

Seminario-Taller
Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?
CEPAL, Santiago de Chile, 25 y 26 de junio de 2007

La salud de los Pueblos Indígenas en América Latina, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?

Fabiana Del Popolo, Ana María Oyarce y Sandra Lafosse
CELADE-División de Población, CEPAL

MARCO DE REFERENCIA

- **América Latina es una región pluriétnica y pluricultural: más de 650 pueblos indígenas con una enorme diversidad.**
- **Los pueblos indígenas se constituyen en activos actores políticos y sociales: demandas de reconocimiento.**
- **Estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas (Convenio 169 de la OIT y Declaración de Naciones Unidas):**
 1. **Derecho de no-discriminación;**
 2. **Derecho a integridad cultural;**
 3. **Derechos de propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos;**
 4. **Derecho al desarrollo y bienestar social;**
 5. **Derechos de participación política, consentimiento libre, previo e informado.**

En este contexto sociopolítico es que debemos evaluar cómo se está avanzando en materia de políticas públicas en salud con, desde y para los pueblos indígenas.

Esto implica entender la salud de manera integral, es decir, interconectada a todos los ámbitos de la vida de los pueblos indígenas (histórico, político, económico, territorial, etc.)

Por lo tanto, el disfrute del derecho a la salud en el caso de los pueblos indígenas se relaciona con el ejercicio de otros derechos: tierra, territorio y recursos naturales, identidad cultural, participación política y autonomía.

Estándar mínimo de derechos colectivos de los pueblos indígenas en salud

PIDESC
Protocolo de San Salvador

Convenio 169 de la OIT y
Declaración de Derechos de los
pueblos indígenas de Naciones
Unidas

- Derecho de no discriminación: en el acceso y la atención en salud
- Derecho al desarrollo y bienestar social: derecho al nivel más alto de salud física y mental, mediante un acceso adecuado y de calidad
- Derecho a la integridad cultural: utilizar el idioma indígena; concepto de bienestar-salud-integral; uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional
- Derecho de propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos: conservación de las plantas, animales, minerales y espacios territoriales de interés vital en la salud-enfermedad-sanación.
- Derecho de participación política: diseño, responsabilidad, control social (recursos) de las políticas y programas de salud



Fuente: elaboración propia, adaptado de Huenchuan y Morlachetti (2006)

Reconocimiento constitucional y legislación en salud de pueblos indígenas

Constitución

Ecuador: “reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa” (art. 44); el Estado reconoce y garantiza “sus sistemas de conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital desde el punto de vista de aquella” (art. 84).

México: “el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil” (art. 3).

Rep. Bolivariana de Venezuela: “Los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconoce su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos” (Art. 122, 2001)

Guatemala? Nicaragua?

Legislación

13 de los 16 países tiene algún tipo de legislación nacional sobre salud y pueblos (o poblaciones) indígenas

Países	Acceso y gratuidad	Prácticas Tradicionales	Protección de plantas medicinales	Atención de salud de acuerdo a usos y costumbres	Participación indígena en manejo/promoción sistema salud	Autonomía en manejo de recursos de salud
Ratificaron Convenio 169 OIT						
Argentina (b)	X	X	(a)	X	X	X
Bolivia	X	X	X	X	X	X
Brasil	X	X	(a)	X	X	---
Colombia	X	X	(a)	X	X	X
Costa Rica	X	(a)	Xc	(a)	(a)	
Ecuador	X	X	X	(a)	X	X
Guatemala	X	X	(a)	(a)	(a)	---
Honduras	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	---
México (b)	X	X	X	(a)	(a)	---
Paraguay	(a)	(a)	(a)	(a)	(a)	---
Perú	X	X	X	(a)	X	---
Rep. Bol. De Venezuela (b)	X	X	(a)	X	X	X
No ratificaron						---
Chile	X	---	---	X	---	---
El Salvador	---	---	---	---	---	---
Nicaragua	X	Xc	---	Xc	Xc	X
Panamá (b)	X	X	Xc	X	Xc	X

Fuente: BID, 2006

(a) Sólo por Convenio 169 OIT

(b) En algunas provincias/estados/comarcas existe mayor legislación

(c) Sólo en territorios indígenas (reservas, regiones autónomas)

Participación y autonomía

La participación y la autonomía en salud debe entenderse en su contexto sociopolítico, que por lo demás forma parte de su concepto integral de salud.

