

Capítulo V

Agenda social

Políticas públicas y programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas de América Latina

Introducción

El surgimiento de un movimiento indígena organizado y la existencia de un marco de derechos humanos aplicable a las políticas públicas han conducido al reconocimiento de los pueblos indígenas como sujetos de derechos colectivos.

El enfoque de derechos, entendido como un sistema coherente de principios y pautas aplicables a las políticas de desarrollo, establece marcos para la definición de los contenidos y las orientaciones de estas, pero también incide en su elaboración e implementación. En ese sentido, se ha establecido que ciertas prácticas culturales, así como algunos marcos políticos y jurídicos, que facilitan o promueven la discriminación contra determinados individuos o grupos —mujeres, pueblos indígenas u otros grupos étnicos— actúan como mecanismos de exclusión social que causan o contribuyen a causar pobreza (Abramovich, 2006 p.37). Se ha puesto en evidencia que tras un supuesto trato universal se reproducen las desigualdades preexistentes que afectan a los pueblos indígenas y que se expresan en la marginalidad y la exclusión y, en el caso particular de la salud, en condiciones más precarias derivadas de las dificultades de acceso a los servicios de salud, así como de la mala calidad y la

escasa pertinencia de estos. Urge, por tanto, incorporar el enfoque de derechos de los pueblos indígenas en las políticas y programas de salud e incluir en estos la dimensión intercultural, así como avanzar de manera más decidida hacia la ratificación de la normativa internacional y el desarrollo de una legislación sobre pueblos indígenas acorde con su condición de sujetos de derechos colectivos.

Teniendo presente esta situación, en este capítulo se continúa con el análisis de las políticas y programas de salud en América Latina que se inició en el *Panorama social de América Latina 2005* y de las nuevas y diversas realidades de los pueblos indígenas que se analizaron en el *Panorama social de América Latina 2006*. Se realiza un diagnóstico de las políticas públicas y los programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas de América Latina sobre la base de la información proporcionada por 16 países en la encuesta que envió la CEPAL sobre este tema. Otro insumo relevante son los resultados del seminario-taller Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? realizado en la CEPAL, los días 25 y 26 de junio de 2007. Ambas actividades, el diagnóstico y el seminario,

se realizaron en el marco de un proyecto financiado por el Gobierno de Francia.¹ En el anexo V.1 se incluye la lista de países e instituciones que respondieron la encuesta enviada. Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud brindó información para complementar este diagnóstico sobre la base de la evaluación realizada en 2004 del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1995-2004).

En la primera sección se destaca la existencia de estándares mínimos de derechos de los pueblos indígenas y se enfatiza que, pese a los avances legislativos en la materia, es necesario que las políticas públicas enfrenten el desafío de avanzar en el cumplimiento de los acuerdos. En efecto, se constata que persiste una inequidad estructural que en el ámbito de la salud se expresa en indicadores de morbimortalidad más desfavorables para los pueblos indígenas. Asimismo, se observa un menor acceso a la atención de la salud y su falta de adecuación cultural, así como una escasa participación y representación de los pueblos en las políticas y programas que les afectan.

En la segunda sección se reconoce que las reformas del sector de la salud, junto con los avances en materia legislativa, plantean un escenario más favorable para la

incorporación de políticas y programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas. Esto se refleja en que en la mayoría de los países se han tomado medidas al respecto, aun cuando existe una significativa heterogeneidad en la materia. En esta sección se describen las diversas situaciones y se hace referencia a los principales logros alcanzados y las dificultades que aún persisten. Se destacan dos aspectos centrales en este diagnóstico: la gestión y participación indígena en las políticas y programas de salud, y la disponibilidad de información necesaria que permita diseñar, implementar y evaluar las medidas aplicadas.

Sobre la base de la información presentada, se sugieren algunas líneas y recomendaciones para mejorar las políticas y programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas y para avanzar en el cumplimiento de sus derechos.

Por último, se incluye la agenda social internacional en la que se mencionan las principales reuniones y acuerdos del sistema de las Naciones Unidas sobre temas sociales. En esta oportunidad se hace referencia a la décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, realizada en Quito, del 6 al 9 de agosto de 2007.

¹ Proyecto del Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) – División de Población de la CEPAL y el Gobierno de Francia: Avances en políticas y programas para pueblos indígenas de América Latina desde la implementación del Decenio Internacional (FRA/06/002).

A. Pueblos indígenas y derecho a la salud: avances jurídicos y consecuencias para las políticas públicas

En América Latina, el surgimiento de los movimientos de pueblos indígenas como actores políticos en contextos democráticos más favorables a la creación de Estados pluriculturales ha permitido avanzar en el reconocimiento de sus derechos. A partir de los instrumentos internacionales de derechos humanos es posible construir un conjunto de estándares mínimos en relación con la salud: el derecho al nivel más alto de salud física y mental mediante un acceso adecuado, de calidad y sin discriminación; el derecho a la salud integral indígena, que incluye el uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional, así como la protección de los territorios como espacios vitales, y el derecho a participar en el diseño, la implementación, la gestión, la administración y la evaluación de las políticas y los programas de salud con autonomía de los recursos. Estos estándares generan nuevas obligaciones estatales en materia legislativa y de políticas públicas. Aunque solo las constituciones de Ecuador, México y la República Bolivariana de Venezuela reconocen derechos colectivos de los pueblos indígenas en materia de salud, se observa un avance en este sentido en las legislaciones de la mayoría de los países. Pese a ello, persiste la brecha entre el reconocimiento normativo de los derechos de salud de los pueblos indígenas y el efectivo cumplimiento de estos, por lo que la población indígena muestra perfiles epidemiológicos más desfavorables con respecto a la población no indígena.

La presencia de los pueblos indígenas como actores políticos y su agenda de derechos no son un fenómeno exclusivo de América Latina, sino un proceso mundial que surge tras el fin de la guerra fría y que forma parte de una diversidad de luchas por los derechos humanos en un mundo globalizado y multicultural (CEPAL, 2007a). En este sentido, la activa participación de las organizaciones indígenas se ha traducido en el logro de un consenso en la doctrina de derechos humanos en cuanto a dos elementos, a saber: i) la necesidad de una garantía especial para la protección de los derechos y libertades fundamentales de aplicación general y ii) el reconocimiento y positivización de derechos colectivos específicos, lo que lleva a establecer

estándares de derechos de los pueblos indígenas, que conduzcan al igual disfrute de los derechos humanos y, al mismo tiempo, el derecho de los indígenas a constituir colectivos diferentes (CEPAL, 2007a). En este contexto, durante las últimas dos décadas los Estados latinoamericanos han reconocido progresivamente en sus constituciones y legislaciones nacionales, con diferentes grados de avance, los derechos de los pueblos indígenas.

El estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas se encuentra en el Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (aprobado en 1989) y en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas (aprobada

por la Asamblea General de Naciones Unidas el 13 de septiembre de 2007). En el artículo 3 de esta Declaración se establece “Los pueblos indígenas tienen derecho a la libre determinación. En virtud de ese derecho determinan libremente su condición política y persiguen libremente su desarrollo económico, social y cultural” (Naciones Unidas, 2007c). A partir de ese principio de *ius cogens* se reconoce un conjunto de derechos colectivos específicos de los pueblos indígenas (CEPAL, 2007a).²

En la actualidad, el enfoque de derechos en las políticas públicas constituye un marco conceptual aceptado por la comunidad internacional, que orienta el proceso de formulación, implementación y evaluación de las políticas. Asimismo, sirve como guía para la cooperación internacional, tanto en lo que se refiere a las obligaciones de los gobiernos donantes como a las de los gobiernos receptores, así como para definir el alcance de la participación y los mecanismos de control y de responsabilidad local e internacional (Abramovich, 2006).

1. Derechos de los pueblos indígenas en materia de salud: estándar mínimo y principales dimensiones

Los derechos humanos se traducen en un cuerpo de normas jurídicas (declaraciones, convenciones y tratados internacionales) dirigidas a su promoción y protección. Los instrumentos jurídicos internacionales que mencionan de manera explícita el derecho a la salud son los siguientes: la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966 y el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador) que entró en vigor en 1999.³ En el artículo 12 del PIDESC se establece el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y que los Estados Partes deberán adoptar medidas a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho. Por su parte, en el artículo 10 del Protocolo de San Salvador se agregan una serie de medidas en términos de atención primaria y cobertura, extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos

a la jurisdicción del Estado, inmunización, prevención y tratamiento de enfermedades, educación en el área de la salud y satisfacción de las necesidades de salud de los grupos más vulnerables. La Organización Mundial de la Salud (OMS) también consagra este derecho, entendiendo por salud el completo bienestar físico, mental y social del individuo, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia, todo lo cual se reafirma en la Declaración Mundial de la Salud adoptada en la Asamblea Mundial de la Salud de 1998.

Estos instrumentos constituyen la base fundamental para diseñar políticas públicas que aseguren el ejercicio del derecho a la salud de los indígenas en cuanto ciudadanos. Asimismo, dado el nuevo contexto sociopolítico, el gran desafío para las políticas de salud es reconocer, promover, proteger y garantizar una atención de la salud acorde con las concepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-sanación propias de los pueblos indígenas, en la medida en que se trata de un derecho colectivo específico.

² Además, la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965), ratificada por todos los países de América Latina, compromete a los Estados a prohibir y eliminar la discriminación racial y garantizar la salud pública y la asistencia médica, sin distinción de raza, color, origen nacional o étnico. Asimismo, el Convenio sobre la Diversidad Biológica (1992) en su artículo 8 literal j estipula que con arreglo a su legislación nacional, cada parte contratante “respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente”.

³ El Pacto de las Naciones Unidas sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) ha sido ratificado por los siguientes países: Argentina, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guyana, Honduras, Jamaica, Panamá, Perú, Uruguay, República Bolivariana de Venezuela. A su vez, los siguientes países adhirieron al Pacto: Barbados, Bolivia, Brasil, Dominica, República Dominicana, Granada, México, Nicaragua, Paraguay, Suriname, Trinidad y Tabago. En cuanto al Protocolo de San Salvador, lo ratificaron: Argentina, Bolivia, Costa Rica, El Salvador, Ecuador, Guatemala, México, Panamá, Paraguay, Perú, Uruguay, y a él adhirieron: Brasil, Colombia, Suriname.

En este sentido, es prioritario que en las políticas y programas se integre el concepto de salud indígena, que trasciende la definición internacionalmente aceptada por la Organización Mundial de la Salud, e incorpora como elementos constitutivos la espiritualidad, lo colectivo y la estrecha relación con el ecosistema de una manera holística. A modo ilustrativo, se puede citar el concepto de *kümelkalen* o estar bien, de los mapuches de Chile, que consiste en que el individuo esté en equilibrio consigo mismo y en que además lo esté con sus pares, su familia, sus seres más cercanos y queridos; también debe estar en equilibrio con su *lof* o unidad territorial propia, su entorno social, cultural, político, ambiental, territorial, religioso y cósmico (Quidel, 2001). De este modo, las *kutran* o enfermedades son consecuencia de una trasgresión del *ad mapu* u orden que rige universo.

El disfrute del derecho a la salud de los pueblos indígenas se relaciona con el ejercicio de otros derechos, por lo que una dimensión clave es el control de sus territorios y el mantenimiento de sus ecosistemas. Al respecto, el Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas señala que las actividades extractivas, los cultivos comerciales y patrones de consumo no sustentables han inducido el cambio climático, la amplia contaminación y destrucción ambiental. Estos fenómenos han tenido un impacto especialmente grave sobre los pueblos indígenas, cuyas formas de vida están estrechamente vinculadas a su

relación tradicional con sus tierras y recursos naturales, y han dado lugar a una nueva forma de desplazamiento forzado de los pueblos indígenas de sus territorios ancestrales, al tiempo que generan altos niveles de pobreza y enfermedad. Además, en su último informe presentado al Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas agrega que “aunque numerosos gobiernos han adoptado políticas sociales con el objeto de ‘cerrar la brecha’ de las disparidades en los indicadores de desarrollo humano entre indígenas y no indígenas, hasta la fecha los resultados han sido magros” (Naciones Unidas, 2007b).

El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, en sus misiones a países de América Latina (Naciones Unidas, 2005c), también ha constatado situaciones en las que los derechos a la salud de los pueblos indígenas han sido vulnerados como consecuencia de la invasión a sus territorios y las inequidades en el acceso a los bienes y servicios del Estado (entre ellos los culturales). En su informe de 2005 se establecen una serie de recomendaciones en las que se enfatiza —entre otras medidas— la participación de los pueblos indígenas en las políticas y programas, así como en la producción de información destinada a estos grupos.

