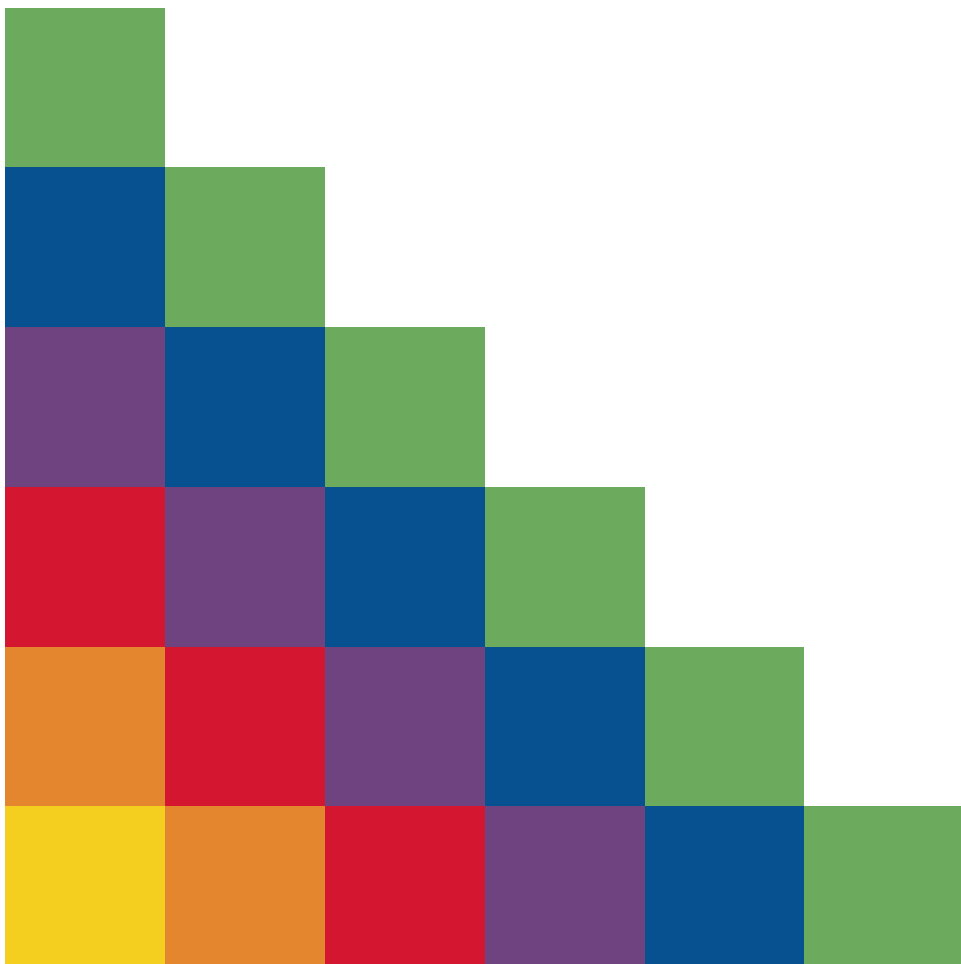
Gobierno de Chile, Pacto por la Multiculturalidad. Abril 2008.

Oficina Internacional del Trabajo, Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes. Primera edición 2006. Organización Internacional del Trabajo.

Universidad de las Regiones Autónomas de las Costas Caribe Nicaragüense, Apuntes de Clase y Participación en foros, Febrero Mayo 2008. Maestría en Salud Intercultural.



# URUGUAY





## Oportunidades para el diálogo intercultural en salud para Uruguay

*Delfina Pérez Aguinaga*

*... “el porvenir empieza con una invitación desde las raíces de este continente a un movimiento que en forma combinada asegure nuestras medicinas en el dominio público y el resguardo precautorio ejerciendo la práctica de fidelidad comunitaria hasta el momento en que sea ilegítimo expropiar el bien común”.*

*“Para asegurar nuestras medicinas en el dominio público tendremos que instalarnos en relación a una política de derechos humanos, que colectivamente rememore que el conocimiento no tiene dueño, circula entre generaciones y por eso tiene heredero, pero no dueño. Es un bien común que por descender de los antepasados, es de todos, inclusive de las generaciones futuras.”*

*“En éste movimiento invitamos a alumbrar la riqueza terapéutica conocida por nuestros pueblos como una estrategia de nuestra biodiversidad ya conocida. También, a dar respuesta a la urgencia de medios de vida locales para la conservación, sabiendo que así como todo tiene un origen, también tiene un límite”*

*Del Libro de la Red de Plantas Medicinales*

### Introducción

La población uruguaya es fundamentalmente mestiza-criolla. Como en un crisol, afrodescendientes, y descendientes de inmigrantes europeos y descendientes de indígenas, habitamos una

tierra regada por ríos que en su mayoría mantienen su nombre indígena, como voces de la tierra reclamando su memoria. Pero en la gestión en salud desde la macro, meso a la microgestión, el modelo es el hegemónico, con desconocimiento total de la existencia de espacios pluriétnicos y diversidad cultural

A pesar del etnocidio persisten en la población uruguaya, portadores de sabidurías antiguas, parteras tradicionales que no se autodenominan tales, conocedores de plantas medicinales, güeseros. “Trincheras de resistencia de la vida” como le llama un uruguayo estudioso de la cosmogonía indígena - Gonzalo Abella;<sup>1</sup> y “en esas trincheras hay rescoldos de saberes y amores muy antiguos junto con chispas nuevas, luminosas, siempre renovadas.”

El concepto de salud en la cosmogonía indígena difiere diametralmente del concepto mecanicista de la ciencia moderna. La necesidad de complementariedad de ambas perspectivas resulta tanto de la necesidad de dar solución efectiva a los problemas de salud de las comunidades indígenas y afrodescendientes, derecho inalienable e impostergable, así como de la necesidad de ofrecer alternativas de solución a la gran crisis de los sistemas de atención de la salud en el mundo occidental. La crisis del paradigma mecanicista y determinista de la ciencia médica ha dado suficientes síntomas de caducidad e ineficiencia para atender con equidad las necesidades de salud de la población en general, ya no sólo de las poblaciones de los pueblos originarios.

El gobierno progresista que asumió en el 2005 plantea por primera vez un cambio en el modelo de atención de la salud. Esto significa una

formidable oportunidad para el diálogo intercultural, para la adecuación de los servicios de atención de la salud de una población que hasta ahora había sido ignorada e invisible.

### **Legislación nacional uruguayo y acuerdos internacionales**

Revisar dentro de la estructura actual del estado uruguayo, los espacios de incidencia política que se han creado con el nuevo gobierno, desde donde trabajar derechos de descendientes afro e indígenas. Recabar lo que se ha legislado en relación a los derechos de los pacientes en general, analizar la presencia del componente étnico y cultural y las posibilidades de su integración en los proyectos de ley que están en marcha.

Recabar lo ya realizado en Uruguay por organizaciones o grupos en cuanto a las propuestas e iniciativas de atención de la salud desde una perspectiva integral, holística, a través de entrevistas a integrantes de esos grupos.

Referencia de las leyes nacionales -o acuerdos internacionales-, que tienen relación intrínseca con el tema de los derechos a la salud en pueblos indígenas y afrodescendientes y a los espacios de incidencia política para su implementación.

Tal como sucede en el resto del continente, existe un abismo entre el discurso y la instrumentación de las medidas necesarias para hacer efectivas las declaraciones. No obstante hemos identificado que existe el marco legal desde donde trabajar los derechos de los descendientes y espacios de incidencia política que es necesario utilizar.

**4-1-1 a) Acuerdos internacionales:** El Convenio 169 de la IOT aún no ha sido ratificado por Uruguay, sin embargo existe una Comisión de seguimiento de la III Conferencia Mundial contra el racismo desde el 2001.

**4-1-1b) Respecto a legislación sobre derechos de los pacientes en general,** encontramos, una

historia de declaraciones de buenas intenciones, un proyecto de ley en estudio en el parlamento y el Proyecto del Grupo Nacer Mejor de permitir la opción al parto natural, que está en estudio en la órbita del Ministerio de Salud Pública en el marco de la revisión de las Normas de Atención del Parto.

No encontramos ninguna normativa que instrumente los compromisos internacionalmente contraídos con respecto a la atención de los descendientes de culturas ancestrales.

**De los documentos existentes:** el decreto del Poder Ejecutivo 258/92 “Reglas de Conducta Médica” y adicionalmente el capítulo sobre el conjunto “de normas sobre derechos de los pacientes. En igual sentido el Sindicato Médico del Uruguay en el año 1995 aprobó el Código de Ética Médica basado en las normas, códigos y convenciones internacionales que regulan estos derechos, donde estarían incluidos los consignados en el Convenio 169 de la OIT . Con idéntico alcance la Federación Médica del Interior elaboró su código de ética que rige para los afiliados voluntarios a la gremial. Estos códigos además, establecen un marco normativo únicamente para los médicos y estudiantes de medicina y por lo tanto no regulan, no podrían hacerlo, a los otros actores del proceso asistencial. Carecen de rango legal y son de aplicación casi exclusiva al ámbito del Ministerio de Salud Pública el primero y los siguientes, limitado a los profesionales que voluntariamente se afilien tanto al Sindicato Médico del Uruguay como a la Federación Médica del interior. No abarcan la totalidad de la problemática, y mucho menos rescatan el derecho a los saberes propios de un sector de la población que pertenece a otra cultura.

**En el proyecto de ley sobre derechos de los pacientes-usuarios de los servicios de salud,** presentado por Asamblea Uruguay <sup>2</sup> –agrupación política del partido de gobierno- se plantea la importancia de regular en forma expresa el alcance de esos derechos. Reconoce que el plano ético se anticipa o sobrepasa en muchas circunstancias

al marco jurídico. Declara la obligatoriedad de una calidad de atención que asegure la no discriminación por etnia, clase o género, pero no propone el “cómo” instrumentar esa normativa. En el mismo sentido la ley de salud reproductiva y derechos de las mujeres, es genérica y no abarca toda la problemática del ciclo reproductivo de la mujer, así como tampoco propone otros abordajes del tema.

En la órbita del Ministerio de Salud Pública, están en discusión las **Normas de Atención del Parto y Puerperio**, y en ese marco, el **Proyecto presentado por el Grupo Nacer Mejor**, constituido por profesionales que han venido realizando la experiencia diferente de abordaje en la atención del parto y que permitió poner el tema en la mesa de discusión, estudiar la posibilidad de crear Casas de Parto, así como también, dejar de penalizar los partos en domicilio y reconocerlos como un derecho de la mujer de elegir la forma de parir.

### **Espacios de acción política ya existentes:**

- **Secretaría de la Mujer Afrodescendiente en el Ministerio de Desarrollo Social (MIDES)**
- **Secretaría de DDHH del Ministerio de Educación y Cultura**
- En la sociedad civil organizada, la existencia de UAFRO, una organización de **Universitarios Afro-uruguayos** que cuenta ya con 3 años de vida y que tiene como principal línea de trabajo el fortalecimiento, capacitación de profesionales para la gestión política y soporte técnico de las organizaciones que reivindican los derechos de las minorías.
- Dentro del **Ministerio de Salud Pública**.<sup>3</sup> El Sistema Nacional Integrado de Salud, que fue puesto en práctica en enero de este año, además de la revisión del modelo de atención, lleva implícito un sistema de contratos

de gestión y certificación en calidad de las instituciones de salud que lo integran, así como la exigencia de participación de los usuarios. Como todo proceso de cambio sufre de enormes contradicciones y dificultades, pero significa para las organizaciones de descendientes, un lugar desde donde trabajar para el “aterrizaje” a la realidad, de los derechos a la salud, contenidos en el Convenio 169 de la OIT y dar seguimiento a la III Conferencia Mundial contra el racismo.

### **Propuestas de construcción de nuevos escenarios**

La experiencia de los grupos que integran la Red de Plantas Medicinales en Uruguay, que articulan con la red de América del Sur, el Grupo de Investigadores Populares, el Centro Uruguayo de Tecnologías Apropriadas (CEUTA)<sup>4</sup> y especialmente el Grupo Nacer Mejor, con atención de partos desde una visión holística, representan un capital de memoria rescatada y revitalizada que es necesario hacerla accesible a aquellos que comparten su origen, además de una metodología de investigación y de trabajo cuya validez lo atestigua la integración progresiva de conocedores que han ido haciendo confianza en estos grupos.

En entrevista a Elena Penadés, partera que coordina el Grupo Nacer Mejor, nos relató su experiencia, los objetivos del grupo, la metodología y los resultados en 10 años de trabajo. Experiencia de verdadero ejercicio de interculturalidad, combinando evidencia científica con saberes de parteras tradicionales, el uso de plantas medicinales y la preparación espiritual. Preparación que se realiza a través de rituales indígenas, como los rezos de tabaco, Ceremonia de preparación para el parto de los Diné. Ceremonia de Chanupa (pipa sagrada) y el Temascal (Inipi o Sweatlodge) “Esta visión espiritual del parto- expresa Elena- que la han tenido todos los pueblos en todas las épocas, con distintas creencias y religiones, asigna a la partera la tarea de hacer que el niño

tenga el mejor pasaje posible hacia la vida, y procurar que el sacramento del nacimiento se conserve como un momento sagrado”.

La Misión de Nacer Mejor: “Lograr que cada mujer se reencuentre con su capacidad instintiva de dar a luz y tome la conducción activa del parto, promoviendo que su familia, las instituciones de salud y la sociedad respeten y apoyen el derecho de la mujer y del niño a tener el mejor nacimiento posible, y a una lactancia natural, en un medio amoroso y seguro, sea cual sea su condición de salud y su nivel socioeconómico”.

La atención de los partos se ha realizado en el domicilio de las pacientes o han acompañado el proceso dentro de las instituciones con todas las dificultades que ello conlleva. Para ponderar los resultados en cifras de la experiencia de Nacer Mejor, es necesario hacerlo en el contexto de las del país, ya que sin éste marco se pierde la dimensión de los resultados y podría darse lugar a considerarlo como algo anecdótico cuando hablamos de 142 partos en 10 años. Para el Uruguay constituye una experiencia verdaderamente exitosa considerando sobre todo que no existen comunidades indígenas vivas y que ésta experiencia parte de parteras profesionales formadas en el sistema hegemónico pero con una cosmovisión diferente, que han tenido la valentía de generar otras alternativas para el parto sin otro respaldo que su inspiración y su espiritualidad.

En cuanto al modelo, los principios son: 1\* La autoridad y responsabilidad como inherentes a cada individuo; 2\* La ciencia y la tecnología colocadas al servicio del individuo; 3\* Un enfoque a largo plazo en la creación y el mantenimiento de la salud y el bienestar; 4\* La muerte como un paso en un proceso; 5\* La sanación como enfoque; 6\* El abarcar múltiples modalidades de sanación.

Nos cuenta además de cómo el grupo se ha ido afianzando al ir adquiriendo experiencia en el uso de plantas medicinales, aceptando atender partos de mujeres que han recibido anti coagulación por

ej, recurso que es actualmente de uso corriente en la medicina occidental y que hubiesen sido rechazadas anteriormente por el riesgo de sangrado. Nos nombra algunas de las hierbas que usan para inhibir el sangrado y las alternativas en caso de no ser efectivas algunas de ellas.

Otro resultado contundente es el referido a los logros obtenidos en las tasas de lactancia exclusiva a los 6 meses. Resultado esperado cuando se respeta la biología y no se interfiere con la delicada ingeniería hormonal de la naturaleza femenina.

Nos cuenta y nos resulta fácil imaginar, lo bello y esperanzador que es compartir ese evento, con una pareja que imprime un modelo de compañerismo inmejorable e involucra a toda la familia en el ritual de recibir la vida. Los niños aprendiendo a respetar la vida de sus hermanos desde el momento mismo de su llegada. Comparte con nosotros fotos de algunas de esas experiencias y que adjuntamos a éste trabajo.

### **Descripción del contexto y problemática del país en relación a salud en pueblos indígenas y afrodescendientes en Uruguay.**

La inexistencia de comunidades indígenas vivas, la invisibilidad de la existencia de descendientes indígenas y afro y el discurso repetido desde la historia oficial de que todos los uruguayos, éramos iguales y que no existía discriminación, explica el abordaje homogéneo. La inequidad la consecuencia lógica. La discriminación por etnia que transversaliza y profundiza las otras formas de discriminación, La brecha a la que se enfrentan las mujeres afro-descendientes es mayor a la que deben enfrentar el resto de mujeres en el país, debido a esa discriminación múltiple que sufren y que tiene importantes raíces históricas.

No por casualidad el 50% de la población afrodescendiente que representa el 9% de la población uruguaya -aunque está subestimada - se

encuentra por debajo de la línea de pobreza y dos tercios de ésta en la línea de la indigencia.<sup>5</sup> La ausencia de la información estadística detallada todavía no nos permite evaluar fehacientemente el porcentaje de afro-descendientes ni de descendientes indígenas, dentro del total de población, hecho que contribuye a su invisibilidad social. Aunque una parte del problema sabemos, va por cuenta de las dificultades de auto-reconocimiento e identidad de los descendientes. La situación de salud se deduce de éstas cifras.