Participación

- Decisiones: 16 países, principalmente consultiva y de coordinación; escasa en monitoreo, aprobación y autorización.
- Planificación: 15 países, mayoritariamente a nivel nacional, escasa en sus planes de vida.
- Política: escasa (sólo 5 países)

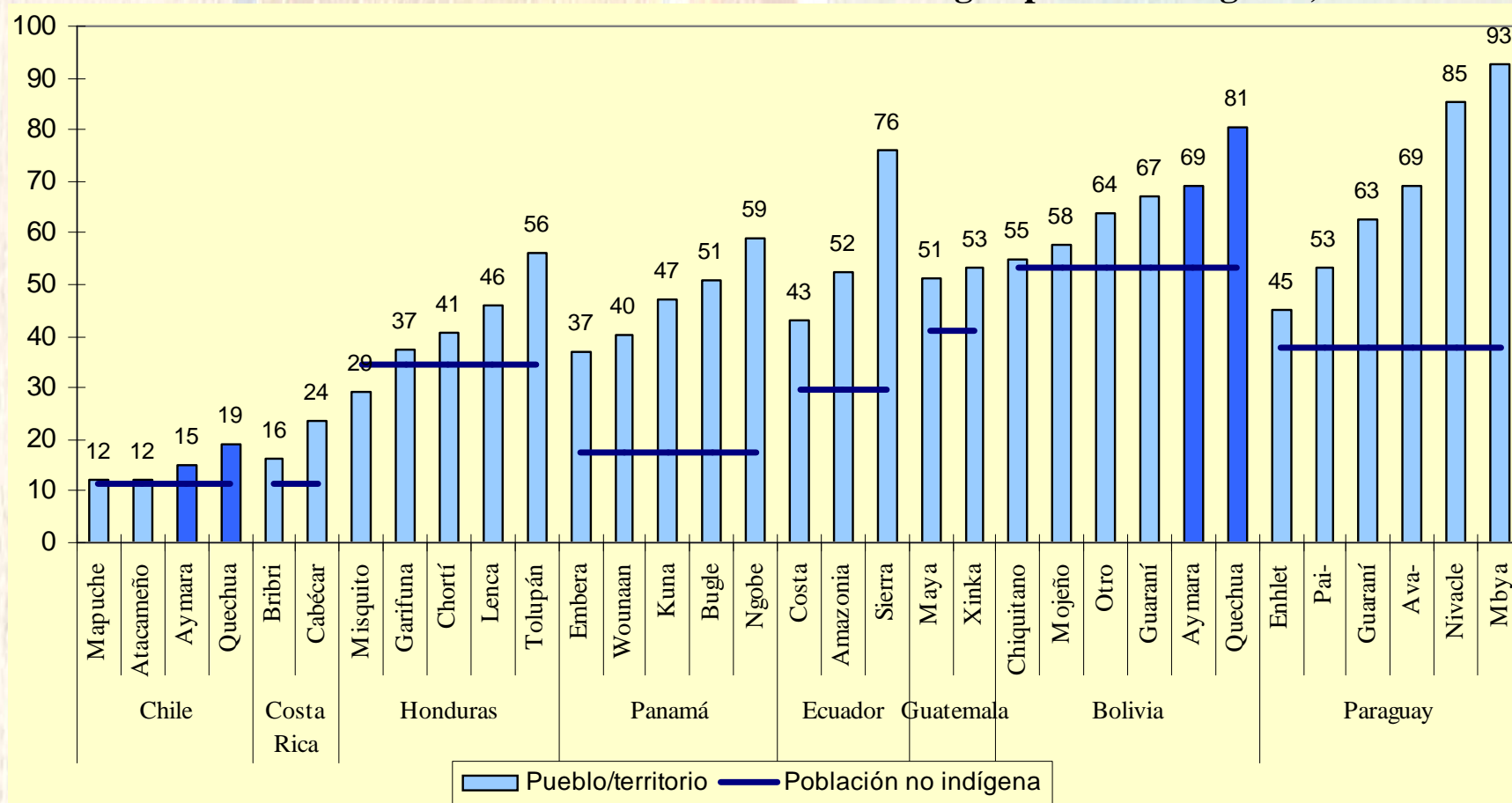
Autonomía

- Territorial: 8 países.
- Recursos: 6 países (2 territorial)
- Planes de desarrollo: 8 países (2 territorial)
- Control territorial: 5 países

Bolivia, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Perú, República Bolivariana de Venezuela, serían los más avanzados, y coinciden con las mejores situaciones respecto la legislación en Derechos Económicos, Territorial y Ambientales (según Índice del BID)

Al inicio del siglo XXI, se constata un avance en el ordenamiento jurídico, y aunque el balance es crítico: persistentes inequidades expresan las brechas de implementación de los derechos...

Mortalidad infantil según pueblos indígenas, censos 2000



Fuente: Panorama Social 2006, CEPAL.

... se inicia un nuevo ciclo que deberá centrarse en las prácticas institucionales y la puesta en marcha efectiva del marco jurídico

Políticas y programas

Los problemas a enfrentar:

- **perfil epidemiológico complejo y que evidencia una sobre-mortalidad, así como más vulnerabilidad y daño en las poblaciones indígenas que en el resto de la población;**
- **inequidad en el acceso a la atención sanitaria y poca pertinencia cultural de la misma;**