Sin perjuicio de reconocer el carácter de interdependencia e indivisibilidad de los derechos humanos, en el recuadro V.1 se detallan los artículos referidos a los derechos a la salud de los pueblos indígenas contenidos en los diferentes instrumentos internacionales.

**Recuadro V.1
EL DERECHO A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN LOS DIFERENTES
INSTRUMENTOS INTERNACIONALES**

En el artículo 7, inciso 2, del Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo se establece: “El mejoramiento de las condiciones de vida y de trabajo y del nivel de salud y educación de los pueblos interesados, con su participación y cooperación, deberá ser prioritario en los planes de desarrollo económico global de las regiones donde habitan. Los proyectos especiales de desarrollo para estas regiones deberán también elaborarse de modo que promuevan dicho mejoramiento.”

En el Convenio se incluye un apartado especial sobre seguridad social y salud (parte V). En el artículo 24 se establece que “Los regímenes de seguridad social deberán extenderse progresivamente a los pueblos interesados y aplicárseles sin discriminación alguna”,

mientras que en el artículo 25 se indica “Los gobiernos deberán velar por que 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; 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, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria; la prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.” En el artículo 30 se señala “Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes con las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio y a tal

Recuadro V.1 (conclusión)

fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos”.

Asimismo, en el año 1989 la Organización de los Estados Americanos (OEA) solicitó a la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) la preparación de un instrumento relativo a los derechos de las “poblaciones indígenas”. Luego de que la Comisión recogiera sugerencias y comentarios de gobiernos, organizaciones indígenas, organizaciones intergubernamentales y expertos, aprobó en 1997 el Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas que aún está en proceso de revisión y aprobación por parte de la Asamblea General de la OEA. En lo que se refiere a la salud, en el artículo XII sobre salud y bienestar se establece: “Los pueblos indígenas tendrán derecho al reconocimiento legal y a la práctica de su medicina tradicional, tratamiento, farmacología, prácticas y promoción de

salud, incluyendo las de prevención y rehabilitación; los pueblos indígenas tienen el derecho a la protección de las plantas de uso medicinal, animales y minerales, esenciales para la vida en sus territorios tradicionales; los pueblos indígenas tendrán derecho a usar, mantener, desarrollar y administrar sus propios servicios de salud, así como deberán tener acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general; los Estados proveerán los medios necesarios para que los pueblos indígenas logren eliminar las condiciones de salud que existan en sus comunidades y que sean deficitarias con respecto a estándares aceptados para la población en general”.

En la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas se hace referencia a los derechos económicos, sociales y culturales que incluyen el derecho a la salud, y en su artículo 23 se establece que “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”. En el artículo 24 se señala: “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; 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”.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Es posible identificar derechos específicos en el ámbito de la salud asociados a cada una de las cinco dimensiones sobre las que se articula el estándar mínimo

de derechos de los pueblos indígenas (CEPAL, 2007a) (véase el cuadro V.1).

Cuadro V.1
DERECHOS ESPECÍFICOS EN EL ÁMBITO DE LA SALUD ASOCIADOS A LAS CINCO DIMENSIONES DEL ESTÁNDAR MÍNIMO DE DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

Cinco dimensiones del estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas	Derechos específicos en el ámbito de la salud
Derecho a la no discriminación	Derecho al acceso y la atención de la salud
Derecho al desarrollo y bienestar social	Derecho al nivel más elevado de salud física y mental mediante un acceso adecuado y de calidad
Derecho a la integridad cultural	Derecho a utilizar el idioma indígena; derecho a aplicar el concepto de bienestar y salud integral; derecho al uso, fortalecimiento y control de la medicina tradicional
Derecho a la propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos	Derecho a la conservación de las plantas, animales, minerales y espacios territoriales de interés vital en el proceso salud-enfermedad-sanación
Derecho a la participación política	Derecho a participar en el diseño, la responsabilidad y el control social (recursos) de las políticas y programas de salud

Este estándar mínimo también se recoge en los principios del Programa de salud de los pueblos indígenas de las Américas (SAPIA) de la OPS (1993), en el que se establece: i) el enfoque integral de la salud, ii) el derecho

a la libre determinación de los pueblos, iii) el respeto y revitalización de las culturas indígenas, iv) la reciprocidad en las relaciones y v) el derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

En cuanto a la medicina tradicional, en los últimos años la Organización Mundial de la Salud ha estado definiendo su rol y alcances, y se han desarrollado estrategias para tratar los temas relacionados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional de la medicina tradicional, complementaria y alternativa (Pedrero, 2003). En este sentido propone: i) integrar este tipo de medicina en los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y la implementación de políticas y programas nacionales; ii) fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de este tipo de medicina por medio de la aplicación de normas y estándares de calidad; iii) incrementar la disponibilidad y accesibilidad a este tipo de medicina, sobre todo en el caso de las poblaciones pobres, y iv) fomentar terapéuticamente el uso adecuado de una medicina tradicional apropiada por parte de proveedores y consumidores.

Actualmente, en materia de políticas públicas, los

Estados tienen el desafío de enfrentar la desfavorable situación de salud de los pueblos indígenas y la inequidad estructural que les afecta, mediante la incorporación de un enfoque de derechos que tome en cuenta el estándar de derechos de los pueblos indígenas, cuyas características fundamentales son las siguientes: i) constituyen derechos de pueblos, es decir, son atributos de entidades sociales, más allá de individuos y colectividades; ii) integran derechos políticos y de desarrollo, estando estos mutuamente condicionados, y iii) existen independientemente de su reconocimiento por parte del Estado (Castañeda, 2006). En este sentido, las nuevas obligaciones estatales pueden agruparse de acuerdo con los siguientes elementos: obligaciones de respetar, de proteger, de garantizar y de promover el derecho en cuestión (Abramovich, 2006), estableciéndose mecanismos de exigibilidad y de evaluación de su cumplimiento.

2. Marco constitucional y legislación sobre salud de los pueblos indígenas

El surgimiento de los movimientos indígenas como activos actores políticos y sus reclamos de un nuevo tipo de relación con el Estado, así como el retorno a la democracia en los países latinoamericanos, propiciaron una “ola de constitucionalismo multicultural” (Van Cott, 2000). Las reformas constitucionales iniciadas en los años noventa reconocen la existencia de Estados pluriétnicos y pluriculturales. La gran mayoría de los países de la región incluyeron en estas reformas —en mayor o menor medida— derechos colectivos de los pueblos indígenas (Barié, 2003). En general, esos derechos se refieren a la tenencia, protección y uso de los territorios (y en algunos casos, a las formas de organización social y política), y al reconocimiento y protección del uso de los idiomas indígenas. Según un minucioso análisis de Barié (2003), las constituciones más avanzadas en el reconocimiento y garantía de derechos colectivos de los pueblos indígenas son, en orden de importancia, las de Ecuador, Colombia, la República Bolivariana de Venezuela y Paraguay.

Cabe señalar que las reformas constitucionales tienden a colocar al derecho internacional de los derechos humanos al mismo nivel jerárquico que la Constitución e, inclusive, le reconocen una jerarquía supraconstitucional.⁴ Este nivel jerárquico determina la eficacia de las normas internacionales y, por lo tanto, su primacía frente a las normas internas del país cuando se solicita la protección de los derechos que consagran ante los tribunales correspondientes.

Estos avances constitucionales han sido acompañados por el desarrollo de una legislación específica, observándose en este sentido un panorama heterogéneo, tal como refleja el índice de calidad legislativa elaborado por el Banco Interamericano de Desarrollo, según el cual Colombia, la República Bolivariana de Venezuela y Bolivia exhiben los máximos puntajes (entre un 70% y un 80%), mientras que Guatemala, Chile, El Salvador, Honduras y Uruguay se ubican por debajo del 50% (BID, 2006).

En prácticamente todas las constituciones latinoamericanas se reconoce el derecho a la salud en

⁴ Según Henderson (2004), existen cuatro tipos de modelos de integración del derecho internacional al derecho interno: i) el modelo supraconstitucional, en el que el derecho internacional de los derechos humanos puede modificar la Constitución (Guatemala, Honduras, República Bolivariana de Venezuela); ii) el modelo constitucional, en el que el derecho internacional de los derechos humanos está al mismo nivel que la Constitución (Argentina, Brasil); iii) el modelo supralegal, que precisa que el derecho internacional de los derechos humanos está por encima de leyes pero no puede modificar la Constitución (Colombia, El Salvador, Ecuador, Paraguay), y iv) el modelo legal, en el que los tratados de derechos humanos tienen el mismo rango que la ley nacional (Estados Unidos, Uruguay).

el marco de los derechos sociales establecidos por los Estados. Sin embargo, solamente en tres países, Ecuador, México y la República Bolivariana de Venezuela, se reconoce de manera explícita el derecho a la salud de los pueblos indígenas como colectivos diferenciados, siendo la Constitución de Ecuador la más amplia en términos de reconocimiento, respeto, promoción y garantía del uso de la medicina tradicional, los sistemas de conocimiento y la protección de lugares y elementos sagrados.⁵

En esta materia, el avance más significativo se ha dado en las legislaciones nacionales, sobre todo en los últimos 10 años. De los 16 países examinados, 13 tienen algún tipo de legislación específica sobre salud y pueblos (o poblaciones) indígenas: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Panamá, Perú y la República Bolivariana de Venezuela. Este hecho responde, principalmente, a las demandas y reivindicaciones en materia de salud que han realizado los pueblos indígenas con respecto a la accesibilidad, la equidad, la oportunidad y la integralidad de las prestaciones con pertinencia cultural (Cavieres, 2006). Sin embargo, esta legislación aún es insuficiente para garantizar el verdadero ejercicio de los derechos en materia de salud de los pueblos indígenas, observándose una amplia gama de situaciones que van desde el reconocimiento del derecho a la salud como bien individual o la mención a las poblaciones indígenas como grupos prioritarios, hasta una legislación que reconoce y promueve los derechos colectivos (medicinas tradicionales, participación y autonomía).

Estas diferencias en las legislaciones pueden verse detalladamente en el Banco de datos de legislación indígena del BID (2006) que comprende algunos aspectos del estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas en materia de salud, como el acceso preferencial y la gratuidad, las prácticas tradicionales, la protección de las plantas medicinales, la atención de la salud de acuerdo con los usos y costumbres, la participación indígena

en el manejo y la promoción del sistema de salud y la autonomía en el manejo de los recursos de salud. En cuanto a la situación regional, en el cuadro V.2 se observa que Bolivia es el único país que ha legislado con respecto a todas las dimensiones del estándar, en tanto Colombia, Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela lo han hecho en cinco de las seis dimensiones, aunque cabe señalar que han ratificado el Convenio N° 169 de la OIT, lo que torna obligatorias sus disposiciones. No es casual que estos países sean precisamente aquellos en los que la consolidación de organizaciones indígenas de nivel nacional es de larga data.⁶ En el otro extremo, Chile, El Salvador y Paraguay prácticamente no han desarrollado legislación específica, no obstante este último país ha ratificado el Convenio N° 169 de la OIT.

En términos generales, en estas legislaciones se garantiza el acceso a la salud de los grupos indígenas (véase el cuadro V.2), lo que se asocia a que las reformas en el sector de la salud en las últimas décadas se han centrado en asegurar la cobertura básica universal, poniéndose el énfasis en la calidad de la atención (CEPAL, 2006a). En el caso de Bolivia, en los últimos años se han promulgado una serie de leyes y decretos con el fin de asegurar a los pueblos indígenas las prestaciones básicas de salud, tales como el decreto supremo sobre el Seguro básico de salud indígena y originario (2001) o la ley de Seguro universal materno infantil (SUMI) (2002) cuyo reglamento señala en el artículo 8 la importancia de una atención de la salud según los usos y costumbres de los pueblos indígenas (véase el anexo V.2). De manera similar, en Colombia existe el decreto 1.811 de 1990 que garantiza la atención gratuita de la salud para las comunidades indígenas, junto con la adecuación institucional y la formación de los recursos humanos, en un marco de respeto a la cultura indígena (véase el anexo V.2).