Observamos que las recomendaciones en cuanto al tratamiento de enfermedad con una perspectiva étnica de la OPS<sup>6</sup> (Organización Panamericana de la Salud) no han sido tenidas en cuenta aun. La Universidad de la República, de forma conjunta con el Ministerio de la Salud Pública, no proporciona información ni entrenamiento a los médicos y estudiantes sobre estas enfermedades y la necesidad de un abordaje especial.

En lo vinculado a la maternidad, la discriminación y deshumanización, es la norma y no sólo por etnia, sino por clase social y nivel cultural. Existe una gran proporción de mujeres que prefieren asumir los riesgos de un parto en su casa sin asistencia o en un patrullero policial, antes que transitar por la dolorosa experiencia de parir en el hospital. La conducta “evitativa”, se ha transformado en una forma de resistencia silenciosa. Son vulnerados sus derechos, y los de sus hijos y no hay lugar para sus propias creencias y saberes respecto a facilitar un nacimiento. Esta es otra de las cifras que hay que conocer para sensibilizar con esos datos a profesionales dispuestos al cambio en el modelo de la atención del parto.

Las propuestas de las organizaciones de descendientes referidas a la salud, han venido siendo muy genéricas, “diluídas” dentro de los otros reclamos de las organizaciones. Por una parte porque se trata de organizaciones jóvenes o que han tomado protagonismo en los últimos años. Y por otra parte, porque en consistencia con el proceso de país, el trabajo se ha centrado en

ambos grupos, en poner en revisión la historia, en el reconocimiento de su aporte cultural, en dejar de ser invisibles, etc. y en la temática específica de la salud, recién últimamente vienen siendo planteada.

**La existencia de una organización de profesionales afro-uruguayos, representa en nuestro modo de ver, el lugar natural de discusión de propuestas para el desarrollo de un modelo de salud intercultural.**

## Conclusiones.

La situación de salud de los descendientes de culturas ancestrales en Uruguay, es similar a la de todo el resto del continente americano pero existen oportunidades para un diálogo de saberes que son consecuencia de varios factores:

- Por un lado del fracaso del sistema para la atención de la salud de la población en general y la evidencia aun no totalmente aceptada en el ámbito académico, de que una gran parte de la población a pesar de los evidentes avances en cuanto a accesibilidad geográfica y de oferta de servicios de salud, la población no los utiliza. Estudios de Sociología y de Salud Pública marcan tasas de utilización de servicios de salud diferenciales según clase o estrato de ingreso (los pobres consumen menos salud). A esto se agrega el fenómeno de percepción de la calidad de la atención, combinado con la estratificación de servicios de salud para pobres y ricos, el cual estaría explicando en buena medida por qué en el interior las tasas de utilización son superiores a la capital. y no difieren en términos de Público-Privado (por que la distancia de calidad percibida entre efector público y privado no es tan grande).
- El “itinerario terapéutico” al decir de nuestra compañera partera Elena Penadés (CEUTA NACER) incluida la de población urbana, reconoce otros muchos espacios, dentro de

la familia, del barrio, “conocedores” etc., antes que el de los servicios de salud.

- El proceso de cambio de modelo del sector salud, con el advenimiento del gobierno progresista y el imperativo de trabajar para alcanzar las Metas del Milenio definidas como país obliga a revisar las normas de atención del parto.
- La adhesión y ratificación de declaraciones internacionales de derechos indígenas, en especial la ratificación del Convenio 169 de la OIT y de la III Conferencia Mundial en contra del Racismo, otorgan un marco jurídico y abren las puertas para trabajar desde la perspectiva de los derechos de los pacientes y de los derechos humanos.
- La **existencia de saberes ancestrales y la experiencia de grupos** como los integrantes de la Red de Plantas Medicinales que ya tienen experiencia en el rescate de memoria y de sabiduría que aún permanece oculta y protegida por redes sociales.

### **Propuestas para el mejoramiento de la calidad, cobertura y pertinencia sociocultural de los servicios públicos de salud para pueblos indígenas y afrodescendientes.**

La instrumentación de medidas que efectivicen propuestas de atención de la salud en una perspectiva holística, exige una suerte de apertura de jaulas epistemológicas del mundo académico y las nuestras también. El paradigma médico-dominante de las escuelas francesas y anglosajonas de medicina, han grabado a fuego en la práctica médica, que el saber está en el doctor y que el paciente ha de ser eso: paciente. En ese sentido el lenguaje le es fiel a la ideología de un modo extraordinario. En el centro de ese uso del lenguaje, hay una representación, hay una “teoría”, no sólo una manera de hablar, sino una manera de pensar, una manera de plantear los problemas, de interpretar el mundo.<sup>7</sup> No es nuestro objetivo “convencer” o “convertir” a los partidarios del modelo hegemónico. Se trata de

sensibilizar a profesionales capaces de ser sensibilizados, efectivizar propuestas y viabilizarlas. Esto es, materializarlas con creatividad y “sabiduría” y del mismo modo que cuando se aprende una lengua diferente se aprende a compartir significados comunes, hacernos entender por el mundo académico, contagiar a otros, y convocando memorias escondidas hacer un espacio donde puedan expresarse saberes que existen, pero que aún temen expresarse.

**Existen dos vertientes para este “río de sueños”.** Uno, el de trabajar desde los derechos de los pacientes. La integración del componente étnico en los proyectos de ley referidos a la atención de la salud, derechos de los pacientes, salud reproductiva, que están actualmente en estudio. Gestión que ha de realizarse a través de las organizaciones de descendientes indígenas y afro.

La **otra vertiente** es con propuestas que representen un **marco sociocultural experimental**<sup>8</sup> - ejemplo desarrollar la experiencia de Salas de Parto -en el cual esa propuesta logre tener su propia referencia práctica. De forma que el ejercicio de la racionalidad que a través de él se exprese, tenga sustento en el orden de lo sensible y operativo, es decir en la realidad constitutiva de una experiencia compartida por profesionales provenientes de cosmovisiones diferentes. En el ámbito académico, existen las mismas dificultades con el lenguaje, para hacer comprender otra visión del proceso salud-enfermedad, como si se tratara de lenguas diferentes, y no del mismo idioma español. De ahí que los dos sujetos diferentes deben tener “algo en común”: disposiciones y un potencial de capacidades y competencias, — o como sea que se quiera llamar estos factores psicológicos comunes, aunque condicionados socialmente. La inter-comprensión se crea cuando los dos interlocutores con referencia a un enunciado actúan de la misma manera. Son estos factores comunes pero diferentemente condicionados que permiten, a través de una práctica e interacción conjunta y motivada, por ej. en el marco de un programa de formación compartido, elaborar una comprensión mutua. “Para ello es

necesario seleccionar profesionales dispuestos a seguir aprendiendo (y que no se satisfagan con descansar sobre sus méritos atestiguados por diplomas) e interesados en el diálogo interdisciplinario. Profesionales que deben hacer prueba de determinadas cualidades éticas e intelectuales que consisten, por un lado, en conducirse en los actos de manera coherente con la palabra, de manera que lo dicho se vuelva observable y constitutivo de la situación vivencial (el marco socio-cultural experimental), y, por el otro, en saber manejar la palabra como actos en la elaboración de estructuras y mecanismos cognitivos, de manera que pueda ser visualizada.”<sup>9</sup>

**¿Por dónde dar comienzo a ésta ardua tarea?** En mi humilde opinión, por lo más fácil de manejar, la fisiología normal. Por otra parte el desarrollo del proceso dependerá de los saberes rescatados.

El proceso reproductivo de la mujer, el embarazo, el parto y el puerperio fueron “medicalizados” agravando el proceso de desculturación y pérdida de identidad de nuestros pueblos originarios. El desarrollo de las tecnologías perinatales condujo a la clase médica y a las organizaciones internacionales a creer que las estrategias para reducir la morbilidad materna y neonatal, pasaba por controlar el proceso, institucionalizar los partos etc. **Un hecho tan trascendente como es el de recibir la vida, no podría nunca separarse de la espiritualidad que conlleva.** El desconocimiento de saberes propios, y el impacto negativo a corto y largo plazo de estas estrategias todavía no ha sido suficientemente diagnosticado por los planificadores de salud. Declaraciones como la denominada “Declaración Conjunta de OMS-UNICEF” (1989) que han señalado claramente la responsabilidad de los servicios de salud en la interferencia del proceso fisiológico y de su impacto negativo en la nutrición infantil, con el consiguiente círculo de morbilidad y muerte. La evidencia generada por Marshall Klauss<sup>10</sup> para la disminución de los partos instrumentados, de las cesáreas y las motivaciones mercantilistas que mantienen y justifican una atención del

parto deshumanizada, así como el interés de las multinacionales de la industria de alimentos infantiles, en perpetuar el sistema actual. **Existe abundante evidencia, pero no suficiente para generar los cambios en las prácticas de los servicios de salud.** “El conocimiento, como la economía, está organizado mediante centros de poder y regiones subalternas. La trampa es que el discurso de la modernidad creó la ilusión de que el conocimiento es des-incorporado y des-localizado y que es necesario, desde todas las regiones del planeta, “subir” a la epistemología de la modernidad.” Mignolo<sup>11</sup>

No se trata de negar el avance tecnológico ni de promover los partos alejados de los centros de salud, se trata de recibir la vida, evitando interferir con los procesos fisiológicos, acompañar a los tiempos de la naturaleza y redimensionar la esencia misma del evento.

La propuesta del Grupo Nacer Mejor, de crear **Casas de Parto** para la atención del mismo, con una concepción holística, significa una opción diferencial que podría instrumentarse en el mismo predio de los servicios oficiales de salud. Podría asimismo esta experiencia sociocultural diferente, generar evidencia de sus ventajas y por otra parte, sensibilizar a aquellos que pudieran ser pasibles de ser sensibilizados.

Para que éste tipo de proyectos tenga andamiaje, además del soporte teórico, se necesita poner en evidencia la población que demanda otro tipo de abordaje del parto. Información que es necesario recabar y con una metodología que permita a las personas expresar fehacientemente el problema. La base debe estar en la búsqueda de intercambio de vivencias y saberes, utilizando metodologías basadas en corrientes educativas como el “Socioconstructivismo”, “la Educación Popular” y la investigación participativa. Buscar un conocimiento colectivo planificar y evaluar con la Comunidad y adoptar tantas formas como la realidad lo requiera.

La aceptación de un modelo experimental –para el gobierno uruguayo- de experiencias concretas, como podría constituir la del Grupo Nacer Mejor; cumpliría además un rol muy importante en la sensibilización de la población en general, y de los trabajadores de la salud en especial. Capaz de promover un proceso de revisión de sus prácticas y adecuación de las mismas a la población en general y en especial a una población que finalmente se va haciendo “visible”.

La naturaleza del proceso uruguayo indudablemente le imprime características propias y muy diferentes al del resto de América, pero no deja de formar igualmente parte de ese proceso continental y esto implica por un lado que no estamos solos, y por otra parte, la alerta de no descuidar lecciones aprendidas por nuestros hermanos en otras regiones. Es necesario precisar el riesgo en el proceso uruguayo de incluir ideas a un proyecto que mantiene las características del modelo colonial, y perpetuar su ideología, en lugar de transformar el modelo hegemónico. Hacer propuestas que respondan a una cosmovisión diferente y se defiendan desde esa perspectiva integral y holística. De lo contrario estaríamos aceptando como suficiente, un “viraje” apenas hacia la horizontalidad del diálogo, como resultó ser la propuesta en la Declaración de Alma Ata. Nos quedaríamos siempre en el discurso, en lo declaratorio. Hay que reunir voluntades, fortalecer nuestra identidad, nuestros saberes, recuperar la memorias perdidas, trabajar en el seno de la comunidad, formarse, capacitarse, ser creativos y desarrollar competencias para la interculturalidad y trabajar en conjunto en la línea del proceso del resto de nuestra América latina.

Y como plantea Walter Mignolo en la geopolítica del conocimiento: “La verdadera filosofía intercultural será aquella en la que dialoguen pensamiento mestizo-criollo e inmigrante con el pensamiento indígena y el pensamiento afrocaribeño”.

A mi modo de entender, en nuestro país, existen condiciones objetivas para introducir cambios en

el modelo de atención, y movilizar el “andamiaje” del estado en el sentido de la interculturalidad. Los tiempos van a ser directamente proporcionales a nuestro esfuerzo y creatividad. Fragar las ideas y los sueños en la memoria que va siendo rescatada, abrigarnos en el calor de una comunidad que va “zurciendo” y forjando un futuro posible, que se va organizando, fortaleciendo su identidad, reconociendo y aceptando sus orígenes y asumiendo la responsabilidad de entregarle a las generaciones venideras lo mas importante, que es la esperanza de reconectarnos con la Tierra, y honrar a nuestros antepasados con la certeza de que nos asisten en ésta tarea.

### **Bibliografía y Referencias**

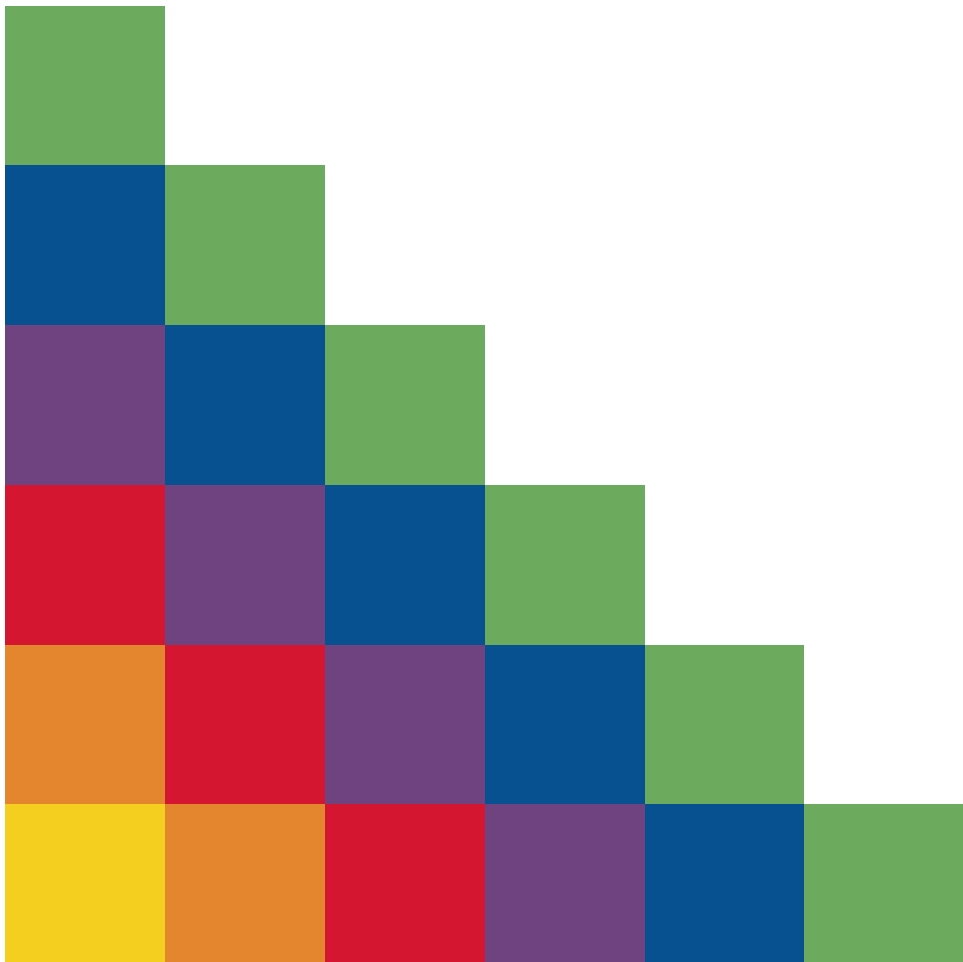
- Abella, G. (1999). Mitos, Leyendas y Tradiciones de la Banda Oriental. WEB [www.chasque.apc.org/guifont](http://www.chasque.apc.org/guifont)
- Gasché, Jorge. (2004). Équipe de Recherche en Ethnologie Amérindienne, Centre National de la Recherche Scientifique, Villejuif (Francia) e Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana, Iquitos (Perú). Educando en la diversidad. Investigaciones y experiencias educativas interculturales y bilingües. México: Paidós.
- Godelier, M. (1978). Poder y Lenguaje. Reflexiones sobre los paradigmas y las paradojas de la legitimidad de las relaciones de dominación y de opresión, París.
- República Oriental del Uruguay. Diario de sesiones de la cámara de Senadores. Primer periodo ordinario de la XLVI Legislatura 23ª Sesión ordinaria. Camara de Senadores C.S.-47 N° 24 - Tomo 426, 8 de Junio UNIO DE 2005
- Marshall Klaus, MD, Berkeley, CA, Bonding-Building the Foundation for Secure



- Attachment and Independence [www.fmed.uba.ar/mspba/ipprm.htm](http://www.fmed.uba.ar/mspba/ipprm.htm)
- Mignolo, Walter. (2008). Indisciplinar las ciencias sociales. Geopolíticas del conocimiento y colonialidad del poder. Perspectivas desde lo Andino, editado por C. Walsh, F. Schiwuy y S. Castro-Gómez. Quito; UASB/ Abya Yala, en prensa.
- Perfil demográfico y socioeconómico de la población uruguaya según su ascendencia racial. Encuesta de Hogares Ampliada INE 2006
- Red de Plantas Medicinales de América del Sur. (2005) Diálogo de saberes para la sustentabilidad. 2005 Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo (CIID-IDRC) Uruguay
- OPS y Unfpa: Recomendaciones para la atención integral.
- [www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-normas.pdf](http://www.paho.org/spanish/ad/fch/ca/sa-normas.pdf)  
»[Consultada el 15 de julio 2008].