- **falta de participación y representación política**

Contexto en salud

- **Reforma en salud: Derechos de los usuarios y participación ciudadana**
- **Reconocimiento de la diversidad cultural y el pluralismo en salud**
- **Transición epidemiológica**
- **Crisis de los modelos de salud pública**

Modelo intercultural/integral/complementario en salud

Proceso de construcción colectiva entre diferentes actores sociales indígenas y no indígenas

Negociación de significados culturales

Bienestar de pueblos

Espacio de mediación: territorial, sociopolítico, cultural y terapéutico

- Epistemologías y modelos de realidad:
- Concepciones sobre:
 - Vida y muerte
 - Cuerpo, persona, tiempo y espacio (territorio)
 - Etapas y ciclos de vida
 - Salud-enfermedad-sanación



Políticas -para, de, y -Pueblos Indígenas

De 16 países de América Latina:

10 poseen políticas específicas de salud y pueblos indígenas (Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Perú, R.B. de Venezuela); 1 país en proceso (Colombia); 1 país Líneas de Acción (Argentina).

2 países (Honduras y Guatemala) enfoque intercultural incorporado en política nacional

2 países no tienen (El Salvador y Paraguay)

Políticas

Fenómeno reciente (a partir del 2000), con una **participación** (básicamente consultiva), principalmente en el diseño (10 países), menor en la definición del contenido (9 países), aún menor en la implementación (7 países). Destaca Brasil, Costa Rica y Nicaragua...