Se ha realizado un avance significativo en cuanto al reconocimiento de la medicina tradicional indígena. Como ya se mencionó, esta es una de las dimensiones

⁵ Las constituciones de Guatemala y Nicaragua no mencionan explícitamente a los pueblos indígenas, pero hacen referencia, en el primer caso, a comunidades (lo que puede interpretarse como comunidades indígenas) y, en el segundo caso, a sectores vulnerables, en los que se encuadra a las comunidades étnicas (Castañeda, 2006). En la Constitución de Ecuador (1998), el artículo 44 establece que el Estado “reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa”, y el artículo 84 establece que se reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas una serie de derechos colectivos, entre ellos “sus sistemas, 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”. Por su parte, en el artículo 2 de la Constitución de México (2001) se establece que las autoridades tienen la obligación de “asegurar 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”. La Constitución de la República Bolivariana de Venezuela establece que “los pueblos indígenas tienen derecho a una salud integral que considere sus prácticas y culturas. El Estado reconocerá su medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos” (artículo 122, 2001).

⁶ En la actualidad, 12 de los 16 países examinados en la región cuentan con una organización nacional o regional que agrupa a organizaciones de base y a los diferentes pueblos indígenas del país o de la región. Entre las primeras organizaciones de nivel nacional se encuentra la Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC, 1982), la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE, 1986) y el Consejo Nacional Indio de Venezuela (CONIVE, 1989). Entre las organizaciones de nivel regional de larga data cabe mencionar la Confederación Indígena del Oriente Boliviano (CIDOB) creada en 1982 y la Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonía Ecuatoriana (CONFENIAE) creada en 1980.

constitutivas del derecho colectivo en materia de salud que, junto con el derecho individual de acceso, constituye la base del diálogo intercultural (Cunningham, 2002). Hacia fines de la década de 1990, únicamente en Bolivia existía legislación amplia en esta materia, pero actualmente en la mayoría de los países de la región existen leyes en las que se reconocen las prácticas tradicionales relativas a la salud (véanse el cuadro V.2 y el anexo V.2). En el caso de Bolivia, la resolución ministerial 0231 de 1987 establece un reglamento para la práctica de la medicina tradicional indígena; en Perú, mediante la ley general de salud de 1997 se reconoció la medicina tradicional indígena y mediante un decreto supremo de 2003 se creó el Instituto nacional de salud (INS) que abarca un Centro de salud intercultural (CENSI) encargado de promover, entre otros aspectos, la revalorización de este tipo de medicina. La ley orgánica de pueblos y comunidades indígenas adoptada por la

República Bolivariana de Venezuela en 2005 reconoce el uso de la medicina tradicional indígena y de las prácticas terapéuticas para la protección, el fomento, la prevención y la restitución de la salud integral. Además, considera la incorporación de la medicina tradicional indígena y de las prácticas terapéuticas de los pueblos y comunidades indígenas a los servicios del sistema nacional de salud, así como la capacitación de los recursos humanos. Se comprueba entonces que los contenidos de esta legislación específica son variados, mientras que en el caso de Argentina la ley establece solamente el respeto por las pautas establecidas en las directivas de la Organización Mundial de la Salud con respecto a la medicina tradicional indígena (ley 23.302 de 1985), en Colombia la legislación al respecto es abundante y en ella se reconoce el uso y la práctica de la medicina tradicional, se establece su promoción y se ha desarrollado una normativa al respecto (BID, 2006).

Cuadro V.2
AMÉRICA LATINA (16 PAÍSES): LEGISLACIÓN ESPECIAL SOBRE SALUD DE PUEBLOS INDÍGENAS

Países	Acceso preferencial y gratuidad	Prácticas tradicionales	Protección de las plantas medicinales	Atención de la salud de acuerdo con los usos y costumbres	Participación indígena en el manejo y la promoción del sistema de salud	Autonomía en el manejo de los recursos de salud
Ratificaron el Convenio N° 169 OIT						
Argentina ^b	X	X	a	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	X ^c	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	---
Venezuela (Rep. Bol. de) ^b	X	X	a	X	X	X
No ratificaron						
Chile	X	---	---	X	---	---
El Salvador	---	---	---	---	---	---
Nicaragua	X	X ^c	---	X ^c	X ^c	X
Panamá	X	X	X ^c	X	X ^c	X

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Banco Interamericano de Desarrollo (BID), "Banco de datos de legislación indígena" [base de datos en línea] 2004 http://www.iadb.org/sds/ind/site_3152_s.htm.

^a Aplicación del Convenio N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo.

^b En algunas provincias o estados existe más legislación.

^c Solo en territorios indígenas (reservas, regiones autónomas, comarcas).

Es importante señalar que el derecho de los pueblos indígenas a sus propias medicinas y a fortalecer y mantener sus prácticas de salud está estrechamente vinculado a los derechos de propiedad intelectual. El resguardo de la medicina tradicional y de cada uno de sus componentes (los agentes o terapeutas tradicionales indígenas, los conocimientos tradicionales y los recursos naturales) forma

parte de las exigencias básicas de los pueblos indígenas con relación a sus derechos intelectuales (OMS, 2002; Huenchuán, 2004). Se trata de un tema clave que amerita un mayor desarrollo, lo que escapa a las posibilidades de este capítulo. Sin embargo, cabe mencionar que las demandas de un estatus de protección específico no han sido plenamente satisfechas y persisten dos puntos de vista

en el tratamiento del tema. Desde el punto de vista de los derechos de la salud pública, la medicina tradicional puede utilizarse como aporte a la investigación farmacéutica, pero también como una fuente de tratamientos eficaces por sí mismos; de este modo, el interés se centra en la manera de aprovechar mejor el potencial de la medicina tradicional para suministrar tratamientos asequibles. Desde el punto de vista de los derechos de propiedad intelectual de los pueblos indígenas, la medicina tradicional—como los demás componentes de su patrimonio— debe ser protegida y para ello es preciso avanzar hacia el logro de un sistema específico destinado a garantizar la propiedad colectiva de ese patrimonio, así como su control y autogestión. Es decir, se trata de avanzar en la protección de los conocimientos tradicionales relacionados con la medicina mediante sistemas de derechos sui géneris u otra modalidad de garantía de los derechos intelectuales indígenas, la protección de las tierras indígenas y su diversidad biológica, así como la preservación de los sistemas de reproducción cultural de los pueblos indígenas, en los que se sustentan sus innovaciones, conocimientos y prácticas para la sanación.

Se observan avances legislativos incipientes en materia de participación y autonomía en temas de salud que, desde un enfoque de derechos, deberían abarcar desde el diseño de las políticas o programas hasta la administración y la gestión de los recursos. En la legislación de Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Perú y la República Bolivariana de Venezuela se promueve la participación indígena en materia de salud (véanse el cuadro V.2 y el anexo V.2).⁷ Por una parte, esta participación se ve alentada por la creación de instituciones indígenas que tienen este propósito, como el Consejo de participación indígena del Instituto nacional de asuntos indígenas (INAI) de Argentina (resoluciones 2004 y 2006), o el Consejo nacional de salud de los pueblos indígenas (CONASPI) de Costa Rica (2006). En el primer caso, el

objetivo del Consejo es crear un nuevo espacio de diálogo y participación para los diferentes representantes de los pueblos indígenas de Argentina; en el segundo caso, el Consejo tiene la función de asesorar al Ministerio de Salud en la formulación de estrategias para las políticas públicas de salud de los pueblos indígenas. En Colombia, mediante la ley 691 y el decreto 1.416 se promueve y regula la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social y en las demás entidades prestadoras de servicios de salud. Con respecto a la autonomía de los recursos de salud, en Bolivia, Colombia, Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela existe legislación al respecto, mientras que en Nicaragua y Panamá se hace referencia explícita a las regiones autónomas y comarcas, respectivamente.

Puede decirse que a la fecha ha habido diferentes grados de avance en términos del reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas en el derecho internacional, en algunas constituciones latinoamericanas así como en las legislaciones nacionales. Sin embargo, tras estos cambios, al inicio del siglo XXI el balance es crítico, constatándose la falta de cumplimiento de las normas y la persistencia de la violación de los derechos de los pueblos indígenas (Stavenhagen, 2002). Asimismo, en Naciones Unidas (2006b) se señala entre las causas de las diferencias en la implementación de las normativas, aspectos del proceso legislativo como la composición de las legislaturas, la escasa representación y participación de los indígenas en el quehacer legislativo, la falta de consulta con los pueblos indígenas, los sesgos y prejuicios contra los derechos indígenas. No se trata solo de legislar sobre cuestiones indígenas sino de hacerlo con los pueblos indígenas. Además, se enfatiza el hecho de que no existen mecanismos adecuados para monitorear la efectividad de la legislación sobre temas indígenas y para evaluar su aplicación en la práctica cotidiana de la administración pública y de la sociedad (Castañeda, 2006).

3. Institucionalidad pública relativa a los pueblos indígenas y la salud

El movimiento indígena, acompañado por el fortalecimiento del marco jurídico, ha logrado constituir y abrir espacios institucionales (Stavenhagen, 2004) impulsando otro fenómeno notable en la región que es la creación de instituciones gubernamentales a cargo de los asuntos

indígenas. Una mirada a la región muestra que estas instituciones abarcan realidades distintas en al menos dos sentidos: el grado de participación política de los pueblos indígenas y la jerarquía institucional alcanzada. En el caso de la República Bolivariana de Venezuela, la

⁷ En México existe alguna legislación al respecto a nivel estatal, como la ley de salud del estado de Chiapas.

institución encargada de estos temas tiene rango ministerial (Ministerio de Asuntos Indígenas) (véase el anexo V.3); la dependencia institucional también es variada, aunque en la mayoría de los casos las instituciones están vinculadas a algún ministerio. Algunas instituciones funcionan como organismos públicos descentralizados y unas pocas disponen de autonomía operativa, técnica, presupuestal y administrativa, como el Consejo de desarrollo de las nacionalidades y pueblos del Ecuador (CODENPE) o la Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas (CDI) de México.

Estas instituciones tienen como objetivo el apoyo y fortalecimiento del desarrollo integral de los pueblos indígenas y la promoción de sus derechos, siendo una de sus principales funciones la articulación intersectorial —que incluye los ministerios de salud— con las organizaciones indígenas y la cooperación internacional. Esta institucionalidad ha ido evolucionando de una postura asistencialista, en la cual los indígenas eran objeto de las políticas públicas, a una postura de reconocimiento de los pueblos indígenas como sujetos de derechos colectivos. No obstante, en la práctica el balance aún es crítico, entre otros motivos porque la mayoría de las instituciones disponen de capacidades limitadas para incidir realmente en los diferentes sectores de la actividad pública, debido a la falta de apoyo político, económico y administrativo (Fondo

para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, 2004).

Esta institucionalidad también se ha extendido al campo de la salud. En 14 de los 16 países examinados en la región existe alguna instancia a cargo de la salud de los pueblos indígenas en los ministerios de salud (las excepciones son El Salvador y Paraguay). Los rangos de esas instancias son variados y ello repercute en los alcances de sus acciones. Existen desde programas de salud indígena sin rango institucional, pero que influyen en los demás programas ministeriales (Argentina y Honduras), hasta un Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad en Bolivia (2006), cuyo propósito es la revalorización de la medicina tradicional y el fomento de programas de salud intercultural (véase el anexo V.3). En Ecuador, México y la República Bolivariana de Venezuela existen direcciones nacionales de salud indígena que incluyen la medicina tradicional; la secretaría técnica en Panamá se encuentra en el mismo nivel; en Brasil y Chile existen departamentos o unidades a cargo de la salud indígena (véase el anexo V.3). Uno de los principales problemas que enfrentan estas instituciones es la inestabilidad derivada de los cambios de régimen político, lo que dependerá en gran medida de la naturaleza jurídica de cada institución (según se rija por una decisión ejecutiva, parlamentaria, resolución del poder judicial o decisión de la administración pública).

B. Políticas públicas y programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas: ¿cuánto y cómo se ha avanzado?

Las reformas del sector de la salud que apuntan a la equidad, la eficiencia y la calidad de las prestaciones proporcionan un escenario más favorable para el avance en el cumplimiento de los derechos en materia de salud de los pueblos indígenas al priorizar la activa participación de las comunidades. Respecto de las políticas de salud dirigidas a los pueblos indígenas, se pueden distinguir cuatro tipos de países: un grupo numeroso que cuenta con una política nacional dirigida a los pueblos indígenas, un segundo grupo que ha iniciado un proceso para su diseño e implementación; un tercer grupo que incorpora un enfoque intercultural explícito en la política nacional de salud, y un último grupo que no prevé políticas específicas para los pueblos indígenas. En lo que se refiere a la oferta de programas, el panorama es heterogéneo, distinguiéndose dos grandes tendencias: los programas especiales diseñados para mejorar la salud de los pueblos indígenas, entre los que se destacan los que se centran en aspectos específicos como la medicina tradicional y la formación de recursos humanos, y los programas regulares que se insertan en las líneas estratégicas o programáticas de los sistemas de salud. Entre los principales logros se destacan la consolidación de modelos de salud diferenciados y el mejoramiento de las condiciones sanitarias de los pueblos indígenas; sin embargo, como limitaciones se señalan la poca disponibilidad de recursos humanos capacitados, el escaso financiamiento y la discontinuidad en la asignación de recursos. La participación de los pueblos indígenas en estos procesos se considera en algunos casos como un logro, mientras que en otros se enfatiza la necesidad de avanzar en este sentido. La ausencia generalizada de información sistemática sobre la situación de la salud y los perfiles epidemiológicos de los pueblos indígenas constituye uno de los principales obstáculos para definir objetivos sanitarios y evaluar resultados en el cumplimiento de los derechos individuales y colectivos.