# ARGENTINA



## En búsqueda de un modelo de salud para los pueblos indígenas en la República Argentina

*Marina Onorato Quispe*

*Luis César Martínez*

*Mabel Moreno Santiuste*

### Introducción

En el nuevo ciclo de las relaciones interculturales que se viene construyendo a lo largo de todo el continente, y a pesar de los numerosos logros obtenidos en materia de derechos, en Argentina, como en muchos otros países, el tema de la salud indígena ha sido el de menor avance.

Dado el proyecto homogenizador con que se consolidó la Nación, mediante la negación histórica -desde la educación hasta los discursos oficiales- de la existencia y preexistencia de nuestros Pueblos Originarios, el movimiento indígena requirió todos los esfuerzos para lograr ese reconocimiento y los derechos esenciales a la Identidad, la Cultura, la titularidad de las tierras y territorios ancestrales y la participación indígena en la toma de decisiones. La temática de la salud no se encontraba entre las prioridades ni en los temas a tratar en los encuentros indígenas, sino hasta mediados de los '90 en que comienzan a aparecer los reclamos por la falta de acceso y de calidad de los servicios públicos de salud.

Desde entonces, aunque muy esporádicamente, comienzan a realizarse algunos encuentros sobre salud, identidad, medicina indígena, que permiten conocer los intentos y experiencias indígenas y no indígenas con relación a la salud de nuestros pueblos, realizadas en forma invisible, aislada y generalmente sin apoyo de ningún tipo; a nivel estatal, aparece, en principio, solo la posibilidad de participación libre, sin ningún derecho reconocido, ó a través de una asesoría a cargo de un representante político de los pueblos

indígenas. No obstante, la necesidad de priorizar las urgencias por desalojos y todo tipo de problemáticas de las comunidades, especialmente el tema tierras/territorios; la precaución, bajo la idea de riesgo a la apropiación de conocimientos por parte de la sociedad no indígena; la existencia de tan sólo unos pocos profesionales indígenas diseminados a lo largo del territorio nacional; la falta de voluntad política por parte del estado; más la complejidad misma de la temática de salud indígena e intercultural, siguieron postergando su tratamiento.

Hubo que esperar hasta estos años recientes, para que el tema encontrara espacios de legitimidad dentro del movimiento indígena y comenzara a abrirse al fin, en las áreas de políticas de salud, la posibilidad de considerar la salud indígena ya no desde la perspectiva asistencialista y de atención de urgencias de las poblaciones ó "grupos vulnerables", sino desde la perspectiva de los derechos de los pueblos, el derecho a la salud y a la identidad, considerando que estos son los derechos más cercanos al derecho a la vida, y como tales, son valores esenciales en las culturas originarias.

Este es el momento en que nos encontramos en nuestro país, con respecto a una problemática que para comprenderla es necesario saber de las profundas raíces de nuestras culturas, su cosmovisión, su concepción de la salud, las particularidades y especificidades de cada una de ellas, la historia de las relaciones interculturales y sus consecuencias en la situación actual de los Pueblos Indígenas, así como los recursos con los

que contamos para revertir un orden adverso, transformándolo en una oportunidad para lograr, si bien no la reparación de los hechos históricos, al menos sí, la creación de una nueva relación políticamente trascendente, en busca de la equidad, base indispensable en el camino del “vivir en salud” que signó la concepción de la vida en las antiguas civilizaciones de nuestra tierra.

El presente ensayo indaga la historia de las relaciones interculturales en nuestro país, los procesos de recuperación de los pueblos, las experiencias interculturales desarrolladas, las políticas públicas específicas y relacionadas con la salud indígena, los determinantes de la misma en el contexto histórico y actual, las problemáticas actuales; algunas ideas a modo de conclusiones, y presenta propuestas basadas en ellas y en nuestras propias experiencias en la temática.

### **Referencias sobre los pueblos indígenas y sus derechos en la República Argentina**

Desde todos los tiempos en el territorio, actualmente argentino, existen varias decenas de Pueblos Originarios. Estos pobladores ancestrales construyeron la cultura, cada uno con su cosmovisión, identidad y sistema propio de vida organizada, en relación armónica con la naturaleza y las fuerzas espirituales, su historia, la dinámica como comunidad y con otros grupos sociales.

Al igual que todo el continente, hemos vivido y padecido la invasión mediante la violencia, epidemias, imposición religiosa y opresión de las culturas. Luego los procesos de transculturación y asimilación, ocasionaron la mengua de gran parte de ellos, la desarticulación de su propia organización, la pérdida de la cultura e identidad. Proceso que las comunidades, Pueblos y Naciones Indígenas afrontaron de desiguales modos, desde la lucha frontal hasta distintas estrategias de resistencia y sobrevivencia gracias a los cuales, en la actualidad persisten y se

encuentran en procesos de organización, fortalecimiento de su identidad y cultura.

Esto comienza a visualizarse a partir del llamado “Malón del '46”, cuando autoridades y miembros de comunidades indígenas del Noroeste Argentino (Jujuy, Santiago del Estero, Tucumán, Salta, La Rioja y Catamarca) se autoconvocan y movilizan hacia la capital del país en épocas de un gobierno nacional de imagen populista dio esperanza a esta gesta, cuyo objetivo era el reconocimiento y recuperación de sus tierras, pero que no tuvo éxito, ya que tras solicitar una reunión con el presidente, fueron obligados por la fuerza pública a subir al tren que los devolvería a sus lugares de origen.

Desde finales de la década del '70 y principios de los '80, los nietos de esa generación, tanto en las comunidades como en las ciudades, comienzan a buscar formas de organizarse, y una vez superada la oscura época de la dictadura militar, retoman la lucha por el reconocimiento de los Pueblos, la recuperación de tierras y territorios y la reivindicación de sus derechos, mediante distintas estrategias, entre otras:

- Recuperación de la organización al interior de las comunidades y de la población indígena dispersa;
- Participación en encuentros indígenas de la región;
- Difusión de la temática, las problemáticas y las culturas de los Pueblos, especialmente en ámbitos culturales, educativos, comunitarios y de comunicación, a través marchas y actos centrales los días 11 y/o 12 de octubre de cada año, desde 1984; organización de encuentros indígenas, creación de centros culturales indígenas, charlas, paneles, talleres, jornadas y actividades culturales, en centros culturales oficiales, escuelas primarias, secundarias e institutos de formación docente;
- Formación de profesionales indígenas especialmente en Derecho;

- Participación en la incorporación de la Educación Intercultural Bilingüe;
- Participación en la legislación de políticas públicas: Ley 23.302 “de apoyo y atención a las comunidades indígenas y los aborígenes”, la reforma constitucional de 1994, la Ley 24056 de incorporación de la temática indígena en el Censo Nacional de Población; la ratificación del Convenio 169/89 de la Organización Internacional del Trabajo, completada en 2000.

### Se logra

- Con la primera de las leyes citadas, el reconocimiento de comunidades y el otorgamiento de personería jurídica -paso necesario para la devolución de tierras, la obtención de recursos económicos-, la inclusión de las pautas de la OMS, respecto de la incorporación de agentes empíricos a la atención de la salud y otros beneficios de tipo asistencial;
- Con la reforma constitucional, -y por primera vez en la historia-, mediante la modificación del art. 67 inc 15 “de pacificación” por el art. 75 inc. 17, el reconocimiento legal de la preexistencia de “los Pueblos indígenas argentinos” y de su existencia actual –negada hasta entonces por la sociedad hegemónica, desde la educación hasta las esferas diplomáticas- en forma implícita a través de la garantía constitucional del respeto a su identidad, su derecho a tierras aptas, a la educación intercultural bilingüe y su participación en los asuntos que los afecten. El informe de despacho de la comisión a cargo reconoce explícitamente a la sociedad nacional como “multiétnica, plurilingüe y multicultural”.
- Con la inclusión de la temática en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas (Censo 2001), aparecen las primeras estadísticas oficiales sobre la cantidad de población perteneciente ò descendiente de Pueblos indígenas y su ubicación geográfica en todo el territorio nacional; en 2004/5, con la Encuesta complementaria se relevan datos

sobre su situación actual en términos de acceso a los servicios públicos, empleo, educación, atención sanitaria, actividades productivas y algunas preguntas de opinión.

- La ratificación del Convenio 169 permite la entrada en vigencia del derecho a la participación plena, la consulta, y la autodeterminación de los Pueblos, dentro del marco del estado nacional, y en lo específico de salud (Parte V): el derecho a disponer de servicios adecuados ó de medios para organizar y prestar tales servicios, así como que se consideren sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, y sus métodos de prevención y curación tradicionales, dentro del marco del estado nacional.

En la actualidad, comienzan a observarse acciones concretas que tienden a mejorar algunas condiciones de la vida de los Pueblos, facilitando la participación para conocer las necesidades sentidas y ser tenidas en cuenta a la hora de tomar decisiones en la elaboración de las políticas públicas. No se visualizaba una disposición real de transferir el poder político a las comunidades indígenas, como aparece en muchos discursos sobre el empoderamiento y la descentralización. Es un camino que estamos recorriendo en el proceso de maduración democrática, donde deberíamos participar activa y efectivamente para la construcción de un modelo inclusivo, donde la interculturalidad se haga realidad.

### En este proceso podemos visualizar:

1. Organización y lucha de los Pueblos Originarios.
2. Visualización de la cultura y la identidad de los Pueblos.
3. Reconocimiento de los Derechos – Constitución de 1994.
4. Reformas en Políticas Públicas.
5. Adhesión al Convenio 169 de la OIT.
6. Programas y Planes Sociales y de Salud de los Pueblos.

**-ARGENTINA-**

En búsqueda de un modelo de salud para los pueblos indígenas en la República Argentina

Con el fin de lograr una mirada más abarcativa de la legislación vigente en favor de la Salud de los Pueblos Indígenas, adjuntamos al final de este informe, un cuadro sinóptico con la legislación de la República Argentina y los acuerdos internacionales, que hacen referencia de una manera explícita a la salud de los pueblos indígenas y/o afrodescendientes. Sin embargo queremos poner de manifiesto que la concepción de salud de los pueblos indígenas toma en consideración aspectos que desde la propia administración e instituciones no se englobarían dentro del concepto de salud. Es por ello, que también anexamos otro cuadro sinóptico donde hacemos referencia a las leyes y convenios que tanto en el ámbito nacional como internacional abordan temáticas que influyen directamente en la salud concebida y pensada desde los pueblos indígenas como pueden ser aquellas que hablan de la identidad cultural, la propiedad de las tierras ancestrales, la biodiversidad, etc. En cualquiera de los dos casos la normativa que se presenta es una síntesis de leyes, tratados y declaraciones, existen otras que acá no quedan recogidas dada la enorme bibliografía al respecto, pero sí se presenta un panorama general de la legislación que hace referencia a los derechos de los pueblos indígenas y afrodescendientes.

### Referencias demográficas sobre Pueblos Originarios en Argentina

#### IDENTIFICACIÓN

La nómina de Pueblos Originarios en nuestro país varía notablemente según las fuentes. Incluimos algunas:

- El sitio oficial del **Ministerio de Desarrollo Social**, del cual depende el **Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI)** presenta el siguiente mapa de Pueblos Originarios indicando que: “Esta nómina de Pueblos Originarios es construida a partir de los datos suministrados por el RENACI (Registro Nacional de Comunidades Indígenas) Los mismos

se obtienen en el marco del dinámico proceso de autoreconocimiento que viven los Pueblos Indígenas en nuestro país.” Dicho Registro incluye sólo los Pueblos de las Comunidades registradas con personería jurídica.



- El mismo **Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI)**, organismo a cargo del Registro Nacional de Comunidades Indígenas (RENACI), en su Informe

Nacional de la República Argentina<sup>39</sup>, presenta una información más amplia:

#### Listado de los Pueblos Indígenas de la Argentina.

En Base a las Comunidades Indígenas con Personería Jurídica Registrada o solicitud formal de inscripción.

- Atacama
- Ava Guaraní
- Chané
- Charrúa
- Chorote
- Chulupí/ Nivaclé
- Comechingón
- Diaguita
- Diaguita Calchaquí
- Guaraní
- Huarpe
- Kolla
- Lule
- Mapuche
- Mbyá Guaraní
- Mocoví
- Ocloya
- Omaguaca
- Pilagá
- Ranquel
- Selk' Nam
- Surita
- Tapiete
- Tehuelche
- Tilián
- Toara
- Toba

<sup>39</sup> Informe Nacional de la República Argentina, Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) Documento pdf, sin fecha, publicado durante la gestión anterior a la actual.

- Tocnocoté
  - Tupí Guaraní
  - Vilela
  - Wichi
- c. Resultados del Censo Nacional de Población Hogares y Viviendas, Censo 2001, realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC).

En el año 2001, se incorpora por primera vez en nuestro país la temática indígena en un censo de población a nivel nacional, en cumplimiento de la ley 24.956, mediante una pregunta –en dos partes- realizada a quien responde por “el hogar”<sup>40</sup>:

*“Existe en este hogar alguna persona que se reconozca descendiente ó perteneciente a algún pueblo indígena? ¿A qué pueblo?”*

Las opciones de respuesta a esta segunda parte de la pregunta son: una lista de diecisiete pueblos<sup>41</sup> más otras dos categorías, “otro pueblo indígena” e “ignorado”.

Los datos publicados indicaron que el 2,8 % de los “hogares” de todo el país respondieron afirmativamente a la pregunta de autoreconocimiento étnico.<sup>42</sup>

Del total de población indígena del país, los porcentajes más altos se encuentran en la región del Gran Buenos Aires y la región Pampeana, como muestra el siguiente mapa:

<sup>40</sup> Concepto técnico, que incluye a las personas “que comparten la vivienda y los gastos de alimentación”.

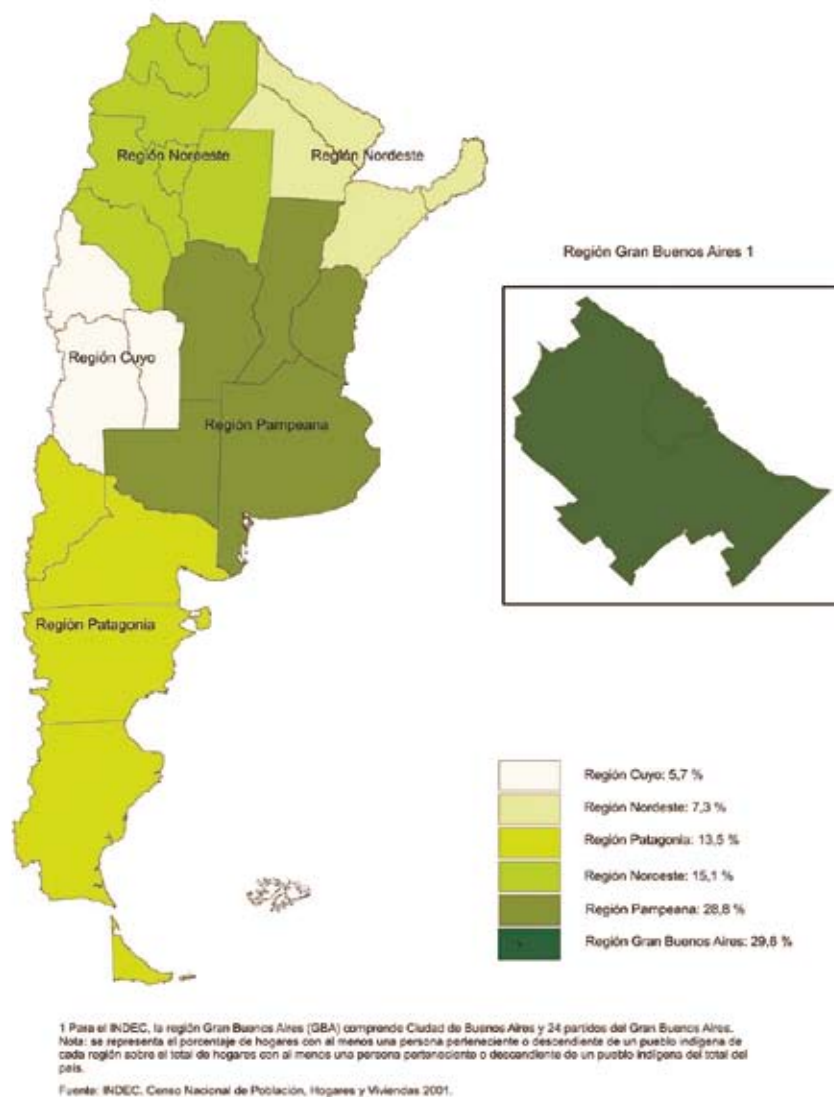
<sup>41</sup> Los pueblos indígenas de referencia de las comunidades que poseían personería jurídica nacional (RENACI/INAI) en 1998.