Existe heterogeneidad: Bolivia y Ecuador, la política es intercultural con un fuerte componente de medicina tradicional. Panamá y R.B. de Venezuela se centra en la medicina tradicional

Dos tendencias: **política de transversalización** (por ej. Chile y Venezuela); o, **políticas territoriales** (por ej. Brasil, Costa Rica). No necesariamente excluyentes (Nicaragua)

Ejemplos de orientaciones en las políticas

Chile: Transversalización

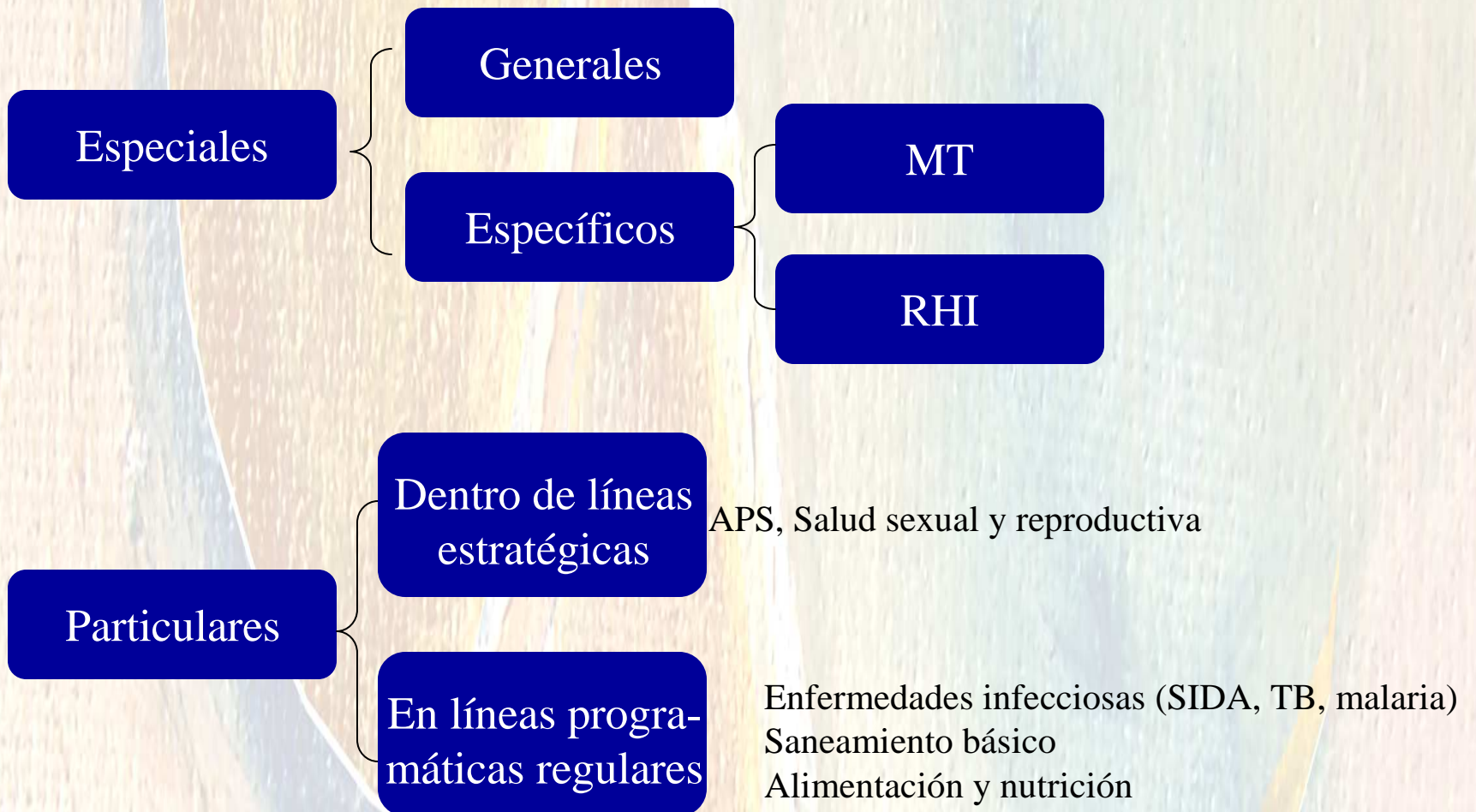
Contribuir al mejoramiento de la situación de salud de la población indígena, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre la activa participación de los pueblos originarios en su construcción; y la formulación, financiamiento e implementación de programas, estrategias y actividades, que aporten a la disminución de las brechas sanitarias en materia de acceso, calidad y efectividad.