Si bien el nuevo ordenamiento jurídico es todavía insuficiente, se considera que se han sentado las bases para que en los próximos años el “campo contencioso” se desplace de la formulación de leyes a la implementación y el cumplimiento de estas, es decir que se inicie un nuevo ciclo que deberá centrarse en las prácticas institucionales y la puesta en práctica efectiva del marco jurídico (Stavenhagen, 2004). Así como la fuerza del movimiento

indígena ha dado lugar al reconocimiento progresivo de sus derechos colectivos, también ha instalado en las agendas estatales la necesidad de formular políticas públicas especiales acordes con sus requerimientos y necesidades.

El común denominador de los pueblos indígenas es la discriminación estructural que les afecta. No obstante, la existencia de más de 670 pueblos indígenas con

realidades territoriales, demográficas y epidemiológicas diversas supone considerar la situación particular y el estatus específico de cada pueblo (CEPAL, 2007a). Las estrategias de los movimientos indígenas en favor de sus derechos son diversas y las posibilidades dependen tanto de los respectivos regímenes estatales y culturas políticas nacionales como del peso demográfico y la valoración geopolítica y económica de sus territorios que hacen los poderes económicos (CEPAL, 2007a). En términos muy generales, los pueblos indígenas que representan una mayoría poblacional y que cuentan con organizaciones indígenas de larga trayectoria y peso político—como las de Bolivia y Ecuador—buscan transformaciones

de los Estados y nuevos regímenes democráticos plurales; por el contrario, los pueblos que constituyen minorías demográficas en sus países tienden a reclamar regímenes de autonomía, como en Chile, Colombia, Nicaragua y Panamá, entre otros (CEPAL, 2007a). Como se verá en los puntos siguientes, las políticas y programas estatales responden a las estrategias indígenas, sobre todo cuando los programas tienen base territorial y amplia participación. Sin embargo, persiste el diseño e implementación de iniciativas estatales que no toman en cuenta la heterogeneidad de los pueblos indígenas y continúan reproduciendo las políticas asistencialistas del pasado centradas en un Estado monocultural.

1. Las reformas del sector de la salud: ¿escenarios más favorables?

Las políticas y los programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas en América Latina deben analizarse en relación con la ampliación del marco jurídico relativo a los derechos de estos pueblos, así como a los procesos de reformas del sistema de salud iniciados en la mayoría de los países de la región desde la década de 1980 (CEPAL, 2006a).

En efecto, en la mayoría de los países de América Latina se están reestructurando los sistemas de salud estatales en términos de políticas, programas y redes de servicios. En este marco, se ha priorizado la estrategia de atención primaria en materia de salud, cuyos principios básicos son la accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades; el compromiso, participación y autosostenimiento individual y comunitario; la acción intersectorial a favor de la salud, la relación entre el costo y la efectividad, y la tecnología apropiada en función de los recursos disponibles (CEPAL, 2006a). Un aspecto central en este sentido ha sido el fomento de la participación de los usuarios en el diseño de nuevos modelos de atención y gestión, así como la incorporación de la medicina comunitaria y familiar que enfatiza la comunicación entre el individuo, su familia y su cultura con la medicina científica (OPS, 2002). Estos nuevos enfoques se fundamentan en la necesidad de readecuar las políticas públicas de tal manera de generar políticas transversales destinadas a garantizar los derechos de grupos específicos que sufren de exclusión estructural, entre los que se cuentan los pueblos indígenas (CEPAL, 2006a). En este sentido, la atención primaria de la salud es una de las estrategias fundamentales para alcanzar los objetivos

de desarrollo del Milenio, dado que fortalece los sistemas de salud, enfatiza la equidad y la participación social en materia salud, entre otros aspectos (OPS, 2002).

De esta manera, los procesos de reforma que apuntan a la equidad, la eficiencia y la calidad de las prestaciones de salud han generado un escenario más propicio para desarrollar nuevos modelos de atención en materia de salud asentados en la participación y empoderamiento de los usuarios. En el caso particular de los pueblos indígenas, esto ofrecería una oportunidad para avanzar en la implementación de sus derechos colectivos, cuyo estándar mínimo se enunció más arriba. Más aún, la afirmación de que los países de América Latina son pluriétnicos y multiculturales ha tenido su correlato en el campo de la salud en el llamado “pluralismo médico”, según el cual se ha ido reconociendo en forma progresiva que la biomedicina es uno más entre muchos otros sistemas de salud y prácticas médicas. Los sistemas de salud poseen sus propios principios etiológicos, categorías diagnósticas y sanadores y su eficacia terapéutica se encuentra en el marco de su propio contexto sociocultural (Kleinman, 1980). Esto supone que ningún sistema por sí solo es capaz de resolver todas las demandas de salud que enfrenta un pueblo. En el marco de las estrategias de atención primaria en materia de salud se ha planteado que la medicina tradicional puede ser un recurso médico válido, eficiente y de menor costo para disminuir la inequidad que afecta a los pueblos indígenas.

El diagnóstico regional sobre el avance de las políticas y programas de salud realizado por la CEPAL en 2005

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 con respecto a los pueblos indígenas: i) tienen condiciones de salud más deterioradas que la población no indígena, ii) sufren de inequidad en el acceso y iii) existe poca oferta específica en materia de salud para estos pueblos (CEPAL, 2006a). A ello cabe agregar, tomando en cuenta el marco de derechos colectivos, la

falta de accesibilidad cultural (o poca integración cultural de las acciones convencionales en materia de salud) y la escasa participación política en las decisiones que les atañen como pueblos. Para dar solución a estos problemas se plantea el desarrollo de un enfoque intercultural de las políticas sanitarias, señalándose que constituye un desafío para los Estados pluriculturales y para las nuevas políticas y modelos de atención (CEPAL, 2006a).

2. Políticas públicas de salud y pueblos indígenas: conceptos y situación regional

Una política pública es la manifestación explícita del compromiso que asumen un Estado y sus instituciones para dar respuesta a un determinado problema colectivo. Con ese fin, se propone un conjunto de iniciativas y orientaciones y se establece un marco normativo para su implementación. Entre sus elementos se cuentan: un problema público, el diagnóstico, el diseño de soluciones y las estrategias, los recursos para su implementación y la ejecución. Una norma forma parte del proceso de construcción de políticas y establece atribuciones a los responsables de la implementación de estas; un programa es la expresión concreta de las orientaciones de las políticas públicas dentro del marco normativo establecido e incluye un cuerpo articulado

de medidas concretas destinadas a cumplir objetivos que pueden ser evaluados mediante indicadores. En el recuadro V.2 se analiza una política de salud dirigida a pueblos indígenas de Brasil, así como sus normas y programas.

Los problemas que una política pública debe enfrentar con relación a la salud de los pueblos indígenas son de tres tipos: i) un perfil epidemiológico complejo que muestra una sobremortalidad, así como una mayor vulnerabilidad y daño en las poblaciones indígenas con respecto al resto de la población; ii) la inequidad en el acceso a la atención sanitaria y poca pertinencia cultural de esta, y iii) la falta de participación política de estos pueblos (CEPAL, 2006a; Montenegro y Stephens, 2006).

Recuadro V.2

POLÍTICA NACIONAL DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE BRASIL

En el caso de la política nacional de atención de la salud de los pueblos indígenas de Brasil es posible observar la interrelación entre política, norma y programa. Esta política tiene como objetivo garantizar a los pueblos indígenas el acceso a la atención integral de la salud, de acuerdo con los principios y normas del Sistema único de salud (SUS), teniendo en cuenta la diversidad social, cultural, geográfica, histórica y política, de modo de favorecer la superación de los factores que tornan a esta población más vulnerable y agravan su salud con respecto a la del resto de la población brasileña, reconociéndose la eficacia de su medicina y los derechos de estos pueblos a su cultura.

Para alcanzar los objetivos de esta política se establecen un conjunto de normas que orientan la definición de los instrumentos de planificación, implementación, evaluación y control de las medidas de atención de la salud de los pueblos indígenas, entre las que se cuentan la organización de los servicios de atención de la salud de los pueblos indígenas en Distritos sanitarios especiales indígenas (DSEI), la formación de recursos humanos para actuar en contextos interculturales, el monitoreo de las acciones de salud dirigidas a los pueblos indígenas, lo que incluye la creación de un Sistema de información sobre atención de la salud indígena (SIASI) para la vigilancia y la gestión, la articulación

de los sistemas tradicionales de salud indígena, la promoción y el uso adecuado de medicamentos, la aplicación de una ética en la investigación y la acción, la creación de ambientes saludables y de protección de la salud indígena, entre otros, y el control social por parte de estos pueblos.

El Distrito sanitario especial indígena es un modelo de organización territorial de servicios orientado a un espacio etnocultural dinámico, geográfico, poblacional y administrativo bien delimitado, que incluye actividades técnicas, apunta a implementar medidas racionalizadas y calificadas de atención de la salud y promueve y reordena las redes de salud y prácticas sanitarias mediante actividades

Recuadro V.2 (conclusión)

administrativas y gerenciales necesarias para la prestación de asistencia con control social. Los criterios utilizados para definir estos distritos son el territorio tradicional, las relaciones sociales, la distribución demográfica, la lógica operacional, el perfil epidemiológico, la disponibilidad de recursos humanos, la infraestructura regional y el acceso para las derivaciones al Sistema único de salud. Hasta la fecha existen 34 distritos sanitarios especiales indígenas, que abarcan un total de 3.751 aldeas, con postas médicas para cada

aldea. Además, se ha instalado un centro donde se brinda atención primaria y servicios de derivación a la Casa de salud del indígena o hacia el Sistema único de salud.

Conforme al conjunto de normas que se derivan de la política, existen varios programas entre los que se destaca el de formación de recursos humanos para la acción en un contexto intercultural, considerado fundamental para la adecuación de los servicios de salud dirigidos a los pueblos indígenas y

las nuevas realidades técnicas, políticas y organizativas. Su objetivo es capacitar a personas indígenas como agentes de salud y favorecer la apropiación por parte de los pueblos indígenas de los conocimientos y recursos técnicos de la medicina occidental, sumando este conocimiento a su acervo terapéutico u otras prácticas culturales propias, sean tradicionales o no. Este programa utiliza una metodología participativa, favorable a la comunicación intercultural, de manera de potenciar el proceso recíproco de conocimiento.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de Ministerio de Salud, Brasil, "Política nacional de atenção à saúde dos povos indígenas", 2002.

El perfil epidemiológico de los pueblos indígenas guarda relación con la etapa de la transición demográfica en la que se encuentran y que, a diferencia de lo que ocurre con la población no indígena, se caracteriza por estructuras de edades más jóvenes, resultado principalmente de niveles de fecundidad más elevados (CEPAL, 2007a). Asimismo, varios estudios han mostrado que los pueblos indígenas presentan lo que se denomina acumulación epidemiológica, es decir, un perfil de morbimortalidad en el que persisten y se agudizan enfermedades relacionadas con la pobreza y el subdesarrollo, como las enfermedades transmisibles y carenciales (desnutrición, tuberculosis, diarrea, bronconeumonía, entre otras), y a la vez se evidencia un aumento progresivo de enfermedades asociadas a la modernidad, crónicas y degenerativas (como el cáncer, la hipertensión, la diabetes, la depresión, entre otras); a ello se suman problemas relacionados con la urbanización, como la violencia, los homicidios y los accidentes (Rojas y Shuqair, 1998). Si bien estas características son similares a las de otros grupos en desventaja socioeconómica, cabe señalar que la incidencia de algunas enfermedades como la tuberculosis entre los pueblos indígenas es aun mayor y que la estructura de la morbimortalidad también difiere (Oyarce y Pedrero, 2006; Montenegro y Stephens, 2006).