<sup>42</sup> Se excluye en estos datos a la población censada en Instituciones colectivas porque allí no se incorporó la temática.

**-ARGENTINA-**

En búsqueda de un modelo de salud para los pueblos indígenas en la República Argentina

MAPA 14. 3. República Argentina. Distribución porcentual del total de hogares en los que al menos una persona se reconoció perteneciente o descendiente de un pueblo indígena, según regiones. Año 2001



d. **Resultados de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas 2004–2005 (ECPI)**, realizada por el mismo organismo sobre una base muestra de los “hogares” que respondieron afirmativamente al Censo 2001.

En 2004 y 2005 el INDEC relevó la ECPI con el objetivo de cuantificar y caracterizar a la población que se reconoce perteneciente y/o descendiente de pueblos indígenas.

Para identificar la población se respetó la declaración de las personas entrevistadas y se

combinaron dos criterios: **la autoidentificación o autorreconocimiento** de la pertenencia a un pueblo indígena y **la ascendencia indígena** en primera generación.

De acuerdo a los resultados de la ECPI hay **600.329 personas que se reconocen pertenecientes y/o descendientes en primera generación de pueblos indígenas.**

A continuación se presenta la información clasificada según los dos criterios utilizados:



**Cuadro 1. Población por autorreconocimiento  
y ascendencia indígenas. Total del país. Años  
2004 y 2005**

Total	600.329
Se reconoce perteneciente a un pueblo indígena (1)	457.363
No se reconoce perteneciente a un pueblo indígena y desciende de pueblos indígenas en primera generación	142.966

(1) La población que se reconoce perteneciente a un pueblo indígena está clasificada en base al criterio de autorreconocimiento, independientemente de si tiene ascendencia indígena o no. El 93,4% de la población que se reconoce perteneciente a un pueblo indígena desciende de ese pueblo indígena en primera generación por parte de padre y/o de madre.

**Fuente:** INDEC. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004-2005 - Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Estas personas forman parte de la gran diversidad de Pueblos Indígenas y están distribuidas en todas las provincias del país.

Los pueblos Mapuche, Kolla, Toba y Wichí en conjunto agrupan cerca del 50% de la población relevada.

En el siguiente cuadro se presenta la población indígena según el pueblo indígena de pertenencia y/o ascendencia en primera generación.

**Cuadro 2. Población por pueblo indígena.  
Total del país. Años 2004 y 2005**

Pueblo indígena	Población
Atacama	3.044
Ava guaraní	21.807
Aymara	4.104
Chané	4.376

Pueblo indígena	Población
Charrúa	4.511
Chorote	2.613
Chulupí	553
Comechingón	10.863
Diaguita/diaguita calchaquí	31.753
Guaraní	22.059
Huarpe	14.633
Kolla	70.505
Lule	854
Mapuche	113.680
Mbyá guaraní	8.223
Mocoví	15.837
Omaguaca	1.553
Ona	696
Pampa	1.585
Pilagá	4.465
Quechua	6.739
Querandí	736
Rankulche	10.149
Sanavirón	563
Tapiete	524
Tehuelche	10.590
Toba	69.452
Tonocoté	4.779
Tupí guaraní	16.365
Wichí	40.036
Otros pueblos declarados (1)	3.864
Pueblo no especificado (2)	92.876
Sin respuesta	9.371

(1) Incluye, entre otros, los casos registrados con las siguientes denominaciones: abaucán, abipón, ansilta, chaná, inca, maimará, minuán, ocluya, olongasta, pituil, pular, shagan, tape, tilcara, tilián y vilela. No se brindan datos por separado para cada denominación debido a que la escasa cantidad de casos muestrales no permite dar una estimación de cada total con la suficiente precisión.

(2) Incluye los casos en que la respuesta relativa al pueblo indígena de pertenencia y/o ascendencia en primera generación fue "ignorado" u "otro pueblo indígena".

**Nota:** la sumatoria de las categorías de este cuadro supera en un 0,6% el total de población indígena presentado en el Cuadro 1 debido a que la población que no se reconoce perteneciente a ningún pueblo específicamente y tiene ascendencia indígena mixta (sus progenitores pertenecen a distintos pueblos indígenas) está contada en uno y otro pueblo indígena simultáneamente.

**Fuente:** INDEC. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004-2005 - Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

### **Descripción de algunas experiencias que promueven la Salud Intercultural**

Desde antes de las luchas y reivindicaciones legales y en el lento proceso de reorganización y visualización de los pueblos, fueron surgiendo diversas experiencias -dispersas y muchas veces sin apoyo oficial- a favor de la salud indígena e intercultural, a través de **iniciativas profesionales, académicas, indígenas, y políticas públicas;** que observando la existencia de necesidades y particularidades diferentes a las de la cultura oficial, intentan comprender la salud más allá del saber establecido.

Compartiremos algunas de ellas que muestran los avances de este proceso que promueve la interculturalidad:

#### **a. Iniciativas de profesionales:**

- En la década del '70, en la región patagónica, zona con fuerte presencia del pueblo Mapuche, ocurren al menos dos hechos trágicos que afectan la salud de población mapuche, y que dejaron un fuerte impacto no sólo en la región sino también en otras, por su difusión posterior: la muerte de una familia a causa de una internación hospitalaria que, a pesar de la atención "correcta", se convirtió en fatalmente iatrogénica, y la muerte de varias familias en un rito de una religión implantada. Desde hace años, en esta zona, varios médicos, enfermeros y otros profesionales, indígenas y no indígenas trabajan con una mayor conciencia del lugar de la cultura y la identidad en la atención sanitaria y existen distintas experiencias de articulación intercultural. Entre ellos se destaca Willy Arrue quien desde hace mayor tiempo, además de la atención médica, creó pasantías para la capacitación en la temática.
- En la década de los '80, una investigación participativa se convirtió en un enlace -y reencuentro- entre una comunidad mapuche que por motivos históricos se instaló en Los Toldos, provincia de Buenos Aires, y comunidades ancestrales del mismo Pueblo, de la patagonia. Isabel Hernández y su equipo realizaron esta experiencia intercultural que abarcó distintas áreas, entre ellas la salud, y que gracias a su metodología de transferencia, puso en un plano de igualdad, en calidad de sujetos, tanto a investigadores como a los participantes de las comunidades, que en el pro-

ceso lograron fortalecer sus prácticas culturales y su identidad.

- En el Norte y Noreste del país, regiones que cuentan con mayor diversidad de pueblos indígenas pero también mayor pobreza, han recibido profesionales nacionales y extranjeros que intentaron lograr una humanización de la medicina y una mayor comprensión de la salud-enfermedad en nuestras poblaciones. Así se reconoce al Dr. Esteban Maradona entre otros.

#### **b. Iniciativas indígenas:**

- En 1993, siendo estudiantes de Psicología Social próximos a egresar, logramos realizar la Primera Jornada por la Identidad, que contó con el primer panel intercultural en Buenos Aires, (autoridades de comunidades y organizaciones indígenas, investigadores académicos y miembros del Servicio de Paz y justicia –SERPAJ-); mesas de reflexión y trabajo; una feria artesanal a lo largo de la calle y espectáculos artísticos, con la presencia de 100 participantes, en su mayoría indígenas residentes en la Ciudad y algunos extranjeros: panelistas, artesanos, bandas de sikuris y otros grupos de música y danzas originarias. El ámbito fueron las instalaciones de la institución de formación profesional y el objetivo: generar un espacio para la reflexión acerca de la temática de la identidad cultural, sus problemáticas -desarraigo, discriminación, etc,- y sus posibilidades de construcción en el medio social urbano y rural, sus desafíos y potencialidades.
- En 1996, en busca de una forma de atención de salud más adecuada a la población indígena urbana, creamos talleres “preventivo-terapéuticos”, focalizados en la auto-investigación y el fortalecimiento de la Identidad, la salud integral y los vínculos, con un abordaje

integral, intercultural e interdisciplinario, en un trabajo conjunto con el Equipo de Psicopatología del Hospital Municipal Álvarez, de Buenos Aires, del que formábamos parte, y en su representación dentro del Programa talleres de la Ciudad, de la Secretaría de Salud Mental del Gobierno de la Ciudad. Partiendo desde la concepción indígena de salud y articulando técnicas procedentes de distintos campos, la coordinación es facilitadora del trabajo personal y grupal.

- Desde ese año, a partir de la presentación de una comunicación científica, que analiza con un abordaje integral (perspectivas bio-psicosocial e intercultural) uno de los hechos trágicos antes referidos, comenzamos a llevar el tema -ahora denominado- Salud intercultural a distintos ámbitos académicos (Congresos de Psiquiatría, Psicología Social, Psicopatología y Pediatría) y a brindar exposiciones, Foros, Workshops y clases, en ámbitos culturales y educativos -desde primario a post-grado universitario (Hospital Álvarez, Instituto ISEDET, UBA), con el fin de sensibilizar a profesionales de la salud y de otras áreas conexas, investigadores y docentes.
- En la última década las organizaciones indígenas comienzan a participar en las políticas de Educación, buscar y generar la capacitación y el establecimiento de una Educación intercultural bilingüe. Esta área ha tenido grandes avances durante la anterior coordinación -Osvaldo Cippolloni-, en cuanto a intercambio de experiencias docentes e indígenas, publicaciones, capacitación indígena y participación de los pueblos, algunos docentes indígenas con cargos, en el Programa EIB del Ministerio de Educación de la Nación. El cambio de gestión ha producido incertidumbre; y

**-ARGENTINA-**

En búsqueda de un modelo de salud para los pueblos indígenas en la República Argentina

- recientemente se ha logrado conformar un Consejo Indígena de EIB en el mismo organismo.
- En 2000, el “Movimiento Indio de la Provincia de Bs. As.” y la Municipalidad de Gral. Viamonte, realizan el III Parlamento indígena de la Provincia de Buenos Aires con apoyo del Ministerio de Salud provincial. El temario incluyó el tema Salud (legislación, interrelación entre ciencias y APS). Esa organización indígena realizaba una encuesta sobre salud indígena en esa provincia, inicialmente con apoyo el Ministerio citado.
  - Desde 2002, realizamos el Seminario intercultural “Identidad y Culturas originarias”, en el Centro Cultural La Paternal, dependiente de la Secretaria de Cultura del Gobierno de Ciudad de Bs. Aires, a cargo de un equipo docente indígena y algunos académicos; dirigido a población indígena, estudiantes, profesionales y la comunidad en general. Este trabajo sintetiza experiencias anteriores, con objeto de construir una estrategia de formación intercultural con eje en la identidad y la salud, desde la cosmovisión indígena y mediante la articulación interdisciplinaria, intercientífica e intercultural, promoviendo la investigación, el dialogo entre culturas y la interculturalidad de los vínculos.
  - Desde hace alrededor de seis años, existen algunas experiencias interesantes en Neuquén y Rio Negro, protagonizadas por enfermeros mapuche –como Vicente Huayquimil y Jacinto Ñancuñafilagentes sanitarios del mismo pueblo y equipos sanitarios con integrantes indígenas que trabajan en hospitales y en comunidades, respetando la cultura y la espiritualidad de la población.
  - En 2005 logramos crear el área Salud en la organización Comunidad urbana del Pueblo Aymara en Buenos Aires, publicar una revista de cultura aymara, interculturalidad y derechos indígenas, y organizar en forma conjunta con otras organizaciones el primer encuentro indígena que incluyó Talleres de Salud e identidad, Embarazo y parto, Alimentación, Tuberculosis y Chagas. (Encuentro Quechua-Aymara en Parque Avellaneda)
  - Desde entonces, se viene construyendo el Equipo indígena interdisciplinario para la salud intercultural. Esta organización parte de la concepción autóctona de la salud y de una perspectiva intercultural, articulando las actividades de atención médica, promoción de salud, investigación, asesoramiento, capacitación profesional y comunitaria, y conducción de un programa radial sobre salud indígena. Realizamos Talleres y Paneles Indígenas de Salud indígena e intercultural, en comunidades, ámbitos culturales y participamos con los mismos en la Cátedra de Estudios Americanistas de la Universidad de Buenos Aires.
  - Desde hace muchos años, pero más aceleradamente en las últimas décadas, las comunidades vienen sufriendo la implementación de proyectos que sin consulta ni información alguna, irrumpen en sus territorios, sumando nuevos embates a la historia de colonización. Los impactos en la salud y la identidad, a lo largo y ancho del país, de estos proyectos productivos, de extracción, de construcción, etc, así como ataques y desalojos, ha llevado a la movilización y fuertes luchas que en algunos casos están logrando revertir decisiones empresariales y gubernamentales, generar espacios de diálogo, negociación y planificación de una reorganización de la gestión política referida a salud y a territorios (por ejemplo, en las provincias de Chubut, Salta, Chaco) No podemos

decir plenamente que sean experiencias logradas en favor de la salud intercultural, pero sí que son dignas de valorar y apoyar.

- Actualmente, el tema logra una mayor escucha, así la participación indígena local y de un profesional mapuche chileno ha logrado incidir en espacios gubernamentales para la realización de un evento sobre prioridades de la investigación con enfoque intercultural y en la incorporación de la temática intercultural en la Cátedra de Salud Pública en la Universidad Nacional de Medicina.

### c. Iniciativas académicas:

- En 1994 la realización del Primer encuentro Salud y Medicina de Pueblos Indígenas en Toay, prov. de La Pampa organizado por la Comunidad del Pueblo Ranquel, de Toay, la Cátedra de Medicina y Sociedad de La Plata, la Academia Nacional de Medicina, con apoyo de OPS y otras organizaciones, posibilitó que por primera vez en la historia que se encuentren, expongan, vivencien e intercambien experiencias, curadores –o médicos tradicionales indígenas- y otras autoridades espirituales, pertenecientes a diferentes Pueblos Originarios y lugares del país.
- En 1996, la Academia nacional de Medicina realiza junto a la Sociedad Argentina de Pediatría un segundo encuentro sobre salud indígena, ahora en Buenos Aires y establecido como Simposio, donde sólo participan 2 expositores indígenas de Chile; comienza así a vislumbrarse el interés en la Medicina Tradicional Indígena por parte de investigadores y especialmente médicos con experiencia de trabajo en zonas rurales; interés que en algunos casos se explicitó como intención de aprender la Medicina Indígena para complementar

su formación e integrarla al sistema de conocimientos propios del profesional y al sistema oficial de salud. El último día se presentó la Asociación para la salud de los pueblos indígenas.

- Después del Simposio, las instituciones organizadoras no continuaron con los encuentros; sólo uno de sus miembros, el médico Julio Arce, sigue organizando Encuentros de salud indígena con participación académica y también de expositores indígenas –trabajadores y profesionales de salud- tanto de Argentina como de Chile, al principio en distintas provincias y en forma discontinua, y en los últimos cuatro años, específicamente Jornadas de Equidad e Interculturalidad en salud. Este espacio ha sido muy importante ya que permitió conocernos entre profesionales indígenas que trabajamos solos, “en la invisibilidad”, y con profesionales no indígenas que van sumándose a esta nueva perspectiva.

### d. Experiencias de políticas públicas focalizadas en salud de pueblos indígenas:

- No existen espacios de registro de antecedentes a nivel nacional, ó de centralización de la información de nivel provincial, de modo que sólo podemos aportar como en el caso anterior, las que conocemos.

#### Experiencias provinciales

En 1996, la provincia del Chaco presentaba el mayor índice de mortalidad infantil del país (34/1000), se implementa entonces un Programa de participación comunitaria –cuyo eje era la articulación de los servicios oficiales con las comadronas de la medicina tradicional indígena-, mediante el Programa de cooperación de UNICEF con la provincia, que estuvo a cargo del antropólogo médico Marcelino Fontàn; incluyó un relevamiento, y capacitación de profesionales

en Antropología Médica y de capacitación de parteras empíricas en atención primaria, culminando la experiencia con la incorporación de las parteras a la institución sanitaria para la atención “conjunta” a mujeres de los Pueblos Toba, Pilagà y Wichi, en situación de parto.