Brasil: Territorial

- Organización de los servicios de atención de salud de los pueblos indígenas en forma de Distritos Sanitarios Especiales de Salud (DSEI) focalizados con base local, donde se entrega atención primaria y servicios de referencia.
- Formación de recursos humanos para la acción en contextos interculturales
- Monitoreo de las acciones de salud dirigidas a los pueblos indígenas
- Articulación de los sistemas tradicionales de salud indígena
- Promoción y uso adecuado de medicamentos
- Promoción de acciones específicas en situaciones especiales
- Promoción de una ética en la investigación en acciones de atención de salud que involucran a las comunidades indígenas
- Promoción de ambientes saludables y protección de la salud indígena
- Control social

Programas de salud para, de y pueblos indígenas:

intercultural, integral, complementario ...



Programas de salud y pueblos indígenas: Generales

Apuntan a mejorar la salud y calidad de vida de los pueblos indígenas, acceso y adecuación cultural de los servicios, fortalecimiento de medicina tradicional y formación de recursos humanos:

Argentina (1)

Bolivia (2)

Brasil (2)

Chile (2)

Colombia (2)

Costa Rica (2)

Ecuador (1)

Honduras (1)

Nicaragua (1)

R.B. de Venezuela (3)

Focalizados, excepto Honduras, énfasis en lo rural

Programas Especiales Generales

Honduras: Programa de atención a las etnias

- ✦ Coordinar atención de salud con instituciones y organizaciones étnicas
- ✦ Fortalecer los servicios de salud comunitarios
- ✦ Formar recursos locales con pertinencia cultural
- ✦ Formar equipos interinstitucionales para definir políticas, investigaciones y evaluación
- ✦ Fomentar enfoque intercultural, equitativo y eficiente

Programas Especiales Específicos

Apuntan a un eje de un modelo de salud intercultural, integral, complementario.

Fortalecimiento de medicina tradicional: Bolivia (2), Costa Rica (1), Guatemala (1), R.B. de Venezuela (1)

Guatemala: Programa de medicina tradicional, popular y alternativa

Reconocer, valorar y rescatar, la medicina popular tradicional y otros modelos alternativos de atención en los niveles político, técnico, normativo y operativo

Formación de recursos humanos: Bolivia (1), México (1), Panamá (1), Perú (1)

México: Capacitación al personal de salud que atiende población indígena

Formar recursos humanos respetuosos de las diferentes concepciones del proceso salud-enfermedad

Focalizados en áreas indígenas (no necesariamente con base territorial)

Particulares en líneas estratégicas

Atención Primaria (APS): Argentina (1), Costa Rica (1), Ecuador (1), R. B. de Venezuela(1)

Argentina: Médicos comunitarios

Formar profesionales en salud comunitaria e intercultural para mejorar la APS

Fortalecer la gestión nacional y provincial, respetando tradiciones y costumbres

Salud sexual y derechos reproductivos: Ecuador (1), Panamá (2)

Panamá: fortalecimiento de los servicios de salud reproductiva con enfoque de género e interculturalidad

Reducir la tasa de aborto, mortalidad infantil y embarazo en adolescente

Particulares en programas regulares

Enfermedades infecciosas: VIH-SIDA, Panamá; Tuberculosis y Malaria, Panamá

Saneamiento básico: Brasil (1), Panamá (1)

Alimentación y nutrición: Brasil (1) y Panamá (1)

Panamá: Prevención y control del ITS/VIH-SIDA intersectorial e intercultural

Detener el avance del VIH-SIDA en las comarcas indígenas

Panamá: Seguridad alimentaria y nutricional

Reducir la desnutrición crónica en las comunidades y territorios indígenas

Focalizados en áreas indígenas, con base territorial

En Nicaragua no hay programas, sino adecuaciones culturales en los programas regulares

Argentina tiene proyectos de salud dental, saneamiento básico, prevención adicciones, etc.)