Algunos datos recientes de América Latina confirman una persistente sobremortalidad, principalmente en edades tempranas. Si bien existen importantes diferencias entre países, en América Latina el promedio de mortalidad infantil de los niños indígenas es un 60% mayor que el de los niños no indígenas (48 por 1.000 nacidos vivos en comparación con 30 por 1.000 nacidos vivos, respectivamente) (CEPAL, 2007a). La brecha es aun mayor

respecto de la probabilidad de morir antes de los cinco años de vida, con una sobremortalidad del 70% entre los indígenas. Se trata de muertes por causas que, en gran medida, pueden evitarse, siendo la desnutrición una de las principales. Más aun, los niños y niñas indígenas que logran sobrevivir pasan a formar parte de la población desnutrida en mayor proporción que los no indígenas. Datos provenientes de las encuestas de demografía y salud muestran que en Bolivia, Ecuador, Guatemala y Perú la incidencia de la desnutrición global y crónica en niños indígenas menores de cinco años es algo más del doble que la de no indígenas, variando la desnutrición crónica de un 48% a un 68% entre los primeros y de un 23% a un 37% entre los segundos; si bien estos resultados están asociados a la pobreza y a una mayor presencia indígena en sectores rurales, las inequidades entre ambos grupos se mantienen aun cuando se controlan estos factores (Naciones Unidas, 2005c).

En el caso de las enfermedades infecciosas como la tuberculosis, aun en países de baja incidencia como Chile se observan brechas contundentes. Este es el caso del pueblo aimara que recibe atención del Servicio de salud de Arica y en el que la incidencia de la enfermedad es casi seis veces mayor respecto de la población no indígena (35,1 por 100.000 personas en comparación con 6,3 por 100.000 personas, respectivamente) (Oyarce y Pedrero, 2006). A su vez, a partir de los datos de Brasil en la encuesta, si bien se registra un descenso importante de la incidencia de la tuberculosis entre los pueblos indígenas, de 108,6 por 100.000 habitantes en 2002 a 49,7 por 100.000 en 2005, el promedio nacional se ubica en 24,2 cada 100.000 habitantes en 2003.⁸

⁸ Estos datos corresponden a la tasa de incidencia de tuberculosis con baciloscopia positiva.

A partir de los datos de las encuestas enviadas a los 16 países de la región, se pueden distinguir cuatro grupos de países (véase el cuadro V.3). El primero de ellos está constituido por países que han reconocido explícitamente que los problemas de salud de los pueblos indígenas requieren un enfoque diferente y, en consecuencia, han formulado políticas nacionales específicas para enfrentarlos; un segundo grupo de países se encuentra en proceso de diseño de una política nacional específica; un tercer grupo de países, en los que el enfoque intercultural está incluido explícitamente en la política nacional de salud, y un cuarto grupo de países en los que no existen políticas específicas para pueblos indígenas. Como se observa en el cuadro V.3, en el grupo más numeroso se incluyen los países que ya cuentan con una política nacional de salud para pueblos indígenas.

Varios países reconocen explícitamente que las políticas de salud para pueblos indígenas se inscriben en el marco conceptual de un modelo de salud intercultural. La interculturalidad en materia de salud se entiende, en términos amplios, como un proceso colectivo de negociación y construcción de significados entre actores sociales de culturas distintas en torno a las epistemologías y modelos de realidad, las etapas y ciclos de vida, el proceso salud-enfermedad-sanación, los conceptos de persona, tiempo y espacio, y la búsqueda del bienestar de un pueblo en un territorio socialmente significativo y clínicamente adecuado (Oyarce y Pedrero, 2007). No obstante, hay que considerar que este proceso puede presentar distintos grados de interpretación y desarrollo en cada una de las políticas existentes. Asimismo, dada la heterogeneidad de los pueblos indígenas, estas políticas pueden dar origen a diferentes modelos de salud intercultural.

Cuadro V.3
AMÉRICA LATINA (16 PAÍSES): SITUACIÓN EN MATERIA DE POLÍTICAS DE SALUD
Y PUEBLOS INDÍGENAS

Situación	Países
1. Países que cuentan con una política nacional en materia de políticas de salud para los pueblos indígenas	Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá, Perú y la República Bolivariana de Venezuela
2. Países que están en proceso de diseño de una política nacional sobre la materia	Argentina, Colombia
3. Países en los que no existe una política específica, pero en los que el enfoque intercultural está incluido de manera transversal en la política nacional de salud	Guatemala, Honduras
4. Países en los que no existe una política ni un enfoque específico dirigido a la salud de los pueblos indígenas	El Salvador, Paraguay

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información de los resultados de las encuestas enviadas a los países.

En Bolivia y Ecuador estas políticas se formulan explícitamente en términos interculturales con un marcado componente de medicina tradicional y en la República Bolivariana de Venezuela se hace hincapié en este último elemento (véase el recuadro V.3). En Brasil y Chile las políticas se definen en términos de salud y pueblos indígenas; en el primer caso, el énfasis se pone en la atención y adecuación de los servicios de salud en los espacios territoriales de los pueblos indígenas; en el caso de Chile, la política se orienta más bien al desarrollo de un modelo de salud para pueblos indígenas. En Perú la política se establece para pueblos indígenas (y se focaliza en algunos de ellos, como los amazónicos) e incluye la coordinación y la ejecución con un enfoque intercultural por medio del Centro nacional de salud intercultural. Se observan dos orientaciones en este tema: las de las políticas de transversalización (Chile y la República Bolivariana de Venezuela) y las de las políticas territoriales (Brasil, Costa Rica y Nicaragua).

El desarrollo de estas políticas es un fenómeno reciente, puesto que en la gran mayoría de los casos son posteriores al año 2000. Una evaluación exhaustiva de estas políticas desde la perspectiva de derechos implica examinar la inclusión de un enfoque intercultural, integral y complementario. Este enfoque apunta a construir un nuevo campo de conocimiento en que se respeten y promuevan los distintos significados de los hechos vitales y ciclos de vida de los pueblos indígenas en el marco de sus cosmovisiones particulares, mediante la negociación de significados por medio del diálogo intercultural. Esta perspectiva obliga a la biomedicina a romper con su lógica hegemónica y a abrirse a otros conocimientos en un escenario de reconocimiento cada vez mayor de los derechos culturales indígenas.

Cabe agregar que en la construcción de las políticas nacionales mencionadas en la encuesta, la participación de los pueblos indígenas se ha dado básicamente como instancia consultiva, principalmente en el diseño de las

políticas (10 países), mientras que en la definición de los contenidos (9 países) y en la implementación (7 países) ha sido menor. De acuerdo con la encuesta, se destacan Brasil, Costa Rica, Nicaragua, Perú y la República Bolivariana de Venezuela, puesto que la participación indígena se ha dado en esas tres dimensiones. Desde esta perspectiva, la interculturalidad debe contextualizarse en un marco sociopolítico más amplio en el que se reconozca que la relaciones entre las culturas indígenas y la cultura occidental ha sido de subordinación. Por esa razón todos los actores que participan de los espacios de diálogo, negociación y programación en materia de salud también deberían participar en un proceso de adquisición de destrezas

y competencias para el diálogo intercultural. Parece evidente que un requisito fundamental es la creación de espacios democráticos, para lo que se deben garantizar las dinámicas y procedimientos de participación y toma de decisiones propios de los pueblos indígenas (OPS/CELADE/UFRO, 2007; Pedrero 2007; Castañeda, 2006). En la práctica, solo será posible avanzar en el desarrollo de políticas de salud interculturales e integrales en la medida en que se garanticen los derechos colectivos de los pueblos indígenas, de lo contrario estos modelos pueden convertirse en una herramienta más de dominación por parte de los Estados (Boccaro, 2007).

3. Programas de, para y con pueblos indígenas: ¿población objetivo o sujetos de derechos?

Los programas son la expresión concreta de la política pública. No obstante, la relación entre estos no es lineal ni secuencial en el tiempo; la mayor parte de las veces un problema concreto da origen a un programa específico y, a medida que el tema alcanza resonancia nacional, se institucionaliza a través de la formulación de una política. En el caso de Chile, los programas de salud y pueblos indígenas comienzan a inicios de la década de 1990 en la región de la Araucanía, que ha registrado históricamente los peores indicadores de salud del país. Se trata del territorio histórico reciente (consolidado durante la creación del Estado nación chileno a fines del siglo XIX) del pueblo mapuche, que es el grupo indígena más numeroso y el que tiene una marcada presencia política y social. A partir de esa experiencia territorial, se instaura a mediados de los años noventa un programa especial para pueblos indígenas a nivel nacional que durante el año 2000 se extiende a 22 servicios de salud. Además,

la política de salud y pueblos indígenas se formula en el año 2006 y representa, en cierta manera, la cristalización institucional de las actividades que se venían desarrollando territorialmente en las dos últimas décadas (Pedrero, 2007). La heterogeneidad de las políticas y programas se observa en el recuadro V.3. En el caso de la República Bolivariana de Venezuela, se trata de una política enmarcada en leyes que reconocen, promueven y garantizan los derechos de los pueblos indígenas en materia de salud, que se implementa mediante una serie de programas en todo el país; en el caso de Colombia, pese a existir una legislación importante, no existe una política nacional de salud dirigida a los pueblos indígenas. Sin embargo, la organización del sistema de salud paradójicamente ha permitido el desarrollo de programas diseñados a partir de la territorialidad indígena, con control social por parte de la organización tradicional y sustentados en su propia cosmovisión.

Recuadro V.3

POLÍTICAS PÚBLICAS Y PROGRAMAS DE SALUD INDÍGENA EN LA REPÚBLICA BOLIVARIANA DE VENEZUELA Y COLOMBIA

En la reforma constitucional de 1999 de la República Bolivariana de Venezuela se amplían los derechos de los pueblos indígenas y se formulan leyes en las que se reconoce la medicina indígena, se protegen los recursos medicinales y se alienta la formación de recursos humanos, entre otras medidas. En el año 2004 se crea la Coordinación de salud indígena en

el ámbito del Ministerio del Poder Popular para la Salud, que en 2006 pasa a ser la Dirección de salud indígena, cuya misión es formular y evaluar políticas de salud en el marco de un enfoque intercultural con pueblos y comunidades indígenas, a fin de garantizar el cumplimiento del mandato constitucional y de la ley orgánica de pueblos y comunidades indígenas en

materia de salud. Esta institución está a cargo de una epidemióloga perteneciente al pueblo Wayúu y en ella trabajan alrededor de 600 indígenas profesionales en el área de la salud, facilitadores interculturales hospitalarios, comunitarios, defensores de la salud y agentes de salud comunitaria indígena. La política de salud incluye programas especiales para los 40 pueblos

Recuadro V.3 (conclusión)

indígenas que se distribuyen en todo el territorio nacional, entre ellos la Oficina de salud indígena, los Defensores de la salud indígena, el proyecto Madre, el plan de salud Yanomami, el plan Delta y planes binacionales con Colombia. A su vez, se promueve el enfoque intercultural en el conjunto de servicios y programas del Sistema público nacional de salud. Entre los principales resultados cabe mencionar la consulta directa a los pueblos indígenas, la acreditación de médicos indígenas, la armonización con la medicina formal y la contraloría social. Se destaca que el éxito de esta política se basa en la solidaridad en todas las instancias de gobierno. Un aspecto que cabe resaltar es la inclusión de la identificación étnica en los registros de salud, lo que permitirá realizar el monitoreo y la evaluación de los diferentes programas.

En el caso de Colombia, existe un Sistema general de seguridad social en salud (SGSSS) con afiliación subsidiada,

contributiva o vinculado a las Empresas promotoras de salud (EPS), que administran y contratan a las Instituciones prestadoras de servicios (IPS). Las organizaciones indígenas han logrado, mediante sus mecanismos de exigibilidad —entre ellos, la consulta y concertación para trabajar en territorio indígena—, cambios en la normativa que permitieron a las autoridades tradicionales crear empresas promotoras de salud e instituciones prestadoras de servicios indígenas a las que el Estado entrega recursos. Entre ellas puede mencionarse Dusakawi EPSI, que constituye un caso de aplicación de un modelo de gestión impulsado por el Estado y que se pone al servicio de los intereses y necesidades de los pueblos indígenas, lo que es posible en un contexto de autogobierno y autonomía territorial. Dusakawi EPSI es el resultado de un proceso de consulta amplia y está conformada por la Asociación de cabildos indígenas del César y la Guajira. Se trata

de una herramienta de trabajo para la salud indígena en el norte de Colombia que abarca 12 pueblos indígenas que residen en la Sierra Nevada de Santa Marta. Los principios, valores, conceptos y programas se desarrollan de acuerdo con la cosmovisión de estos pueblos y el principio de interculturalidad y se basan en un “orden ancestral para la vida”, por lo que el territorio y los sitios sagrados son fundamentales para la salud integral y la medicina occidental se considera un complemento. Los programas incluyen el reconocimiento de la medicina tradicional, la educación en materia de salud indígena, la autonomía alimentaria y nutricional, las casas de recuperación de pacientes y familiares que provienen de zonas alejadas, así como la adecuación de la medicina occidental —que se considera un complemento—, los programas específicos (hipertensión arterial, salud oral y tuberculosis) y la vigilancia epidemiológica.