En 2001 se inició en la provincia de Salta, un proyecto piloto para mejorar la calidad de vida y nutrición de la Comunidad Chorote Misión Lapacho Uno, dentro de la cooperación de OPS/OMS, con el apoyo del Ministerio de Salud de la provincia, y diseñado en conjunto con la comunidad. Surgió por invitación de Bolivia en el marco del Proyecto OPS/GTZ de Saneamiento y Agua en Comunidades Indígenas, para la capacitación de personas indígenas; se trató del primer proyecto con comunidades indígenas que la OPS desarrolla en Argentina.

### **Experiencias nacionales**

#### **Centro Integrador Comunitario**

Los Centros Integradores Comunitarios constituyen un modelo de gestión pública que implica la integración y coordinación de políticas de Atención Primaria de Salud y Desarrollo Social en un ámbito físico común de escala municipal.

Es un espacio público de integración comunitaria, con el fin de transformar la realidad en pos de la inclusión social, profundizando el desarrollo local desde los distintos territorios, promoviendo los recursos en poder de las comunidades. Parte de una concepción de trabajo transdisciplinario (más allá de las disciplinas donde todos somos acreedores de saber), intersectorial y participativo, profundizando el sentido integral de las acciones de salud y desarrollo social, contribuyendo al mejoramiento de la calidad de vida de las comunidades. Se han diseñado para que estos centros respeten las costumbres de la cultura de los Pueblos Originarios, y su construcción se realiza con elementos propios de los lugares,

con las cooperativas de trabajo locales, estratégicamente ubicados en lugares de acceso a la población indígena.

#### **Líneas de acción**

- Coordina políticas de Desarrollo Social y de Atención Primaria de la Salud (prevención, promoción y asistencia sociosanitaria).
- Brinda atención y acompañamiento del desarrollo de las comunidades.
- Realiza acciones que promuevan el desarrollo local.
- Integra a las instituciones y organizaciones comunitarias favoreciendo el trabajo en red.
- Promueve actividades culturales, recreativas y de educación popular.

#### **Equipos comunitarios para pueblos originarios**

Es el componente del **Programa Médicos Comunitarios** enfocado a la mejora de la situación socio sanitaria de los Pueblos Originarios, desde un abordaje intercultural basado en el respeto por las tradiciones y costumbres de las distintas comunidades.

Se enmarca dentro de las políticas definidas por el **Plan Federal de Salud**, como un área específica de fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, y se desarrolla desde septiembre de 2005

En función de la experiencia adquirida desde su puesta en marcha, y del recurso humano formado, Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios se plantea para 2007 como una herramienta que permitirá fortalecer líneas de acción específicas, junto con otras áreas del Ministerio de Salud de la Nación que orientan parte de sus actividades a dichos pueblos – ANAHI, Plan Nacer, FESPS (Proyecto de Funciones esenciales de Salud Pública), entre otros-

**Plan de Acción 2007:**

El propósito es disminuir la brecha de la situación de salud en el acceso a los servicios de salud básicos de los Pueblos Originarios en la diversidad de situaciones y necesidades combinando acciones de promoción, prevención y asistencia.

**Objetivos específicos**

- Establecer mecanismos de monitoreo sobre impacto y avance de proyectos e intervenciones en la situación de salud de los Pueblos Originarios.
- Promover la articulación apropiada de recursos y servicios de salud locales.
- Fortalecer el desarrollo de la capacidad técnica y operativa de los recursos humanos de salud.
- Promover acciones de promoción, prevención y atención en salud en comunidades de difícil acceso
- Generar información relevante e insumos que posibiliten la sistematización y divulgación de experiencias.

**Principales líneas de acción**

- Relevamiento, análisis y seguimiento en terreno de indicadores de salud generados desde la coordinación del Ministerio de Salud en las comunidades priorizadas.
- Identificación de nudos críticos y gestión de alternativas en los servicios básicos de salud efectores locales y otros actores claves.
- Capacitación a equipos de salud del primer nivel y agentes sanitarios indígenas.
- Realización de encuentros y talleres regionales de intercambio de conocimientos y experiencias.
- Articulación de actividades con los efectores locales conformando una ronda sanitaria que permita abarcar más de una comunidad
- Recopilación, elaboración y difusión de información sobre la situación de salud y

experiencias de intervención de los Pueblos Originarios.

Estrategia 2007 de Formación de Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios

Conformación de diecisiete (17) Equipos de Base distribuidos en las once (11) provincias seleccionadas y cuatro (4) Equipos de Apoyo regionales en cuatro: NEA (Noreste Argentino), NOA (Noroste Argentino), Cuyo-Centro y Patagona; que se ubican de acuerdo a los requerimientos particulares de cada una.



Capacitación a Equipos Comunitarios en Metodología de la Investigación en el marco del Programa Médicos Comunitarios con desarrollo de proyectos de investigación en servicio específicamente orientados a Pueblos Originarios.

Abordaje interdisciplinario a través de recurso humano formado, constituido por setenta y un (71) profesionales: médicos, enfermeros, obstétricas, trabajadores sociales, nutricionistas, expertos de ambiente y antropólogos.

Coordinación entre los niveles nacionales y provinciales para el desarrollo de las líneas de acción.

**Articulación de acciones con otros planes y programas provinciales y nacionales destinados a Pueblos Originarios.**

Estructura operativa y líneas de coordinación

Desde el nivel nacional el equipo de trabajo técnico profesional asume las tareas administrativas, logísticas y de gestión del área, así como de tutorías. El esquema de tutorías prevé un (1) tutor por provincia con el fin de orientar a los equipos y facilitar el desarrollo de las actividades planificadas y concreción de resultados esperados.

Operativamente en cada provincia se actúa en un espacio de articulación que integra al Referente provincial del Programa Médicos Comunitarios, un representante del Área Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios y los Equipos Comunitarios; se contempla asimismo la incorporación de otros representantes de programas y planes.

**El esquema en terreno para los diecisiete (17) Equipos Comunitarios de Base**

Se desarrollan actividades durante una quincena por mes en las comunidades seleccionadas. En el caso de contar con dos (2) Equipos de Base, cada uno desarrolla sus actividades en quincenas y comunidades diferentes. Cada Equipo de Base está integrado por: un (1) médico, una (1) obstétrica, un (1) enfermero y un (1) trabajador social. Los Equipos de Apoyo están integrados por un (1) antropólogo, un (1) nutricionista y un (1) experto en ambiente (veterinarios, Ing.

agrónomo ó Ing. químico), y desarrollan sus actividades en conjunto con los Equipos de Base, aunque con una lógica regional, conforme al plan de acción.

**Equipos comunitarios colaboran con Bolivia**

A través de este Proyecto de Cooperación se destinó a la frontera argentino-boliviana a más de 40 profesionales comunitarios que se encuentran en el proceso de formación en Salud Social y Comunitaria orientado a Pueblos Originarios. El objetivo es mostrar en terreno el accionar del Programa y compartir experiencias. El esquema de trabajo será primero un diagnóstico participativo socio-sanitario en terreno, la resolución de situaciones y problemáticas de salud, y finalmente la propuesta de un plan de acción para la región y, luego, a una propuesta de intervención. Para ello viajaron equipos del Subprograma Pueblos Originarios el 12 de junio a distintas poblaciones de las zonas de frontera.

**Cinco municipios en Bolivia**

Se eligieron cinco municipios en el Departamento de Tarija, Bolivia -fronterizos con las provincias de Salta y Jujuy-, para el desarrollo de las actividades: Bermejo, Padcayá, Caraparí, Yacuiba y Yunchará: estos municipios tienen altos índices de mortalidad infantil y en algunos casos un porcentaje de parto institucional inferior al 40%. Serán beneficiarios durante 120 días del aporte de recursos humanos consistentes en médicos, enfermeras, obstétricas, trabajadores sociales, antropólogos, veterinarios, expertos en ambiente, y nutricionistas. Todo equipo básico está constituido por médico, enfermero y obstétrica. En cambio los antropólogos, los expertos en ambiente, y los nutricionistas constituyen equipos de apoyo rotatorios que colaboran con los equipos básicos en el desarrollo de las actividades.

El arribo a Bolivia fue de enorme alegría para unos y otros.



**La propuesta de Cooperación se efectivizó en el marco de la Propuesta de Cooperación entregada por el Presidente de la República Argentina al Presidente de la República de Bolivia, y fue revalidada por los Ministros de Salud de ambos Países en Marzo del presente año.**

### **e. Experiencias interculturales de políticas públicas en otras áreas**

Desde 1999 la incorporación de la temática indígena en el Censo Nacional de Población a cargo del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos posibilitó la sensibilización de la temática y el incremento del auto-reconocimiento de las identidades indígenas.

En 2004 y 2005 la Encuesta de Pueblos Indígenas que, como expresamos, releva datos de las condiciones de vida y de la atención de la salud, axial como su opinión sobre temas relevantes como Medicina tradicional, tomó en consideración en la planificación de Encuesta los reclamos de los Pueblos, mediante la implementación de una estructura de relevamiento que contó con miembros indígenas en todas las instancias, encabezada por seis coordinadores indígenas para cada una de las regiones en que se dividió el territorio nacional.

*Desde hace pocos años, un logro muy importante en cuanto al lugar de los Pueblos Indígenas en los espacios de decisión de las políticas públicas es la Dirección de Pueblos Originarios de la Secretaría de Ambiente de la Nación, a cargo de representantes indígenas.*

### **Políticas centrales destinadas específicamente a la Salud de los Pueblos Indígenas**

#### **Programa ANAHI del Ministerio de Salud de la Nación**

A raíz de la epidemia de Cólera que afectó primordialmente a comunidades indígenas de la

provincia de Jujuy, el Ministerio de Salud de la Nación crea una oficina y un Programa de Salud inicialmente llamado “Programa de salud para los Pueblos Indígenas”, cumpliendo así con un primer paso de sus compromisos internacionales, como la recomendación de OPS de crear en los ministerios instancias dedicadas a la salud de pueblos indígenas y siguiendo las directivas de la OMS mencionadas en la Ley 23.302, focalizo sus acciones en la incorporación de “agentes sanitarios indígenas”, con el fin de mejorar el acceso de la población indígena a los servicios de salud oficiales y brindar atención primaria de salud; y muy lejos de un dialogo intercultural, del respeto a los saberes tradicionales, las particularidades de las culturas indígenas, y otros lineamientos de OPS/OMS.

En 2000 cambia de nombre a “Programa ANAHI” y edita una publicación propia con su nueva estructura, la que debe contar con un Consejo asesor honorario, y su objetivo de coordinar los distintos programas del Ministerio destinados a poblaciones indígenas, para “optimizar recursos” e “implementar acciones humanitarias que contribuyan a la salud de la población indígena, respetando sus saberes tradicionales, estableciendo canales de participación de las comunidades, del ámbito académico e intersectorial, en la búsqueda del dialogo y la complementación de la medicina académica con la medicina indígena. El Consejo asesor contó en las reuniones previas a su conformación oficial con participación de representantes, profesionales e investigadores indígenas y no indígenas, con experiencia en trabajo intercultural, algunos a nivel internacional, axial como ex constitucionalistas, funcionarios de salud y profesionales de otros sectores. A pesar de designar a una profesional indígena y una representante de mujeres indígenas para integrar este consejo, la participación indígena fue desestimada por parte del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, quien envió sus propios técnicos, en su función de la adjudicación por parte de esta institución, de la representatividad de los “pueblos indígenas argentinos”; las reuniones intersectoriales, así como el Consejo también

**-ARGENTINA-**

En búsqueda de un modelo de salud para los pueblos indígenas en la República Argentina

fueron desestimados por la coordinación del Programa; y el accionar de esta gestión siguió los lineamientos de la anterior y se contentó con algunos estudios de la situación sanitaria, con total incompreensión de las culturas y nuestra realidad multicultural.

En 2004, el nuevo nombre fue Programa de salud de Pueblos Indígenas y la nueva coordinación intentó cambios, partiendo de una mayor escucha a la participación indígena y de la búsqueda del dialogo con las autoridades provinciales de las 6 provincias donde se aplica el programa; esta gestión fue la primera en aceptar la perspectiva intercultural y en establecer pre-acuerdos para la realización de proyectos de salud intercultural; lamentablemente, también fue la de menor duración –aproximadamente un año-.

Finalmente las dos gestiones que le siguieron avanzaron en cuanto a la interacción con otros Programas del Ministerio (asesoramiento al Programa de Médicos Comunitarios y colaboración con la conformación de Equipos interdisciplinarios para el trabajo en Comunidades Indígenas; Plan Remediar y Plan de salud materno infantil).

La gestión que comenzó en 2006 incorporó la participación de los Pueblos Indígenas en el Plan Nacer, en dos reuniones realizadas entre funcionarios de este Plan y representantes indígenas de dos regiones del país, pertenecientes al Consejo de Pueblos Indígenas (CPI), órgano del Instituto Nacional de Asuntos Indígenas, establecido por la reglamentación de la ley 23.302, aunque recientemente conformado.

En síntesis, resguardando la actual gestión, que aún no conocemos; lastimosamente, ha primado la discontinuidad de las acciones, la falta de registro de antecedentes, el no cumplimiento de su mandato hasta ahora, por parte de ninguna gestión, la reiterada visualización de los Pueblos Indígenas en tanto población vulnerable, en situación de pobreza y marginalidad, pero no en cuanto a Pueblos herederos de antiguas,

desarrolladas y vigentes culturas; es decir, la negación de las culturas originarias, con sus particularidades, historias e identidades propias, la desestimación de la integralidad de la salud, de la participación social y comunitaria, la decisión, investigación, asesoramiento y consulta de los Pueblos indígenas, en casi toda la historia de este programa, que como instancia del gobierno nacional en la materia debería revertir de acuerdo a sus mandatos constitucionales y recomendaciones internacionales.

Es nuestra esperanza que las nuevas gestiones logren cumplir con las expectativas y los derechos de los pueblos.

#### **Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (I.N.A.I.) – Área Salud**

##### **Propósito**

Mejorar las condiciones de salud de la población indígena.

##### **Objetivos**

- Promover la participación de las comunidades en el delineamiento de las acciones de salud en las áreas con población indígenas a fin de facilitar su acceso al sistema, mejorar la calidad de atención que se brinda a este sector de la población.
- Promover el diálogo intercultural entre los equipos locales de salud y las comunidades.
- Valorizar la medicina tradicional como un recurso válido e indispensable para fortalecer la capacidad de autocuidado de la salud comunitaria.
- Fortalecer la capacidad de auto-cuidado de la salud de los miembros de las comunidades a través de actividades de capacitación, educación para la salud, utilización de los medios de comunicación y gestión de proyectos que tiendan a la recuperación de la salud comunitaria.

- Articular con el sistema de salud de Nivel Nacional, Provincial y Local a fin de contribuir a mejorar la calidad de atención que se brinda a las comunidades y garantizar el acceso de los miembros de las comunidades a las políticas universales de salud.
- Priorizar el desarrollo de acciones sostenidas de promoción y prevención de la salud orientadas al control de las enfermedades de mayor incidencia en las Áreas Indígenas, (mortalidad materno infantil, enfermedades zoonóticas, desnutrición y alcoholismo).
- Tender al desarrollo de proyectos integrales de salud a fin de atender a los problemas estructurales que originan la enfermedad.

#### Acciones

- Financiamiento de los proyectos orientados al cumplimiento de los objetivos expuestos.
- Agilización del trámite de pensiones gratificables.
- Gestión de subsidios personales ante el área de Subsidios Personales dependiente del Ministerio de Desarrollo Social, para atención médica
- Seguimiento de enfermos derivados de las provincias: Acompañamiento en la gestión de tratamientos y en la atención médica

Mucho se ha dicho con respecto al funcionamiento del INAI en general con mucha insatisfacción por parte de los Pueblos Indígenas. No obstante, en los últimos años, la participación indígena ha ido ganando espacios. De acuerdo a nuestra experiencia, el área Salud de este organismo no se diferencia en su funcionamiento de las gestiones anteriores del Programa ANAHI comentadas.

### **Interacción de la interculturalidad, interculturalidad los derechos humanos y los derechos indígenas en las políticas de salud pública**

Con este apartado pretendemos hacer una aproximación a la interacción en las políticas de salud pública que se da entre conceptos tan dispares como interculturalidad, interculturalidad y derechos de los pueblos indígenas. A través de las experiencias anteriormente mencionadas trataremos de ejemplificar esas interacciones, pero también reflexionaremos en torno a las deficiencias que tales propuestas dejan entrever así como aquellas que ya conocíamos y se muestran a lo largo de este trabajo.

De esta manera y aunque a priori podamos pensar que poco tienen que ver los derechos de los pueblos indígenas, la interculturalidad y la interculturalidad, lo cierto es que están no solo relacionados sino que en muchos casos son interdependientes unos de otros.