Avances y logros...

- Avances en el ordenamiento jurídico: leyes, decretos, normas e institucionalidad: reconocimiento por parte de los estados
- Existencia de programas específicos para enfrentar los problemas de salud de los pueblos indígenas: consolidación de modelos de salud diferenciados; adecuación de la atención de salud -en particular la formación de RH- la participación indígena.
- Experiencias territoriales y comunitarias: proyectos
- La presencia de actores sociales comprometidos con la construcción de modelos de salud *con, desde y para* los pueblos indígenas

Debilidades

- Poco contenido de lo “intercultural”, escaso desarrollo de un proceso de construcción colectiva de éste.
- Poca participación, principalmente en términos consultivos.
- Escasa formación de recursos humanos para el trabajo en salud con pueblos indígenas , lo cual *limita el éxito de las políticas y programas*.
- Financiamiento, inexistente (como Guatemala) o limitado y no alcanza a cubrir todas las acciones.
- Falta de instrumentos de diagnóstico, seguimiento y evaluación de los programas.



**Desafíos e interrogantes claves
para avanzar en el ejercicio de
los derechos en salud de los
pueblos indígenas**

Respecto al acceso y accesibilidad

- La información disponible evidencia brechas de implementación en el derecho a la salud (inequidad persistente): **cerrar las brechas**
- Necesidad de fijar objetivos sanitarios, de acuerdo a perfiles epidemiológicos pertinentes;
- Necesidad de monitoreo y evaluación de los impacto de los programas (producción de información y conocimiento)

Respecto a la medicina indígena

Sistema de conocimiento en salud propio y específico a cada pueblo .

- Materia médica
- Agentes tradicionales de salud
- Modelo ideológico de las MT

- **Énfasis: parteras y plantas medicinales**
- **Control sobre eficacia, seguridad y calidad de las medicinas indígenas (ensayos clínicos)**
- **Caso México y Guatemala**
- **Tendencias a las “formalización” y descontextualización de la medicina indígena: alienación y enajenación**

Necesidad de control cultural y autonomía en territorios, culturales y terapéuticos

Respecto a la participación

➤ Preguntas claves:

- ¿Deben los pueblos indígenas adecuar sus mecanismos de participación a los mecanismos de los estados?
- ¿Cómo construir instancias de participación que respondan a las dinámicas comunitarias y territoriales?
- ¿Cómo y quién define la representación por pueblo indígena, sin reproducir la formación de elites?
- ¿Es factible una verdadera relación intercultural y participativa en un contexto de subordinación?
- ¿Cómo vincular los derechos de participación política en los programas de salud?

Respecto al modelo de salud

- ¿Podremos mejorar los indicadores de salud sólo transversalizando el enfoque intercultural?
- Dado que la producción de la salud y la enfermedad ocurre en determinados territorios, configurando en el caso de los pueblos indígenas perfiles de sobremortalidad, ¿es posible pensar los programas de salud sin una base territorial?
- Más aún, la evidencia recogida muestra que las buenas prácticas en salud son aquellas con plena participación indígena y base territorial
- ¿Cómo vincular un modelo territorial en otros espacios, por ejemplo urbanos?
- ¿Puede el proceso que quiere ser intercultural estar liderado por un equipo que históricamente no ha incluido a profesionales y técnicos indígenas?

Finalmente...

Mas allá de las denominaciones intercultural, complementario, alternativo, la pregunta de fondo es:

- si las políticas y programas estatales consideran a los pueblos indígenas como sujetos de derechos colectivos
o si, por el contrario
- éstos continúan siendo objetos de políticas, reproduciendo la inequidad y subordinación estructural que es el principal determinante social de la situación de salud de los pueblos indígenas

No sabemos cuánto se ha avanzado,
pero sí sabemos que tenemos que
avanzar