Fuente: Seminario-taller Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, 25 y 26 de junio de 2007.

En 13 de los 14 países encuestados existe una oferta específica de programas de salud para, de y con pueblos indígenas, que pueden agruparse en dos grandes categorías: i) programas especiales, es decir, específicamente diseñados para pueblos indígenas y ii) programas dirigidos a pueblos indígenas, pero insertos en líneas estratégicas o en áreas programáticas habituales de los servicios de salud, como la atención primaria, la salud sexual y reproductiva, las enfermedades infecciosas, la nutrición y el saneamiento básico, entre otras.

a) Programas especiales

En este grupo se pueden distinguir programas generales, es decir, que apuntan a mejorar la salud y calidad de vida de los pueblos indígenas mediante el acceso y adecuación cultural de los servicios, fortalecimiento de medicina tradicional, la formación de recursos humanos y la investigación (aunque este último aspecto es el menos desarrollado). Diez países de la región tienen este tipo de programas (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Nicaragua y la República Bolivariana de Venezuela) (véase el anexo V.4).

Una característica importante de estos programas generales es que, si bien se plantean a nivel nacional, en la práctica la mayoría se focaliza en áreas territoriales específicas, principalmente las áreas rurales o urbanas donde se concentra la población indígena. El único programa de cobertura nacional es el Programa de atención en salud a las etnias y sus objetivos son: coordinar la prestación de servicios de salud, fortalecer los servicios de salud de las comunidades indígenas, formar recursos locales, fomentar un enfoque intercultural de la salud equitativo, oportuno y eficiente y, por último, formar equipos interinstitucionales que definan políticas, promuevan investigaciones y evalúen la calidad de los servicios. Un ejemplo de focalización es el Programa de atención integral de salud indígena de Brasil, que tiene como meta brindar atención integral en todos los programas regulares del Sistema único de salud, en los distritos sanitarios (véase el recuadro V.3). En términos de una mayor focalización, se destacan los programas de desplazados en áreas fronterizas de Colombia y los de inmigrantes indígenas panameños en Costa Rica (véase el anexo V.4).

Un segundo grupo de programas especiales apunta a aspectos específicos del modelo de salud, fundamentalmente al fortalecimiento de la medicina tradicional y a la formación de recursos humanos. En el primer caso, estos programas se orientan al desarrollo de la medicina tradicional y a revertir la histórica subordinación e, inclusive, la persecución de los sanadores tradicionales que, junto con el deterioro de los ecosistemas, se ha traducido en una importante pérdida de estas prácticas. En respuesta a esto, en Bolivia, Costa Rica y Guatemala se han desarrollado programas específicos de reconocimiento, valoración y rescate de las medicinas tradicionales, sobre todo en lo referido a las plantas medicinales y a las parteras tradicionales. En ambas situaciones se trata de reconocer las epistemologías, los conocimientos y prácticas de los pueblos indígenas en materia de salud y, además, incorporarlos en los sistemas de atención oficial de la medicina occidental. En el caso de Guatemala, el Programa nacional de medicina popular y tradicional tiene como objetivo el reconocimiento, valoración y rescate de la medicina popular tradicional y otros modelos alternativos de atención en los niveles político, técnico, normativo y operativo. Entre sus logros se destaca la incorporación de tratamientos de medicina tradicional en los niveles primarios y secundarios de atención. En este sentido, cabe decir que las organizaciones indígenas y el mundo académico han hecho notar que si este ejercicio se realiza sin control social por parte de los pueblos indígenas, puede llevar a la alienación y enajenación de la medicina indígena (Pedrero, 2007; Boccara, 2007).

En forma complementaria se desarrollan programas de formación y capacitación de recursos humanos en materia de salud intercultural o para el trabajo en áreas indígenas, ya sea formando profesionales que respeten las concepciones del proceso salud-enfermedad de los pueblos indígenas (México y Perú) o mediante la formación de personas de las comunidades indígenas en salud occidental, pero manteniendo su acervo cultural (Argentina y Panamá). El fin de esta capacitación es lograr que el equipo de salud tenga una preparación técnica para el manejo de la biomedicina y las medicinas indígenas. Cabe destacar el caso de México donde se cuenta desde el año 2002 con un programa nacional de capacitación en salud intercultural que abarca todos los equipos de salud que trabajan en los programas regulares. Una característica común de los programas de fortalecimiento de las medicinas tradicionales y de formación de recursos humanos es que se focalizan en territorios rurales y de alta concentración de población indígena.

b) Programas regulares

Se trata de programas que se insertan en líneas estratégicas, como la atención primaria y la salud sexual y reproductiva, o que se implementan en líneas programáticas regulares de los sistemas de salud (enfermedades infecciosas, saneamiento básico, alimentación y nutrición).

En Argentina, Costa Rica, Ecuador y la República Bolivariana de Venezuela se han implementado programas de atención primaria orientados a mejorar el acceso respetando las especificidades culturales. En Argentina, el Programa de médicos comunitarios tiene como objetivo formar profesionales en el área de la salud comunitaria e intercultural para mejorar la atención primaria de la salud y fortalecer la gestión nacional y provincial, respetando tradiciones y costumbres. Estos programas se llevan a cabo en territorios indígenas delimitados. En el área de la salud sexual y derechos reproductivos, existen programas en Ecuador y Panamá, donde se han implementado acciones específicas, combinando un enfoque de género e interculturalidad en favor de los derechos de la mujer. En Panamá existen dos programas en esta materia que incluyen metas de reducción de la mortalidad materna y las tasas de aborto, la mortalidad infantil y el embarazo en adolescentes (véase el anexo V.4).

En el ámbito de los programas sanitarios regulares, Panamá es el único país de la región con una oferta específica en el campo de las enfermedades infecciosas, principalmente el VIH/SIDA, la tuberculosis y la malaria. En Brasil y Panamá se llevan a cabo programas específicos de saneamiento ambiental, así como en las áreas de alimentación y nutrición (véase el anexo V.4).⁹

Además de las políticas y programas, cabe señalar que en la mayoría de los países se han puesto en práctica iniciativas con enfoque intercultural en las estrategias de atención primaria de salud (9 países), salud sexual y derechos reproductivos (7 países), así como en los programas de atención materno-infantil (9 países); de salud mental (Brasil y Costa Rica) y de enfermedades infecciosas (VIH/SIDA en Brasil, Ecuador y Panamá; tuberculosis y malaria en Panamá; chagas en Argentina y diarrea en Costa Rica). En Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Ecuador, Honduras, México y Perú se desarrollan actividades de capacitación en el ámbito de los recursos humanos con enfoque intercultural y, con excepción de Perú, en todos ellos además existen actividades que buscan fortalecer y promover las medicinas tradicionales por parte del Estado.

Por último, existen varias experiencias de complementación de medicina indígena y medicina

⁹ En el caso de Brasil, el Programa de Seguridad Alimentaria está a cargo del Ministerio de desarrollo social y lucha contra el hambre y las acciones de vigilancia alimentaria y nutricional se implementan desde el Ministerio de Salud.

occidental en áreas territoriales determinadas, entre las que se pueden citar: el Hospital indígena de Tungurahua, el Hospital andino de Riobamba, el Centro de medicina alternativa Jambihuasi de Cañar y las redes plurales de Loreto, todos ellos en Ecuador. En Chile existen diversas experiencias, entre las más reconocidas se encuentran

el Hospital mapuche de Makewe, el Centro de salud intercultural Boroa-FiluLawen y el Complejo de salud intercultural de Nueva Imperial (todos ellos en la región de la Araucanía). En Bolivia puede mencionarse el Centro de salud de Curva, donde se integra la medicina kallawayaya.

4. Principales logros y dificultades

En cuanto a los logros de los programas (véase el anexo V.4) se destaca la consolidación de modelos de salud diferenciados para pueblos indígenas y la adecuación de la atención de salud en Bolivia, Brasil, Costa Rica, Colombia, Panamá y la República Bolivariana de Venezuela. En los modelos se le otorga especial atención a los avances en el área de formación de recursos humanos, destacándose en Chile, Colombia, México, Panamá y Perú la sensibilización y capacitación de equipos de salud en temas interculturales. Otros aspectos que se consideran importantes son la participación indígena en todo el proceso de diseño, implementación y evaluación de los programas (Argentina, Brasil y Chile).

El mejoramiento de las condiciones objetivas de salud de los pueblos indígenas se destaca como un logro significativo según las respuestas de Argentina, Brasil, Bolivia y Perú, principalmente en el área de la mortalidad infantil, materna y la tuberculosis. Sin embargo, únicamente Brasil ofrece información que permite sustentar estos logros. Entre los años 2000 y 2006 la mortalidad infantil indígena (los datos pertenecen a los distritos sanitarios) descendió de 74,6 por 1.000 nacidos vivos a 38,5 por 1.000 nacidos vivos; la incidencia de la tuberculosis pulmonar descendió de 108,6 por 100.000 habitantes en el año 2002 a 49,7 en el año 2005.

En Argentina, Chile y Colombia se destaca la coordinación entre distintos sectores del Estado como un avance en materia de políticas públicas y programas. Otros aspectos destacables son el reconocimiento por parte del Estado de las especificidades culturales de los pueblos indígenas, la ampliación de la oferta de salud con pertinencia cultural y el desarrollo de estudios particulares, principalmente diagnósticos epidemiológicos (Chile, Colombia y Brasil). Por último,

se considera un avance la complementariedad de los distintos tipos de medicinas con normas de adecuación del parto (Ecuador, Panamá y Perú) y la elaboración de esquemas de incorporación de la partera empírica en el sistema sanitario estatal (Guatemala, Panamá, Perú y la República Bolivariana de Venezuela), así como de plantas medicinales en las estrategias terapéuticas de los programas regulares (Bolivia).

Dada la relevancia de contar con recursos humanos formados para el trabajo en el área de la salud con enfoque intercultural, la inexistencia o limitado avance en este componente del modelo aparece como la principal limitación para el éxito de las políticas y programas. En este sentido, por una parte, se destaca la falta de recursos humanos capacitados y, por otra, la insuficiencia de la capacitación actual.

La información proporcionada por los países respecto del financiamiento de programas específicos para la población indígena es escasa. Solo siete países informaron de esos montos, con datos hasta 2006 (Argentina, Brasil, Chile, Honduras, México, Panamá y Perú). Entre ellos, se destaca Brasil que destina el 1,7% del PIB al gasto en salud y que es el único país que destina a estos programas alrededor de 1% del gasto en salud (173 millones de dólares) y ha duplicado su presupuesto destinado a la población indígena entre 2004 y 2006. Sin embargo, este no es el caso de los demás países en los que se menciona como una limitación importante la falta o insuficiencia de recursos para cubrir todas las iniciativas.

Otro aspecto que es necesario analizar en un plano más conceptual es la necesidad de dar más contenido al aspecto “intercultural”, ya que ello implica ahondar en procesos de construcción colectiva (Argentina y Brasil).

5. Gestión y participación indígena

Como ya se mencionó, la participación constituye un eje central de las reformas sanitarias y además es un derecho fundamental de los pueblos indígenas. Es crucial a la hora de diseñar políticas para que estas sean pertinentes a las condiciones de vida y cosmovisiones de estos pueblos; asimismo, la participación debe asegurarse en todas las etapas de las reformas, inclusive la administración y el uso de los recursos. En efecto, solo mediante la participación y el trabajo conjunto entre planificadores, ejecutores de salud y representantes de los pueblos indígenas podrá asegurarse la relevancia de los problemas, la eficiencia de las medidas para enfrentarlos y la adecuación de los modelos de atención y gestión (tanto en términos epidemiológicos, como de los significados que estos tienen en los distintos contextos).