Si revisamos lo comentado podemos establecer una clara relación entre estos términos. Como ejemplo podríamos hablar de cómo la Ley 24.956 establece el derecho a autoidentificarse como indígena en el censo nacional lo que supone también un paso hacia la interculturalidad por ese reconocimiento.

Podemos hablar también de cómo todas aquellas actividades formativas dirigidas a la población indígena y no indígena fomentan el diálogo intercultural y además facilitan la interculturalidad al acudir a estos eventos profesionales de diferentes ciencias o disciplinas Interdisciplinariedad<sup>43</sup> (médicos, antropólogos, sociólogos, psicólogos, etc.). Pero además se relaciona con los derechos indígenas pues esta visibilización implica también una postura política en la

<sup>43</sup> La interdisciplinariedad (...) concierne a la transferencia de métodos de una disciplina a otra. Puede haber tres grados de interdisciplinariedad: por su grado de aplicación, por su grado epistemológico y por su grado de concepción de nuevas disciplinas (NICOLESCU 1999: s.p.).

cual los propios indígenas hacen patente su derecho al autodesarrollo (formándose y formando) y a la participación en las políticas públicas para la gestión de sus asuntos. En este sentido cabe destacar también aquellos eventos en los que la interdisciplinariedad se ve sustituida por la transdisciplinariedad<sup>44</sup> donde las propias gentes de la comunidad pueden participar de tales procesos y ser protagonistas en los mismos.

Otro ejemplo de interacción sería el apartado de los Equipos Comunitarios para pueblos originarios dentro del programa Médicos Comunitarios. En estos equipos se pone de manifiesto la intercientificidad al formar parte del equipo profesionales de diferentes ciencias, incluida la indígena. De otro lado, el trabajo se lleva a cabo desde una perspectiva intercultural de respeto hacia la cosmovisión, identidad y tradiciones de los pueblos originarios, lo que implica su reconocimiento y además la participación en la gestión de los servicios. Además el carácter integrador y la necesidad de comunicación intersectorial, facilitan la inclusión en los procesos de la propia comunidad y crea espacios que favorecen la comunicación intercultural entre los diferentes participantes. El valor de estos planteamientos permite además plantearse estrategias conjuntas no solo a nivel micro sino también más allá de la propia frontera, como es el caso de los equipos comunitarios que colaboran en Bolivia. Esto permite añadir un componente más a tan complejo proceso como es el de la perspectiva transnacional que facilita la comunicación, el diálogo, el intercambio de conocimientos con especialistas de un contexto nacional diferente.

Aunque como hemos visto muchas de estas experiencias arrojan elementos positivos que ayuden al buen vivir de los pueblos, debemos de

<sup>44</sup> Conceptualmente, la transdisciplinariedad, concierne, como lo indica el prefijo “trans”, a lo que simultáneamente es entre las disciplinas a través de las diferentes disciplinas y más allá de toda disciplina. Su finalidad es la comprensión del mundo presente, uno de cuyos imperativos es la unidad del conocimiento (NICOLESCU 1999: s.p.).

analizar de una manera crítica y reflexiva los puntos que no se hablan en las políticas nacionales o al menos si diferenciar entre el contexto teórico o normativo y la implementación y realidad de las poblaciones.

La República Argentina es una nación que cuenta con una amplia legislación en temática de derechos de los pueblos indígenas. Sin embargo, como en mucho otros países existe un abismo entre el reconocimiento de los derechos y la implementación de los mismos. Podríamos enumerar una amplia lista de esas vulneraciones pero nos vamos a centrar en un elemento clave en la gestión de las políticas públicas de salud dirigidas específicamente a los pueblos originarios.

Este elemento no puede ser otro que el derecho a la libre determinación que permita no solo la participación en la gestión de las políticas públicas que afectan a los pueblos originarios sino tener la capacidad decisoria para realmente influir en ellas. Esto implica la participación no solo de profesionales, teóricos, etc. sino de la propia gente de la comunidad (transdisciplinariedad) y supone un reconocimiento de lo otro y los otros (interculturalidad) para facilitar esa comunicación intercultural que permita crear espacios de diálogo donde podamos avanzar en la construcción de verdaderos modelos de salud interculturales.

### **Descripción del contexto y problemáticas**

En la búsqueda de metas como las de *Salud para Todos*, la *Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas*, del *Milenio* y como figuran en la última *Declaración de Naciones Unidas sobre Derechos Indígenas*, vemos un horizonte que se presenta con nuevos y complejos desafíos. Si bien sabemos que en la actualidad contamos con un sistema de información fragmentado, disponemos de cifras que permiten establecer inmensas inequidades existentes entre los grupos poblacionales de la Región. Un punto de

partida común es la carencia de información y registros: la información epidemiológica no ha sido desagregada y la variable etnia actualmente no está considerada. No es posible detectar las diferencias entre los pueblos indígenas y otras poblaciones de la Argentina. Teniendo en cuenta lo mencionado, lo que presentamos surge de la investigación realizada y de los trabajos participativos realizados por algunos de los integrantes del grupo en los últimos años.

#### a. Contexto actual del sistema de salud oficial

El mismo vacío de información se evidencia en la falta de informes nacionales a disposición de la población. Tal es así que sólo encontramos dos: uno del año 2000 y otro de 2004. Del primero extractamos el apartado que sintetiza las características del sistema sanitario nacional.

#### Principales características del sector salud de la Argentina

El sector salud en Argentina muestra la tradicional fragmentación de los subsectores público, privado y de la seguridad social, con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos. Por cada 10.000 habitantes el sector dispone aproximadamente de 27 médicos, 5,4 enfermeras, 1,2 parteras, 6,6 odontólogos y 3,2 farmacéuticos. El número de establecimientos con internación asciende a 3.310, con 155.749 camas o sea 4,31 camas por mil habitantes. Los establecimientos sin internación suman 12.775 para todos los subsectores.

El modelo de atención de la salud ha privilegiado desde hace décadas, el desarrollo de las actividades centradas en la especialización y el uso de la alta tecnología, en detrimento de los programas de promoción y prevención y del desarrollo de redes de atención primaria. La organización sanitaria en la mayoría de los estados provinciales está basada en la atención de la enfermedad en los grandes centros hospitalarios.

La inversión del país en el sector es de aproximadamente 700 dólares por habitante y por año, o sea alrededor de un 9% del PBI, aunque el esfuerzo económico no pareciera alcanzar los resultados esperables.

El gasto total del sistema argentino de cuidados de la salud se distribuye entre:

- los gobiernos nacional, provinciales y municipales, que aportan el 24,6%,
- los seguros sociales o sea las obras sociales nacionales, provinciales, el PAMI y otras, que contribuyen con el 34,3% y
- las familias, que completan con su gasto directo en medicamentos, cuotas a prepagos, coseguros y otros, el 41,1% restante.

Es importante destacar que es muy significativa la diferencia en el gasto por beneficiario entre las jurisdicciones provinciales y municipales al referirnos al subsector público, como asimismo entre los beneficiarios de las obras sociales.

El subsector público posee la mayor capacidad instalada del país, dependiendo sus establecimientos de la Jurisdicción Nacional, Provincial o Municipal. Presta servicios a la totalidad de la población que los demanda sin exclusión, y cubre financieramente a la población no asegurada. El porcentaje de población no cubierta con obra social o plan médico varía ampliamente según jurisdicciones, desde valores del 19% al 54%, estimándose que más de un tercio de la población total carece de los beneficios del seguro, siendo en consecuencia usuaria de los establecimientos públicos.

El porcentaje respecto del gasto público total que las jurisdicciones destinan a salud es muy variable, siendo, en general, más importante en las jurisdicciones con mayores ingresos.

El subsector de la seguridad social comprende las Obras Sociales Nacionales y el PAMI, creadas por leyes nacionales específicas; las Obras Sociales Provinciales, correspondientes a las 24

jurisdicciones, con marcos jurídicos heterogéneos, y otras Obras Sociales, como son las de las Fuerzas Armadas o la Policía. En conjunto brindan cobertura financiera a alrededor de 20 millones de personas.

Los recursos de estas entidades provienen de aportes y contribuciones sobre el salario y actúan predominante como financiadores, contratando servicios médicos privados. Difieren fuertemente entre sí en cuanto a número de afiliados, niveles medios de ingresos y porcentaje que dedican a gastos administrativos, lo que determina grandes diferencias en la disponibilidad de recursos y en los gastos per cápita respectivos. El Fondo Solidario de Redistribución, creado en 1988 para equilibrar estas diferencias entre las Obras Sociales Nacionales, no resultó, hasta ahora, un mecanismo muy efectivo para generar mayor igualdad en los ingresos de las entidades y en las prestaciones de los pacientes.

Una alta proporción de las Obras Sociales se encuentra desfinanciada y en crisis, con serios problemas para cumplir con la cobertura de los afiliados, como fruto de la ineficiencia administrativa, del exceso de intermediación y del uso discrecional de sus recursos. También contribuyeron a la crisis la caída de aportes, debido al incremento del desempleo o subempleo, la precarización del trabajo, la tendencia a disminuir los aportes patronales, la evasión y el fraude.

Esta situación se traduce en una mayor demanda a los hospitales públicos, en los que un 30% de los pacientes que concurren tienen cobertura de la seguridad social. La facturación del hospital público a los terceros pagadores por la atención que brinda a la población con algún tipo de cobertura, muestra que es muy difícil corregir esos subsidios cruzados sin resolver simultáneamente el problema de la población sin cobertura, ya que poner el énfasis en la detección de los asegurados afecta la accesibilidad de la población no asegurada.

El **subsector privado** se compone de prestadores directos y de entidades financiadoras o “prepagos”.

El **sector prestador** (clínicas, sanatorios, laboratorios, consultorios y hospitales privados) creció vertiginosamente desde 1970, al amparo del fuerte aporte de fondos provenientes de contratos con las Obras Sociales, favorecido por un marco regulatorio débil y por la modalidad de pago por prestación. El crecimiento fue anárquico, excesivo, con una incorporación indiscriminada de alta tecnología en instituciones pequeñas e ineficientes. Últimamente, y ante la crisis de las obras sociales, se observa una tendencia a la concentración de estas entidades, tendiente a aumentar la escala de producción y la eficiencia de los desempeños.

Las **empresas de Medicina Prepaga** actúan como entidades de seguro voluntario. Se concentran en las grandes ciudades, cubriendo a alrededor de 2,2 millones de personas, cuyo gasto representa aproximadamente el 7% del total del gasto en salud. La mayoría de sus afiliados tienen doble cobertura, ya que también realizan aportes por ley a alguna obra social. Las entidades de Medicina Prepaga funcionan hasta ahora totalmente desreguladas.

#### **En resumen:**

- La situación descripta muestra la escasa capacidad del sistema para contrarrestar daños reducibles y disminuir las diferencias sanitarias entre las jurisdicciones del país.

Tampoco resultan equitativas las posibilidades de acceso y uso de los servicios, supeditadas a la condición económico social, al trabajo y al tipo de seguro o a la región del país donde se habite.

- La ineficiencia se acentúa por el propio modelo de atención de la salud centrado en la reparación y en el uso de alta tecnología y se agrava por el escaso control de la calidad de los servicios ofrecidos. El esfuerzo

económico no reditúa en la medida de lo esperado. Se paga lo que no vale o no es necesario y lo que se paga no es de buena calidad.

- Una alta proporción de las obras sociales se encuentra desfinanciada y con serios problemas para cumplir con la cobertura de los afiliados.
- Los gobiernos no tienen los espacios de articulación requeridos para alcanzar el despliegue territorial necesario y poder ejercer su rol regulatorio y fiscalizador.
- La comunicación social y la participación de otros actores sociales son aún débiles, no obstante afrontar las familias más del 40% del gasto en salud.
- La información está limitada en sus contenidos y restringida al subsector público. No hay asociación entre datos clínicos y financieros, ni entre datos individuales y del entorno social.
- Es escasa la interacción entre el Ministerio de Salud y las Universidades con relación a la formación de los recursos humanos y a la orientación de la enseñanza del postgrado. El porcentaje de profesores que investigan en las Facultades de Ciencias de la Salud y en los hospitales, es bajo, aproximadamente el 9%, en relación con otros países que alcanza al 39% como Canadá, Francia, EEUU y Gran Bretaña. La investigación reclama un rol nuevo y protagónico.

#### **b. Contexto histórico de los determinantes de la salud indígena**

Comprender la salud de los pueblos indígenas y afrodescendientes, implica ante todo, considerar la **historicidad** y **multi-dimensionalidad**, tanto de sus condiciones propias (los determinantes de la salud desde su cosmovisión, las potencialidades y las especificidades de cada una de sus culturas) como de las condiciones adquiridas a partir de la colonización de nuestro continente.

#### **Condiciones y recursos propios:**

*“La premisa básica para los pueblos indígenas y afrodescendientes es la unidad espiritual y material de los seres y el mundo en función de la convivencia armónica”<sup>45</sup>*

Toda sociedad construye su propio modo de vida –su cultura– según su forma de plantearse respecto de la naturaleza. De su particular Visión del mundo, surge su concepción acerca de la vida en esa relación con la naturaleza; de donde derivan los conceptos fundamentales de esa sociedad, especialmente los de salud y saber, que estarán en la base de sus sistemas de salud –incluyendo a su medicina– y de sus sistemas de conocimiento–.

*“La sociedad en general, y la sociedad indígena en particular, está conformada por un proceso que se crea a través de sentidos, valores y representaciones que conforman un marco cultural simbólico que cohesiona la sociedad, configurando las identidades particulares. La sociedad se conforma no sólo en términos de determinantes estructurales económicos ó físicos, sino también como ‘eficacia simbólica’ que produce y reproduce la concepción del mundo y el conocimiento del mundo”,<sup>46</sup>*

A lo largo de la historia de soberanía autóctona, cada uno de los Pueblos y Naciones originarias, según su entorno, su composición y dinámica social, creó su propio modo de vivir, pensar, sentir, saber, sanar, parir, morir y crear; muchos de ellos coincidiendo en una visión del mundo como “la integralidad de todo lo diverso”<sup>47</sup>, una Cosmovisión basada en la espiritualidad y

<sup>45</sup> Valiente, Fredy; Del Cid, Víctor. (2008). “Introducción elemental a la epistemología”, Documento principal de la Unidad I de la Maestría en Salud Intercultural (UII-URACCAN).

<sup>46</sup> Situación de salud de los Pueblos Indígenas de Venezuela (Iniciativa SAPIA, OPS/OMS, 1998)

<sup>47</sup> Concepto que hoy transmiten en sus exposiciones muchos hermanos pertenecientes a distintos Pueblos indígenas que habitan Argentina (entre otros, Sergio Marihuan, músico e investigador Mapuche, docente del equipo del Seminario Intercultural antes citado).

la reciprocidad en las relaciones humanas, con la naturaleza y el cosmos; valores con los que se corresponde el fuerte desarrollo de la Identidad, los vínculos, la vida comunitaria y la biodiversidad, y que, más allá de las diferencias entre culturas y sociedades, definen un orden autóctono.<sup>48</sup>

Partiendo de esa cosmovisión, la salud es entendida como el equilibrio y la armonía de un sistema universal -cósmico- multidimensional, del cual los seres humanos formamos parte equitativamente con todas las otras formas de vida.<sup>49</sup> Contemporáneamente, los Pueblos Indígenas reunidos en una Consulta internacional han definido que “el concepto de salud y supervivencia de los Pueblos indígenas es un continuo colectivo, individual e intergeneracional, que incluye una perspectiva integral que incorpora 4 dimensiones compartidas de la vida... el espíritu, el intelecto, lo físico y lo emocional.”<sup>50</sup> “Esta definición toma en cuenta tanto el bienestar individual como colectivo... En lo colectivo, lo político, económico, cultural, social, también lo espiritual, todo en un contexto de equilibrio ecológico.”<sup>51</sup> En síntesis, significa la capacidad plena de vivir; en conceptos reconocidos se trata del “Buen vivir”<sup>52</sup> ó “Vivir en salud”<sup>53</sup>

De allí que, se desprende que los sistemas de salud indígenas son sistemas culturales que abarcan la integridad de la salud colectiva-ambiental-individual en un proceso permanente, donde el conocimiento y las prácticas para el mantenimiento

de la salud son comunitarios. El desequilibrio en las relaciones afecta esa integridad en cualquier aspecto. Las autoridades de la Medicina Tradicional Indígena (MTI) son quienes tienen la capacidad de relacionarse con los distintos espacios ó niveles de la cosmovisión, para asegurar y restablecer dicho equilibrio.<sup>54</sup>

#### Condiciones adquiridas en el proceso colonial

*“1492 marcó el enfrentamiento, en el continente americano, de dos mundos, de dos pensamientos distintos, que al visualizarse de modo diferente, no entraron en contacto en un plano de igualdad.*

*Cada una de esas culturas representaba un pueblo, una historia, una filosofía de vida.*

*Una, la que se nutría del aire y del suelo americano, puso hospitalidad y admiración en el encuentro.*

*La otra, la llegada de “occidente”, en cambio, no supo reconocerla, limitada por sus propias concepciones y proyectos.”*

*(Situación de los Derechos Indios en la República Argentina, Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, Bs. Aires, 1986)*

Para la mayoría de los argentinos, la historia de su país comienza con el “Descubrimiento de América”, desconociendo la milenaria historia autóctona y no reconociendo a los Pueblos Indígenas en su realidad de sujetos históricos que han desarrollado formas culturales particulares.<sup>55</sup> La irrupción en nuestro continente de las campañas de expansión europeas, lejos de ser el “encuentro” proclamado, significó

<sup>48</sup> Documento base del Proyecto Identidad e Interculturalidad en Salud, presentado al Programa ANAHI Ministerio de Salud de la Nación, (M.O. Quispe, 1999)

<sup>49</sup> Ibidem.