De acuerdo con las respuestas de los países, en 13 de 15 programas de salud intercultural la instancia del ministerio de salud a cargo de estas actividades se coordina con las organizaciones indígenas; a su vez, en varios de estos programas se destaca que la participación indígena constituye un logro. Cabe mencionar el importante papel que han desempeñado las organizaciones indígenas en el campo de la salud, principalmente las organizaciones de mujeres indígenas, que en sus inicios tuvieron un carácter económico productivo. Apoyadas por organismos no gubernamentales y organismos de cooperación internacional promovieron el enfoque de género como un eje fundamental de su quehacer. Paulatinamente, ampliaron su actividad a otras áreas, sobre todo al área de la salud, haciéndose cada vez más autónomas.

Entre las diversas experiencias de América Latina, puede mencionarse la creación de las “defensorías comunitarias” en el departamento de Cusco, Perú, donde se ha desarrollado un modelo eficaz para enfrentar la violencia intrafamiliar. Las defensoras son mujeres líderes seleccionadas por la comunidad, que se capacitan para atender y apoyar a las víctimas de la violencia. En su labor informan que la denuncia es un derecho, acompañan a las mujeres en los exámenes médicos y a las comisarías, y exigen y vigilan que las autoridades cumplan con sus funciones. Las defensorías comunitarias hacen visible el fenómeno de la violencia familiar en sus comunidades y aportan soluciones concretas para los afectados. En el

proceso, no solo logran empoderar a las mujeres defensoras, sino que también fomentan la responsabilidad compartida de los hombres que también son una parte importante de los equipos de defensores, asumiéndose que la violencia familiar no es un problema exclusivamente de las mujeres, niñas y niños afectados, sino de la comunidad y sociedad en su conjunto. Actualmente, existen 38 defensorías con 380 defensoras, la mayoría en zonas rurales apartadas, que atienden a una población básicamente indígena que habla la lengua quechua y en la que muchas mujeres no hablan español.¹⁰

Al igual que lo observado con respecto a las políticas, en Bolivia, Brasil, Nicaragua y la República Bolivariana de Venezuela, la participación en los programas se realiza a través de organizaciones indígenas y en todas las etapas de estos, incluso en la de administración de los recursos. En otros países, como Chile, si bien existe un grado de participación en el diseño, contenido, administración y evaluación, esta es principalmente individual, no a través de las organizaciones indígenas. En Argentina existe una situación intermedia, con programas que apuntan a la autonomía y la participación, y otros en los que esta última se da solo en las etapas de diseño. Por último, en Honduras, Costa Rica y Perú se da un proceso de generación de condiciones para garantizar la participación.

En términos generales, como ya se mencionó, cabe preguntarse hasta qué punto puede haber un verdadero proceso participativo si no existe una igualdad en la estructura de poder y toma de decisiones en la que los pueblos indígenas han ocupado una posición subordinada con respecto al resto de la sociedad (Valdés, 2007). Se trata de un tema complejo que aún está sujeto a un amplio debate social y respecto del cual es necesario considerar los siguientes aspectos: cómo se define la participación indígena (ya que no todo espacio en que haya indígenas es por definición participativo); cómo se adecuan los mecanismos de participación que propician las instituciones estatales respecto de los mecanismos de participación de los pueblos indígenas, de tal forma que estos respondan a las dinámicas comunitarias y territoriales; cómo y quién debería definir la representación por pueblo indígena y cómo vincular los derechos de participación política y la participación en los programas de salud.

¹⁰ Para mayor detalle véase, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y Fundación W.K. Kellogg, concurso Experiencias en innovación social en América Latina y el Caribe [en línea] <http://www.eclac.cl/dd/innovacionsocial/>.

6. Información en materia de salud: ¿cómo se miden los avances?

Es indudable el importante rol que cumple la información en materia de salud, tanto para establecer los diagnósticos epidemiológicos necesarios en el diseño de una política pública —sobre todo en la definición de los objetivos sanitarios— como para llevar a cabo el seguimiento y la evaluación de las acciones que se realizan. Asimismo, la investigación, en particular la dirigida a analizar la situación de salud de los pueblos indígenas, los condicionantes, los factores de riesgo e inequidades, necesita datos básicos que deben estar desagregados según la identificación étnica. Además, un enfoque de derechos y la implementación de los estándares de derechos de los pueblos indígenas enunciados previamente requieren la producción de información pública, estadísticas y sistemas de indicadores para su monitoreo y evaluación.

Es así como la demanda de información es un tema central y recurrente en ámbitos nacionales, regionales e internacionales por parte de Estados, organizaciones indígenas, sociedad civil y organismos de cooperación, entre otros (CEPAL, 2006a). En América Latina, los sistemas estadísticos nacionales han comenzado a responder a estos requerimientos, sobre todo mediante la identificación étnica en los censos de población, principalmente en la ronda de censos de 2000 (CEPAL, 2006a) y, en menor grado, en las encuestas de hogares; no obstante, en las fuentes de datos que son específicas del sector de la salud, como las estadísticas vitales y los registros hospitalarios, se observa un marcado rezago.

Lo anterior se refleja en la información suministrada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la base de la evaluación del primer decenio internacional de pueblos indígenas. Quince de los 16 países analizados responden que poseen información sobre el perfil demográfico de los pueblos indígenas (basados en los censos), pero solamente siete aseguran disponer de perfiles epidemiológicos. Sin embargo, la elaboración de estos diagnósticos no se realiza de manera sistemática, sino que está condicionada a los datos disponibles y muchas veces se trata de estudios acotados en términos territoriales o que incluyen solo algunos pueblos indígenas.

En cuanto a la identificación étnica en las fuentes de salud, en la región en general se observan avances territoriales y locales. En el caso de Argentina, se dispone de información en algunas provincias para determinadas

zonas sanitarias en las que se considera el porcentaje de población indígena. En Chile hay experiencias locales, sobre todo en la región de la Araucanía, en el Servicio de salud Araucanía Sur y Norte (área de predominio del pueblo mapuche). El Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena (principal hospital de referencia de la región) posee un sistema de información que incluye la pertenencia al pueblo mapuche (autoadscripción y apellidos), tanto en el sistema de base de datos atención cerrada como en el Sistema de agenda médica (sistema de consultas y derivaciones, interconectado a toda la red de hospitales y centros de salud del Servicio de salud Araucanía Sur); además, posee un registro de información de la oficina intercultural Amuldungun (aunque en este caso la identificación se hace a partir de un criterio comunitario que usa el facilitador intercultural).¹¹ Asimismo, en Nicaragua, el sistema de información de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS) y pueblo mayagna se encuentra en proceso de consolidación.

Brasil, la República Bolivariana de Venezuela y, en menor medida, Chile son los países que más han avanzado en la inclusión de la identificación étnica en las fuentes de datos básicos de salud de manera universal.

En el caso de Brasil, en las fuentes de datos —censos, encuestas de hogares y registros (como el del SUS)— en general se utiliza el criterio de raza o color, que incluye la categoría “indígena”. Una importante iniciativa en la región es la de la Fundación nacional de salud (FUNASA), que ha comenzado a implementar desde el año 2000 un Sistema de información de la atención a la salud indígena (SIASI) en los Distritos sanitarios especiales indígenas (DSEI). Este sistema ha sido diseñado con fines epidemiológicos y de prestación de servicios, es decir que permite la vigilancia, la planificación, la evaluación y el control de la salud de la población indígena. Incluye información sobre defunciones, nacimientos, morbilidad, inmunización y producción de servicios. El desarrollo de este sistema está directamente vinculado a la Política nacional de atención de salud de los pueblos indígenas y está prevista su articulación con el Sistema único de salud. Los instrumentos de recolección de datos que alimentan al SIASI son: los catastros de familia, los formularios de consulta, la hoja de vida, el libro de registro de los Agentes indígenas de salud (AIS),

¹¹ El término “amuldungun” en lengua mapuche significa llevar la palabra, orientar, difundir el conocimiento o información.

los informes consolidados mensuales de actividades, los formularios de referencia y contrarreferencia y los registros de vacunación; las fuentes de datos básicos son las aldeas, las Casa de salud indígena (CASAI) y las unidades de salud pública y privada. Si bien el sistema aún está en proceso de implementación y no ha estado exento de algunas dificultades operativas, existe consenso en cuanto a que se trata de un sistema de fácil acceso, integral, con posibilidades de desagregación a nivel local y que está pensado para la producción y análisis de la información a nivel local y con participación comunitaria (de Sousa, Scatena y Ventura Santo, 2007).

La República Bolivariana de Venezuela ha incorporado en el sistema de información de salud del Ministerio del Poder Popular para la Salud una variable de identificación étnica en los instrumentos de recolección de datos para la atención primaria, inmunizaciones, fichas epidemiológicas (para VIH/SIDA y otras enfermedades crónicas como la diabetes y enfermedades renales); asimismo, la identificación aparece en los registros de consultas médicas. Sin embargo, los criterios de esa identificación son diversos: a veces se utiliza el concepto de raza, etnia (34 pueblos indígenas, blancos y mestizos) y pueblos indígenas. En el caso de Chile, en el año 2007 el Ministerio de Salud ha incorporado el dato de pertenencia a un pueblo indígena

en el formulario de egresos hospitalarios, utilizando el mismo criterio que el censo de población y las encuestas de hogares.

La existencia de datos básicos desagregados por etnia o pueblo de pertenencia no necesariamente supone su procesamiento, análisis, utilización y difusión; menos aun el retorno de la información al medio local y comunidades de origen, lo que limita el uso apropiado de la información y el control social de esta. Para la elaboración de programas se suelen utilizar promedios nacionales que esconden la heterogeneidad cultural y territorial; de esta manera, se establecen metas sanitarias que a veces no responden a los perfiles epidemiológicos de los diferentes contextos.

Cabe señalar que no solamente el Estado produce información en materia de salud, sino que las propias organizaciones indígenas también están generando sistemas de información, como la Organización nacional indígena de Colombia, la Confederación de las nacionalidades indígenas de Ecuador y la Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia. En algunos casos, las universidades encabezan algunas experiencias, como la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN) y la Universidad de la Frontera (véase el recuadro V.4).

Recuadro V.4

OBSERVATORIO REGIONAL DE EQUIDAD EN SALUD SEGÚN GÉNERO Y PUEBLO MAPUCHE, REGIÓN DE LA ARAUCANÍA, CHILE

Una iniciativa interesante en términos de recolección de información y desarrollo de indicadores específicos de género y para la población indígena es el Observatorio regional de equidad en salud según género y pueblo mapuche que surge en el marco de la reforma de salud del año 2004-2005 y el plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres 2000-2010 de Chile, como un espacio regional de análisis, reflexión y seguimiento de las inequidades de género que sufren las mujeres en la región de la Araucanía.

El Observatorio, que está conformado por representantes de diversas organizaciones de la sociedad civil regional, mapuche y no mapuche, y por académicos de la Universidad de la Frontera, cuenta con dos equipos de trabajo: un equipo coordinador, a cargo de la comunicación con las diversas organizaciones de la sociedad civil, y

un equipo técnico, que debe coordinar el contacto con los directivos y jefes de servicios, que vincula la sociedad civil con las instituciones públicas, produce datos para establecer metodologías y estrategias acordes con las especificidades socioculturales de la región, y elaborar información y antecedentes que permitan conocer la situación actual de la equidad en materia de salud según el género y el pueblo mapuche.

Los objetivos del Observatorio regional de la Araucanía son: evidenciar las desigualdades e inequidades de género y étnicas en el área de la salud, proporcionar elementos a la sociedad civil para poner en práctica instrumentos de defensa de los intereses de mujeres e indígenas en situaciones de inequidad, legitimar el Observatorio como referente válido en el tema, establecer redes con la Organización Panamericana de la Salud y

el Observatorio nacional y producir nuevos conocimientos regionales con información oficial en los campos de observación establecidos.

Se crearon distintas categorías con indicadores (de impacto o proceso), los valores observados (en algunos casos) y la evaluación y meta en cada uno de ellos.

Los campos de observación son los siguientes:

Violencia: violencia doméstica sexual, psicológica y física; acceso a la atención integral para la violencia doméstica; violencia sexual fuera del hogar; violencia laboral; violencia extrema con resultado de muerte y violencia institucional.