<sup>50</sup> Declaración de Ginebra sobre Salud y Supervivencia de los Pueblos Indígenas del mundo, Consulta internacional (OMS, 1999)

<sup>51</sup> Incorporación del Enfoque intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos (OPS/OMS; 1998)

<sup>52</sup> Concepto internacionalmente reconocido en la temática de la Salud intercultural, por tanto en esta Maestría en Salud Intercultural.

<sup>53</sup> Egidio García, autoridad del Pueblo Toba (Carta abierta, 2005); Julio Monsalvo, médico (INCUPO)..

<sup>54</sup> De la Definición de Medicina Tradicional Indígena para el Manual de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas ECPI, INDEC. (M.O. Quispe, articulando propuestas de los coordinadores regionales indígenas y de OPS/OMS, Ver bibliografía)

<sup>55</sup> Publicación de la Asamblea Permanente por los Derechos humanos (APDH) citada.



el choque más violento de la historia, con un impacto medioambiental inédito<sup>56</sup>, la pérdida de la soberanía autóctona y el comienzo de un ciclo intercultural asimétrico. A partir de allí, la imposición de un poder político ajeno, reforzado por los gobiernos patrios, con la no devolución de la soberanía (a pesar de las promesas de descolonización -incumplidas- durante su participación en las luchas por la independencia nacional) y por los distintos tipos de campañas de exterminio y apropiación de tierras y territorios indígenas.<sup>57</sup>

La sobrevaloración y soberbia de los colonizadores, que siendo el grupo vencedor, erigió su cultura como única y superior a las autóctonas, instaló una situación de opresión cultural, mediante la imposición del modo de vida que ellos traían. Esto implica: su particular visión del mundo, sus valores, ideas, conceptos, normas, modelos, sistemas, prácticas, instituciones, etc., creados por otros pueblos, en otras historias y territorios de otro continente, absolutamente diferentes a los de nuestras culturas y que siguen instalados como “lo normal”, en todas las áreas, a partir de la implementación de un proyecto de país con una Identidad nacional fundada en la falsa autoimagen de homogeneidad cultural europea; un proceso asimilacionista, negador de las identidades autóctonas, con la complementaria denigración hacia todo lo nativo,<sup>58</sup> lo propio, desconoce el complejo entramado cultural histórico y actual de nuestra sociedad.<sup>59</sup>

Es necesario “el reconocimiento de que el colonialismo no terminó con la independencia y que entre el colonialismo y la independencia va a

pasar un largo período”<sup>60</sup> ya que en nuestro país, al igual que en el resto del continente, el bagaje de pérdidas, históricas y actuales, provocadas por la asimetría de las relaciones interculturales, se expresan en las condiciones de desigualdad e inequidad en las que se encuentran: la Identidad, la Salud, la educación, el desarrollo y todos los aspectos de la vida de los Pueblos Originarios, tanto en las comunidades ancestrales como en las zonas rurales, ó en las urbanas, donde se encuentran -reagrupados ó dispersos- con los mayores porcentajes de la población indígena de nuestro país.<sup>61</sup>

Las experiencias nacionales e internacionales en el campo de la salud indígena demuestran que las limitaciones del modelo médico vigente,<sup>62</sup> las políticas públicas basadas en la atención sanitaria “correcta”, el asistencialismo, las políticas contra la pobreza, y los proyectos de desarrollo, aún a pesar de la buena voluntad y la inversión de capital, no han sido eficaces para revertir la inequidad y la alarmante situación de salud en la que viven nuestros pueblos;<sup>63</sup> muy por el contrario ellas forman parte de los factores que más la afectan.

<sup>56</sup> “Impacto de la conquista, un ambiente colonial” de A. Folgarait, Nota de Diario Clarín, 12/4/92, que incluye varias entrevistas, y de ellas una cita de A. Brailovsky: “La conquista es la primera catástrofe ecológica del sur del continente”.

<sup>57</sup> Publicación de APDH citada.

<sup>58</sup> “La transculturación en América Latina” (N. Yampey, en Actas Psiquiátricas y Psicológicas de América Latina; 1981)

<sup>59</sup> Documento base del Proyecto Identidad e Interculturalidad en Salud citado.

<sup>60</sup> “La postcolonialidad lleva consigo dos cuestiones muy importantes a tener en cuenta: una que el Estado no puede ser culturalmente neutro, porque si es neutro, objetivamente, favorece a la cultura dominante; y dos, la cuestión de la memoria:... las injusticias históricas que fueron cometidas en el período largo del colonialismo” (La Reinención del Estado y el Estado plurinacional. Boaventura Sousa Santos, Santa Cruz de la Sierra, Bolivia, abril 2007)

<sup>61</sup> “Preocupados por el hecho de que la salud de los Pueblos Indígenas en cada región del mundo se encuentra en un estado inferior al nivel normal, debido a la negación de nuestro modo de vida y visión del mundo, la destrucción de nuestro hábitat, a la disminución de la biodiversidad, a la imposición de bajos niveles de vida y de condiciones de trabajo, a la desposesión de tierras tradicionales y al reasentamiento y traslado de poblaciones.” (Declaración de Ginebra sobre Salud y Supervivencia de los Pueblos Indígenas del mundo, Consulta internacional, OMS, 1999)

<sup>62</sup> Simposio “La salud y los Pueblos Indígenas, conclusiones de la Mesa “Condiciones de vida y salud” (Bs.As.,1996)

<sup>63</sup> Esta situación fue reconocida por funcionarios, miembros y profesionales indígenas, y no indígenas, en la primera Reunión intersectorial convocada por el Programa ANAHI, preparatoria de la conformación del Consejo Asesor Honorario del Programa ANAHI (Ministerio de Salud de la Nación, 2000)

**-ARGENTINA-**

En búsqueda de un modelo de salud para los pueblos indígenas en la República Argentina

Es así que representantes indígenas participantes de la primera Consulta internacional sobre salud de Pueblos indígenas, realizada por la Organización Mundial de la Salud: “ La salud de los Pueblos Indígenas es gravemente afectada por determinantes que se encuentran fuera del sector de la salud tales como determinantes sociales, económicos, ambientales y culturales. Estos son consecuencia de la colonización y son susceptibles de intervención para mejorar y proteger la salud de los Pueblos Indígenas... Hacemos un llamado para tratar entre otros lo siguiente: la pérdida de la Identidad..., el impacto de la degradación del medio ambiente... la falta de alternativas y de acceso a atención profesional incluyendo la ausencia de prestación de atención culturalmente apropiada.”<sup>64</sup>

### **C. Problemáticas que afectan la salud de los Pueblos Indígenas en Argentina**

#### **Patologías prevalentes**

- Endemia de tuberculosis y chagas fuera de control. Respecto al chagas se constata ausencia de cifras, carencia de insumos y falta de continuidad de los programas.
- Existe una percepción desde los participantes de las comunidades indígenas de un aumento de enfermedades oncológicas asociadas a las actividades de extracción (minería, hidrocarburos) y uso de agroquímicos. En Santiago del Estero, por contaminación del agua: Hidroarsenismo Regional Endémico.
- Enfermedades parasitarias debido a la falta de vacuna para la inmunización de animales y carencia de insumos para su desparasitación y tratamiento (brucelosis e hidatidosis)
- Problemas de salud asociadas a la alimentación: desnutrición (tanto en niños como en ancianos) y obesidad.
- Enfermedades asociadas con la falta de agua potable: contaminación del agua y deficiente

servicio cloacal (por ejemplo: diarreas, dermatitis, parasitosis). En las regiones donde habitan los Tonokoté, Santiago del estero, debido a la tala indiscriminada y deforestación, con el auge de la soja, se contamina el agua por las fumigaciones con agroquímicos que se realizan.

- Enfermedades estacionarias (Infecciones respiratorias y diarreas), enfermedades tropicales o por desmontes (dengue, leishmaniasis y paludismo) y hanta virus.
- Salud mental y migración: las situaciones de migración generan nuevas problemáticas, trastornos psicológicos y enfermedades (violencia, discriminación, drogas y alcohol, suicidio).
- Adicciones que han entrado a las comunidades (tabaco, alcohol, drogas, prostitución, comida chatarra)
- Persistencia de otras patologías comunes a las poblaciones no indígenas (diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, etc.).

#### **Problemas relacionados con el sistema de salud**

- Atención de parto y post-parto que no respetan la cosmovisión de los pueblos indígenas.
- Recursos técnicos, económicos y humanos escasos e inadecuados (por ejemplo falta de asistencia médica permanente y ambulancias), persistiendo las dificultades de acceso de atención de urgencia.
- El Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación no llega a las comunidades con menos de 2.000 habitantes, provocando falta de acceso a los medicamentos.
- Deficiencia en la implementación del programa de salud materno - infantil.
- Deficiente abordaje de los problemas asociados a la contaminación ambiental (agroquímicos, minería, petroquímica, deforestación, fumigación, cromo, gasoductos, etc.).

<sup>64</sup> Declaración de Ginebra citada.

**Problemas relacionados con otros  
sectores y políticas públicas:**

- La mayoría de las comunidades indígenas vive en condiciones de extrema pobreza.
- Escasos medios para poder sustentarse, producto de la pérdida de animales por la contaminación, la deforestación, condiciones laborales precarias, etc.
- Reducción de territorios, asociado al proceso de desmonte y falta de decisión política y operativa respecto a la titularidad de los territorios indígenas.
- Dificultad para efectivizar el cumplimiento de la legislación vigente.
- La migración forzosa por falta de oportunidades genera nuevas problemáticas de salud en los indígenas urbanos y en sus comunidades de origen.

Existen además obstáculos para mejorar la salud de los pueblos indígenas en Argentina, y también los sistemas o servicios de salud públicos. Enumeramos algunos:

- Una de las principales barreras: es la falta de accesibilidad geográfica, cultural y económica. Las personas indígenas reciben deficiente atención en los centros de salud, ya sea por discriminación en el sistema de salud o por las dificultades para comunicarse por hablar lenguas distintas.
- Escasa participación social en la toma de decisiones de las comunidades y pueblos indígenas en los planes y programas de salud.
- No reconocimiento oficial de la medicina indígena, prevalencia del modelo médico hegemónico en todos los niveles de salud.
- Racismo naturalizado de parte de los equipos de salud que se expresa en la no práctica del acto médico.
- Actitud paternalista y programas de corte asistencialista.
- La incompreensión del usuario indígena por parte de los equipos de salud.
- Inexistencia de programas de prevención en salud con perspectiva intercultural.
- Problemas de comunicación geográfica: caminos y accesos bloqueados cuando llueve y altos costos del traslado a los centros asistenciales.
- Falta de formación para el abordaje intercultural de parte de los trabajadores de la salud.
- Ausencia de políticas públicas en salud con plena participación indígena.
- Escasa coordinación ministerial en la temática (información poco clara, no continuidad programática, los aportes de expertos no llegan a las autoridades)
- Falta de información desagregada por etnia.
- Desvalorización del rol del agente sanitario: carencia de insumos, dificultad para resolver problemas, carencia de programas de capacitación, pérdida de lo aprendido en las comunidades y de la confianza de sus propios pares, e irregularidades en los contratos.
- Programas de alimentación sin pertinencia cultural.
- Falta de insumos para abordar problemas de salud animal (vacunas y desparasitación en el caso de la brucelosis).
- Dificultades para la denuncia y seguimiento en casos de contaminación ambiental.
- Respecto a los niños, sólo son atendidos en el Control de Niño Sano. Las patologías se resuelven únicamente en la comunidad, ya que la visita médica se limita a la entrega de medicación.
- Inexistencia de un programa de promoción en salud sexual y reproductiva con pertinencia cultural.
- Falta de valorización de las medicinas tradicionales indígenas.
- Expropiación de los conocimientos sobre los recursos naturales utilizados para

tratamientos por las comunidades indígenas, por parte de la industria farmacéutica

Una situación extremadamente indignante y paradigmática, que muestra dolorosamente la sumatoria de los determinantes de la salud, es la enfrentan los Pueblos Toba, Wichi y Mocoví, en Chaco y Formosa, y en particular en la zona de “El Impenetrable”: la tala indiscriminada, la quemazón de 1.000.000 de hectáreas, de su territorio ancestral apropiados por otros y la contaminación desde aviones fumigantes; la situación de pobreza y falta de recursos de su medicina tradicional, en que quedaron por éstos y otros factores, y la discriminación cotidiana, más aún en los servicios de salud y en los espacios gubernamentales de su provincia, confluyen en las muertes diarias por desnutrición masiva que son noticia internacional, así como las huelgas de hambre de sus representantes y su llamado frontal a la conciencia nacional y mundial.

El cambio de autoridades provinciales deberá demostrar que no sólo comprende las demandas y la integralidad del problema, sino que cumplirán con la exigencia de estos pueblos de PARAR el GENOCIDIO ETNICO en el CHACO, empujando por cambiar el modo de accionar de los funcionarios anteriores, denunciado por por los mismos pueblos: *“Avisamos oportunamente y lo reafirmamos que los ‘funcionarios de turno’ tienen una política para un pueblo enfermo y una naturaleza destruida. Nosotros queremos una política de salud para un pueblo sano conviviendo con una naturaleza sana, en desarrollo y respetada, deseamos la cosmovisión que enseña y exige SALUD INDÍGENA y DESARROLLO SUSTENTABLE.”*<sup>65</sup>

## A modo de conclusiones

Y decimos esto, ‘a modo de’, primero, porque sería imposible describir con algunas palabras lo que se puede observar del proceso de Interculturalidad

en nuestro país, dado el incipiente comienzo de éste con relación a la salud de los pueblos, máxime considerando la histórica ausencia de información oficial, y no caer en típicas generalizaciones, que serían inapropiadas para la diversidad de culturas y situaciones en que se encuentran los pueblos originarios, sus organizaciones y sus relaciones con los diferentes niveles estatales; y fundamentalmente porque las definiciones deben surgir de un proceso de trabajo de este tema que recién comienzan muchas organizaciones y comunidades indígenas, desde cada situación concreta, su visión, experiencia y autodeterminación.

Como profesionales indígenas y no indígenas queremos brindar este aporte, y debemos seguir profundizando nuestro trabajo y conocimientos, para evitar el racismo, la discriminación y el círculo perverso de la exclusión histórica de nuestros Pueblos Originarios, apoyando a decisiones que muestren intenciones claras de mejorar condiciones de vida acordes a la cultura, la espiritualidad y los derechos de los pueblos.

CREEMOS QUE ES PRIMORDIAL, que dirijamos nuestras energías a encontrarnos con nosotros mismos y convencernos que además el mejor desarrollo al que podemos aspirar, mas allá de perseguir y conseguir cualquier indicador convencional que más de las veces solo sirve para acomplejarnos, será el impulso de una cultura de trabajo compartido y en equipo, capaz de ser coherente con nuestra identidad y realidad. Nuestro primer y desesperado esfuerzo debe ser el de definir, lo que queremos “ser” como equipo que acompañe y ayude a elaborar una política de salud para los pueblos indígenas, piedra fundamental para trazar nuestros planes y proyectarnos hacia un futuro mas estable. La gestión de las políticas públicas no puede quedar reducida a un conjunto de técnicas o de recetas, con esto podemos mejorarla, pero lo importante es crear las condiciones y favorecer los espacios donde se elaboren los planes en conjunto.

<sup>65</sup> Urgente! Llamado Al Mundo”, Egidio Garcia, autoridad del Pueblo Toba; publicado por Argentina Indymedia Marzo, 2007

El trabajo en equipo, la declaración de las metas y objetivos, la planificación de las acciones, fusionadas con una comunicación positiva, acercan más beneficios a los que trabajan y a la población. Esto ha ido apareciendo en todo lo que pudimos recabar, por lo que opinamos que hay que promover e insistir en las organizaciones, la participación del equipo de salud y la comunidad en la toma de decisiones. Por último debemos insistir que se tendría que brindar más atención a situaciones específicas, problemas menos frecuentes o excepcionales, que requieran de una decisión más racional. Identificando la situación, para definir el problema, visualizando sus determinantes, para decidir cual sería la solución más efectiva. Desarrollar alternativas y elegir la mejor entre las disponibles, para poder implantar la decisión y monitorearla.

### Propuestas

UNA ESTRATEGIA PARA EL FUTURO  
Extrayendo líneas prácticas sobre la base del desarrollo analítico que hemos realizado, es preciso que con los conocimientos obtenidos hagamos algunas observaciones, que impliquen una posible línea de acción:

1. **FINANCIACIÓN Y GASTO** El gasto sanitario y su control debe tener en cuenta las necesidades sentidas de la población como así también, la participación del equipo de salud en la toma de decisiones, como un proceso de evaluación para certificar la honradez y justicia de los estados financieros.
2. **ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN** Crear un espacio donde nos podamos comunicar y definir la estructura y el diseño las políticas con la participación activa de nuestras/os hermanas/os. Facilitar el fortaleciendo y la participación de las organizaciones y comunidades indígenas en las decisiones acerca de programas de desarrollo y servicios locales promoviendo el proceso de autogestión, debe ser fundamental la elaboración de diagnósticos participativos,

considerando las realidades y condiciones de las comunidades indígenas.

3. **ATENCIÓN SOCIOSANITARIA** En las organizaciones públicas, queda implícito que tienen por finalidad elevar el nivel de salud de la población, lo que es un objetivo tanto político como técnico. Es fundamental que encontremos no solo la manera de avanzar en la inclusión del componente psicosocial de la enfermedad en la atención, acorde con el principio de integralidad de la salud, y atender a lo que tradicionalmente se dedica gran parte de los esfuerzos del área: asistir a la demanda aumentando la infraestructura para la enfermedad, sino también favorecer las acciones de promoción y protección específica de la salud, fundamentalmente abrir el sistema de salud a los nuevos paradigmas, a la cultura, los recursos, las aspiraciones y necesidad sentidas de la población;<sup>66</sup> haciendo realidad el concepto de Salud Pública como la manera en que una sociedad se organiza para definir, organizar e implementar los aspectos que quiere abordar para resolver sus problemas de salud.<sup>67</sup>
4. **LOS TRABAJADORES** La política hacia los trabajadores del sector exige abordar algunas cuestiones sustanciales, sobre todo la formación continuada en SALUD INTERCULTURAL, dirigida no sólo a la adquisición de conocimientos sino específicamente a un proceso de cambio de conductas hacia un nuevo modo de ver realidad como un entramado cultural, y la relación médico-paciente/instituciones, tratándose de población originaria en alguno de los dos roles, como un vínculo intercultural;<sup>68</sup> el desarrollo y fomento de la investigación, la incentivación y sobre todo la participación, promocionando y facilitando un trabajo transdisciplinario

<sup>66</sup> "Medicinas y Culturas en la Araucanía" (Luca Cittarella compilador, Trafkin y Coop Italiana en Salud, 1995)

<sup>67</sup> "Contexto de la Salud intercultural" Documento de la Maestría en Salud Intercultural (Alta Hooker Blandford, URACCAN; 2007)

<sup>68</sup> "Gerónima con sus hijos en el hospital" (M.O. Quispe; 1995)

**-ARGENTINA-**

En búsqueda de un modelo de salud para los pueblos indígenas en la República Argentina

que asegure aprehender todos los saberes en diálogo intercultural, lo que llevará a mejorar la implementación y desarrollo de las políticas públicas en salud.

5. **RECONOCIMIENTO A LA PLURICULTURALIDAD Y DIVERSIDAD ÉTNICA** desde las instituciones de salud, incorporar lineamientos específicos en relación a la salud de las comunidades indígenas, dirigidos a mejorar el acceso y la calidad de la atención desarrollando estrategias acordes con su realidad sociocultural que permita a la vez generar información epidemiológica y lograr impactos reales sobre sus problema de salud según su cosmovisión de enfermedad, el fin y desafío no es ayudar a los pueblos indígenas, si mas bien tener la mirada para ayudarnos mutuamente con el fin de enriquecer nuestros servicios institucionales y alcanzar la salud para todos.
6. **APROVECHAR LOS PROCESO DE REFORMAS EN NUESTROS PAISES:** sabemos que nuestros países y Latinoamérica en general, hace un tiempo están enfrentando e impulsando diferentes proceso en lo social, económico y cultural, procesos que requieren de profundas reformas, clara expresión de la globalización, de tratados económicos y modernización, desde el ámbito internacional se habla de conceptos como la equidad, la calidad y la eficiencia, por lo que debemos estar atentos para que desde nuestra realidad y experiencia podamos incorporar la interculturalidad y temas afines como la autogestión en salud y desarrollo indígena.
7. **PROMOVER E IMPULSAR EL RECONOCIMIENTO DE LA INTERCULTURALIDAD EN SALUD** Cultivar el paradigma de la interculturalidad para reconocer la complementariedad, desde la mirada de este modelo se reconocen verdades como por ejemplo que existen espacios de encuentro, donde podemos encontrar ciertos acuerdos desde las generalidades y especificidades lo importante en todo es reconocer y respetar la diversidad. La intercultural es parte de un cambio global, no depende solo de voluntades y buenas intenciones también necesita de la voluntad política de nuestros líderes y autoridades por lo que requiere ser construida por todos, desde la visión paradigmática existen dos caminos: uno es el fortalecimiento de las especificidades culturales y otros es la potencialidad de transformarse en una visión enriquecedora de una nueva cultura, que complemente ambas visiones considerando la equidad, la reciprocidad, la voluntad, el conocimiento, entendimiento, la interacción, la participación, la horizontalidad, el respeto y la asociatividad entre las culturas .
8. **INCORPORAR ASPECTOS EN LAS PROPUESTAS DE SALUD PARA QUE ESTEN LIGADAS AL MEDIO AMBIENTE** Respetando y promoviendo el derecho de la autonomía de las comunidades y pueblos indígenas, permitiendo desarrollar acciones a favor de la protección y conservación del ecosistema, ya que es la base del conocimiento y de las formas de relacionarse con su entorno ecológico flora, fauna y la tierra.
9. **CONSIDERAR EN LAS LINEAS DE ACCION AQUELLOS OBSTACULOS QUE PUEDEN AFECTAR LA INSTALACION DE LA INTERCULTURALIDAD** El principal elemento a considerar es la ley. Debemos revisar si existen vacios en el marco legal en cada país, la ausencia de la contraparte indígena es un mal pronóstico frente a un programa de salud intercultural ya que la participación comunitaria es indispensable. Evitar el paternalismo y asistencialismo por parte del sistema de salud occidental, la formación médica y el endiosamiento de los profesionales del área de la salud pueden generar resistencias para mantener el sistema de salud occidental perpetuando las características de un modelo oficial rígido y centralizado lo que generalmente ocurre por desconocimiento del sistema de salud indígena, también es importante considerar

aspectos relacionados con la desconfianza de los médicos tradicionales que pueden haber ocurrido por el abuso de investigaciones de su prácticas, falta de información respecto de la realidad de los indígenas urbanos, pérdida de saberes, inestabilidad de los programas y acciones innovadoras.

10. GENERAR PROPUESTAS PARA LA COMPLEMENTARIEDAD DE LOS SISTEMAS MÉDICOS INDÍGENAS Y OCCIDENTALES Desde las necesidades de las comunidades y respetando los principios básicos de autodeterminación y participación con decisión de los Pueblos Indígenas, se pueden realizar abordajes en conjunto en temáticas de prevención, promoción y tratamiento, combinar prácticas curativas de medicina oficial y tradicional, adecuar los espacios físicos de los centros de salud respetando las tradiciones, idioma y vestimenta.
11. CONSIDERAR ELEMENTOS PARA UN DIAGNÓSTICO EPIDEMIOLÓGICO CON ENFOQUE SOCIOCULTURAL: se deben crear, innovar instrumentos, equipos e infraestructura que faciliten el trabajo de los equipos de salud en las comunidades esto debe estar muy ligado a los procesos de sensibilización respecto de la interculturalidad, los equipos de salud, los profesionales, técnicos, auxiliares deben contar con orientaciones metodológicas que les permitan realizar adecuadas y asertivas intervenciones en los procesos de salud-enfermedad-curación- prevención, aplicando la participación de los pueblos indígenas en sus proceso de sanación.
12. ACCESIBILIDAD Y ORGANIZACIÓN Es muy importante considerar los aspectos relacionados con la organización y acceso de las comunidades a los servicio de salud ya que existen realidades diversas entre lo urbano y lo rural, estos son elementos que predisponen de distintas maneras las formas de ver y enfrentar los proceso de sanación.

## Bibliografía

- Asamblea Permanente por los Derechos Humanos, APDH. (1986). Informe "Situación de los Derechos Indios en la República Argentina", Buenos Aires, APDH.
- Boletín Oficial de la República Argentina. (2005). "Hacia un Plan Nacional contra la Discriminación", Buenos Aires, Año CXIII, N° 30747.
- Boaventura de Sousa, Santos. (2007). "La reiventación del Estado y el Estado Plurinacional", Alianza Interinstitucional CENDA - CEJIS -CEDIB
- Cittarella, Luca, compilador. (1995). "Medicinas y Culturas en la Araucanía". Traftkin y Cooperación Italiana en Salud, Chile, Ed. Sudamericana.
- Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (2002) "Declaración y Programa de acción", Nueva York, Departamento de Información Pública de las Naciones Unidas.
- Conejeros, Ana M., Montecino, Sonia. (1995). "Mujeres Mapuche: el saber tradicional en la curación de enfermedades comunes", Serie Mujer y Salud N° 2, Chile, Centros de Estudios de la Mujer.
- Delgado B., Freddy (2001). "Simbiosis interzonal en las estrategias de autodesarrollo sostenible en ecosistemas de montaña: el caso del ayllu Mujlli". Universidad de Córdoba. España. 37 p.
- Falaschi, Carlos. (2001). "Salud Pública y Pueblos Originarios. Realidad normativa nacional e internacional", Ponencia en las Primeras Jornadas de reflexión sobre

**-ARGENTINA-**

En búsqueda de un modelo de salud para los pueblos indígenas en la República Argentina

- los Derechos de los Pueblos Originarios “La Constitución Nacional y el Convenio 169 (OIT) –Debates actuales. Defensoría del Pueblo de la Nación, Buenos Aires, 2001.
- Folgarait, A. (1992). “Impacto de la conquista, un ambiente colonial” Nota publicada en Diario Clarín el 12/4/92,
- Fontán, Marcelino. (1999). “De Comadronas y de Médicos... Las cosas de nacer”, Buenos Aires, UNICEF.
- García, Egidio (2007) “Urgente llamado al mundo” publicado por Argentina Indymedia. [www.indymedia.org](http://www.indymedia.org)
- García, M. *Un Nuevo Desafío en la Investigación: Enfoque Transdisciplinario en Comunicación y Desarrollo*. Universidad Católica Boliviana de Cochabamba, Bolivia.
- Giordano, Osvaldo y Colina, Jorge. (2000). Las reformas al sistema de salud: el camino hacia un sistema universal, equitativo y eficiente. Serie de documentos N° 19. Fundación Novum Millenium. Buenos Aires.-
- Hernández, Isabel. (1993). “La Identidad Enmascarada”, Buenos Aires.
- Hordt, Michael y Antonio Negri. (2002). Imperio. Editorial Paidós.
- Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI) “Informe Nacional de la República Argentina” (Documento pdf, sin fecha)
- INDEC. (2004). Manual del Encuestador, Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI), Buenos Aires
- Hooker Blandford, Alta. (2007). “Contexto de la Salud intercultural”, Maestría en Salud Intercultural. Nicaragua, Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN).
- Moreno, Elsa et al. Calidad de la Atención Primaria. Aportes Metodológicos para su Evaluación. Proyecto UNI/Tucumán. Tucumán. 1997.-
- Nicolescu, Basarab. 1999. “La transdisciplinariedad. Una nueva visión del mundo.” Traducido del francés por Consuelo Falla. México.s.p.
- Onorato Quispe, Marina. (1995). “Gerónima con sus hijos en el hospital”, Monografía de Postgrado en Psicopatología, Equipo de Psicopatología del Hospital Álvarez; Comunicación científica al XII Congreso Nacional de Psiquiatría, S. M. Tucumán, 1996.
- Onorato Quispe, Marina. (1999). Proyecto “Identidad e Interculturalidad en Salud”, Documento base. Presentado al Programa ANAHI del Ministerio de la Nación, la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH).
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1999). “Declaración de Ginebra sobre Salud y Supervivencia de los Pueblos Indígenas del mundo”, Consulta internacional
- OPS/OMS. (1998). “Situación de salud de los Pueblos Indígenas de Venezuela, Serie Iniciativa Salud de Pueblos Indígenas, Washington, OPS/OMS.
- OPS/OMS. (1998). “Incorporación del Enfoque intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos”, Serie Iniciativa Salud de Pueblos Indígenas, Washington, OPS/OMS.
- Poggiese, Héctor. (1998). Redes de gestión asociada y medio ambiente urbano: nuevos



- actores para un desarrollo local sostenible. FLACSO. Guatemala .-
- Plural, AGRUCO-UMSS. Cochabamba. 505 p.
- Presidencia de la Nación, Ministerio de salud de la Nación (2000) Políticas de Salud, Pagina web [www.paho.org](http://www.paho.org) (última consulta en 2008)
- Primer Seminario de Políticas Sociales Para Los Pueblos Indigenas de Argentina, S. S. de Jujuy, 2001.
- Primera Conferencia Internacional sobre promoción de la Salud celebrada en Ottawa, Canadá en 1986. Informe Final de la OMS de salud Para todos. *La Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*.
- Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. *Promoción de la salud: Hacia una mayor equidad*. Se celebró desde el 5 al 9 de julio de 2000 en la ciudad de México. Informe Final OMS/OPS mayo de 2000.-
- Ramos, S. y Vinocur, P. (2000). Sistemas de salud y reformas. Diferentes respuestas a la relación entre el estado y el mercado. CEDES/FLACSO.
- Restrepo, Helena E. (2000). Incremento de la capacidad comunitaria y del empoderamiento de las comunidades para promover salud. Informe de OMS/OPS.
- Restrepo / Málaga. (2001). Promoción de la Salud: cómo construir vida saludable. Editorial Panamericana.
- Ronsavallon, Pierre. (1995). "La nueva cuestión social"- Ediciones Manantial.
- Rist, Stephan. (2002). "Si estamos de buen corazón, siempre hay producción. Caminos en la renovación de formas de producción y vida tradicional y su importancia para el desarrollo sostenible." Editorial
- Simposio "La salud y los Pueblos Indígenas, conclusiones de la Mesa "Condiciones de vida y salud" realizado por la Academia Nacional de Medicina y la Sociedad Argentina de Pediatría, Bs. As., 1996.
- Valiente, Freddy; Del Cid, Víctor Manuel. (2008). "Introducción elemental a la epistemología", Documento principal de la Unidad I, Maestría en Salud Intercultural, Nicaragua, URACCAN.
- Uribe, Juan Pablo y Schwab. (2002). World Bank. El sector salud argentino en medio de la crisis. [www.bancomundial.org.ar](http://www.bancomundial.org.ar)
- Vaughan, R. y Morrow, H. Salud Comunitaria. (1997). Manual de Epidemiología para la gestión de sistemas locales de salud. Edición Latinoamericana.
- Vinocur, Pablo. (1999). Análisis del Perfil General de la Política Social y Alternativas de Intervención a favor de los Grupos Vulnerables. FLACSO.
- Visualization in Participatory Programs – VIP. Publicada por la Oficina de Unicef en Bangladesh en 1993.-
- Williamson, Marcos (2007) "Biodiversidad y Pueblos Indígenas", Maestría en Salud Intercultural, Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, (URACCAN) Nicaragua.
- Yampey, Nasim. (1981) "La trasculturación en América Latina", en Actas Psiquiátricas y Psicológicas de América Latina, Buenos Aires.



Estudiantes indígenas, afrodescendientes y no indígenas de la Maestría en Salud Intercultural, Uraccan.

ONU: 13 de septiembre de 2007  
Declaración de las Naciones Unidas  
sobre los derechos de los pueblos indígenas

**Artículo 24**

1. Los pueblos indígenas tienen derecho a sus propias medicinas tradicionales y a mantener sus prácticas de salud, incluida la conservación de sus plantas, animales y minerales de interés vital desde el punto de vista médico. Las personas indígenas también tienen derecho de acceso, sin discriminación alguna, a todos los servicios sociales y de salud.
2. Las personas indígenas tienen derecho a disfrutar por igual del nivel más alto posible de salud física y mental. Los Estados tomarán las medidas que sean necesarias para lograr progresivamente la plena realización de este derecho.

Esta publicación contó con el auspicio de:

  
HORIZONT  
3000