Salud sexual y reproductiva: embarazo y parto; accesibilidad a métodos anticonceptivos; información, atención y educación a adolescentes; participación masculina en la salud sexual y reproductiva; VIH/SIDA; asesoramiento; orientación y

Recuadro V.4 (conclusión)

atención a las mujeres en la etapa del climaterio. Salud mental: consultas por patologías de salud mental; adicciones y discapacidad. Calidad de la atención: atención en instituciones públicas de salud; derechos de usuarios y usuarias de servicios de salud;	participación ciudadana en el área de la salud; salud intercultural (establecimientos que cuentan con facilitadores y facilitadoras interculturales). Medio ambiente: contaminación ambiental por partículas y plaguicidas; salud de las mujeres que realizan trabajo temporario; medicina tradicional mapuche	(registro nacional y regional de hierbas medicinales; superficie de plantaciones de bosque nativo; existencia de programas eficaces para la mejora de los ecosistemas; mejora de las condiciones generales de vida de las personas encargadas de la salud tradicional mapuche en las comunidades), y el contexto legislativo en la materia.
---	---	---

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de información de Observatorio regional de equidad en salud según género y pueblo mapuche [en línea] <http://www.observatoriogenerosalud.cl>.

En la región, para contrarrestar en parte las carencias en materia de información, el Fondo Indígena está desarrollando un Sistema de información de pueblos indígenas (SIPI), y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL y el Fondo Indígena han elaborado el Sistema de indicadores sociodemográficos de poblaciones y pueblos indígenas (SISPP) como uno de los componentes del SIPI, que contiene más de 50 indicadores demográficos y socioeconómicos, entre ellos, la mortalidad infantil y en la niñez (CELADE y Fondo Indígena, 2007). A su vez, la Organización Panamericana de la Salud y el CELADE están llevando a cabo un proyecto para la inclusión de la identificación étnica en las estadísticas vitales y los registros de salud. Hasta el momento se ha trabajado en el área del territorio mapuche de Argentina y Chile, con experiencias en la región de la Araucanía (Chile) y la provincia de Neuquén (Argentina).

La falta de información sobre la situación de salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas sigue siendo uno de los principales obstáculos para definir objetivos sanitarios pertinentes a su realidad, que orienten y permitan la evaluación de las intervenciones tendientes a cerrar las brechas en el cumplimiento de los derechos individuales (aumento de cobertura, calidad de la atención, entre otros) y colectivos (adecuación cultural de los servicios y programas, desarrollo de medicina tradicional, entre otros).

Para el desarrollo de sistemas nacionales de información en función de un concepto de salud integral, se consideran al menos dos grandes líneas de acción complementarias: por una parte, se trata de incluir la identificación étnica en las fuentes de datos convencionales de salud (lo que permitiría la construcción de indicadores comparables entre población indígena y no indígena) y, por otra, el desarrollo de indicadores (cuantitativos y cualitativos) que

respondan a los modelos de salud integral de los pueblos indígenas (en este sentido, podrán considerarse indicadores de medio ambiente, territoriales y de participación política, entre otros).

En el marco del proyecto Enfoque étnico en las fuentes de datos en salud: experiencias en el área del pueblo mapuche de Argentina y Chile. Recomendaciones para su desarrollo futuro en el contexto de las Américas de la Organización Panamericana de la Salud y el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)- División de Población de la CEPAL, se realizó un taller binacional (Argentina y Chile) en esta materia, en el que se consideró la participación indígena como un elemento fundamental; al respecto se formularon las siguientes recomendaciones: i) es necesario que la inclusión de las preguntas y el sistema de registro sean producto de un proceso participativo de todos los actores y que su forma y contenidos se negocien o acuerden en un proceso colectivo, que va desde la definición de la pregunta hasta el análisis y control de la información; ii) la participación debe ser deliberativa, permitir la toma de decisiones y no ser solo un ejercicio consultivo, ya que la participación es lo que permite generar los cambios; iii) se requiere un proceso de debate a nivel territorial, con participación plena de comunidades y técnicos, en un marco de flexibilidad y búsqueda de adaptación local de los instrumentos para la generación y uso de registros estadísticos, con un control social ejercido por los pueblos indígenas; iv) se deben considerar diferentes modalidades de participación según se trate del Estado, las instituciones y las organizaciones mapuches (autoridades tradicionales); v) reiteradamente se señala que deben respetarse los tiempos de los pueblos indígenas, y vi) las instituciones también necesitan diálogos y discusiones a nivel de las instancias directivas, que finalmente lleven a tomar las decisiones y generar los cambios.

C. Consideraciones finales y recomendaciones de política

El gran desafío para las políticas públicas es continuar el avance en el cumplimiento de los estándares de derechos en materia de salud de los pueblos indígenas, lo que supone considerar el concepto integral de salud indígena —que incluye sus derechos territoriales y de integridad cultural— y su plena participación en la definición, gestión y evaluación de las políticas y los programas de salud. Estos elementos deberían constituir la base de los modelos de atención diferenciados de la salud (intercultural, integral, complementarios). Además, es fundamental avanzar en la formación de recursos humanos para lograr un diálogo intercultural en materia de salud, así como en la producción de conocimiento que sustente el desarrollo de estos modelos y permita la definición de objetivos sanitarios, su seguimiento y evaluación. Entre otros, son necesarios sistemas de indicadores apropiados, estudios sobre epidemiología sociocultural, diagnósticos participativos de salud comunitaria, investigaciones locales sobre la salud y la enfermedad y la medicina tradicional, así como una evaluación de su eficacia en cada contexto. También es necesario contar con un financiamiento adecuado y continuo que garantice la autonomía de los pueblos indígenas como sujetos de derechos colectivos.

El fortalecimiento del Estado de derecho está estrechamente vinculado con el goce efectivo de los derechos ciudadanos en sus dimensiones económica, social y cultural. Si bien los derechos de los pueblos indígenas han ganado un estatus jurídico, adolecen de serios vacíos respecto de su contenido, alcance y herramientas de protección. Un ejemplo de esta distancia se observa en la brecha existente entre el reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas y su efectiva implementación, que en el ámbito de la salud se expresa en indicadores de morbilidad más desfavorables respecto del resto de la población, lo que muestra un daño acumulativo y más intenso en la población indígena.

La aplicación del principio de titularidad de los derechos que debe guiar las políticas públicas enfrenta serias dificultades cuando se trata de sociedades étnica y

culturalmente heterogéneas, como las latinoamericanas, con importantes asimetrías en la distribución del poder. Se requieren consensos sociales en torno a los derechos de los pueblos indígenas, así como una institucionalidad que responda a esos consensos de tal forma de garantizar su ejercicio.

La región latinoamericana ha avanzado en el reconocimiento de la existencia de democracias pluriculturales y del aporte de identidad, cosmovisiones, raíces y humanidad de los pueblos indígenas de la región (CEPAL, 2006a). De ello da cuenta la creación de instituciones gubernamentales a cargo de los asuntos indígenas, lo que constituye un logro importante pese a su diversidad respecto del grado de participación política de los pueblos indígenas y de la jerarquía institucional alcanzada. Sin embargo, los pueblos indígenas no cuentan

con el cumplimiento de muchos de los derechos consagrados en las constituciones y legislaciones de sus países. Entre ellos, el derecho a la buena salud, que constituye uno de los factores decisivos para el bienestar de las personas, las familias y las comunidades y, a la vez, un requisito para el desarrollo humano. Por tanto, las políticas de salud para la población indígena deben considerar los instrumentos internacionales y nacionales que conforman el estándar de derechos y debe garantizarse que nadie quede excluido del derecho a acceder a los servicios de salud y que estos proporcionen una atención integral y de calidad para todos.

En ese sentido, cabe resaltar el avance en el reconocimiento paulatino de los derechos en materia de salud de los pueblos indígenas, su incorporación en las legislaciones nacionales de algunos países de la región latinoamericana y su inclusión en políticas y programas de salud en la mayoría de ellos. De esta forma, los principales avances en las políticas y programas de salud de los pueblos indígenas han ocurrido en el plano del mejoramiento del acceso y la adecuación de los servicios a las realidades culturales de los pueblos. Se registran significativos avances en el nivel de servicios, pero no muchos logros con respecto al derecho a la salud de los pueblos indígenas en su concepción integral, que incluye la medicina tradicional y la protección de los ecosistemas que la sustentan. Asimismo, la participación de los pueblos indígenas en los procesos ha sido limitada y permanece como uno de los desafíos centrales para construir una política pública que los considere sujetos de derechos colectivos.

En el plano del mejoramiento de las condiciones objetivas de salud y disminución de las inequidades poco puede deducirse, dado que, por una parte, no existen sistemas de información y diagnóstico que permitan el seguimiento y la evaluación de las acciones y, por otra, la implementación de las políticas de salud para los pueblos indígenas es un fenómeno reciente. La ausencia de información respecto de la magnitud de los recursos destinados a estas políticas y programas también es notable. No existe información actualizada sobre los montos de los recursos destinados específicamente a la población indígena, su grado de continuidad y sus incrementos, ya que no es posible distinguirlos del total de recursos destinados a los programas de salud.

Del examen de las respuestas de los gobiernos a la encuesta de la CEPAL sobre políticas y programas de salud de pueblos indígenas y de los resultados del seminario-taller Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? se derivan algunas recomendaciones.

En cuanto al marco normativo, cabe avanzar en el fortalecimiento de una legislación acorde con los derechos

específicos en materia de salud de los pueblos indígenas, tomando en cuenta los estándares mínimos que pueden sintetizarse en las siguientes dimensiones:

- derecho al acceso y la atención preferencial en materia de salud;
- derecho a una atención a la salud de calidad y sin discriminación;
- derecho al reconocimiento de la salud integral indígena, que incluye el uso y control de la medicina tradicional y de los espacios territoriales de interés vital para la sanación;
- derecho a participar en el diseño, implementación, gestión, administración y evaluación de las políticas y programas de salud.

Para el cumplimiento de ese marco normativo se requiere un cuerpo institucional que se haga cargo de estos temas y que haga visibles y efectivas estas políticas y programas en la materia, de manera de transformarlas en políticas de Estado continuas, que no estén sujetas a los cambios de gobierno.

El cumplimiento del marco de derechos para los pueblos indígenas requiere la existencia de una voluntad política permanente de quienes toman las decisiones, junto con la vigilancia permanente de las organizaciones indígenas para que las normas se apliquen y se reduzcan las brechas de implementación de los derechos.

Un marco de derechos es insuficiente si no se crean los mecanismos de exigibilidad y evaluación del cumplimiento de las políticas públicas y de las normas, de manera de reducir las brechas de implementación en el cumplimiento de los derechos en materia de salud. Se sugiere hacer un uso creativo de los recursos institucionales, como los defensores del pueblo, informes especiales sobre salud indígena, proyectos de ley, rendición de cuentas y presentación de los reclamos al poder ejecutivo, entre otras medidas. Además, es necesario promover la defensa de los derechos indígenas y la judicialización de su incumplimiento, mediante recursos de inconstitucionalidad y la elaboración de informes de instituciones no gubernamentales sobre el cumplimiento de los derechos indígenas en materia de salud (que se presenten ante la Organización Internacional del Trabajo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, entre otras instituciones).

En cuanto a la elaboración de políticas, estas deben considerar como elemento clave el concepto indígena de salud integral, que implica la vinculación con otros aspectos que afectan la vida de las comunidades y pueblos indígenas —como la tierra, el territorio y la cultura—, lo que hace necesario un enfoque intersectorial (medio ambiente, territorio, obras públicas, agua y saneamiento), sobre todo si también se toman en cuenta las causas estructurales de discriminación y pobreza. Por ello, sería conveniente una participación justa y equitativa en la distribución de

los beneficios de la explotación de los recursos naturales en los territorios indígenas, que sirvan para mejorar las condiciones de vida de manera integral.

La territorialidad cobra relevancia como un aspecto central en la salud y la enfermedad y, por tanto, las políticas deberían sustentarse en una base territorial pertinente para los pueblos indígenas. Algunas investigaciones sobre mejores prácticas en materia de salud muestran las ventajas al respecto (O'Neil, Bartlett y Mignone, 2005). Más aun, a partir de este diagnóstico se han conocido experiencias positivas y de buena gobernanza en el área de la salud basadas en procesos culturales y comunitarios propios de los pueblos indígenas y que se desarrollan en sus territorios.

Asimismo, la política pública debe avanzar en la complementariedad en materia de salud y articular la medicina tradicional con los sistemas de salud convencionales. En este sentido, es necesario generar marcos jurídicos apropiados, de tal forma de brindar garantías específicas para las prácticas de los terapeutas tradicionales indígenas, así como de proteger los conocimientos tradicionales y los recursos naturales que hacen viable el desarrollo de la medicina indígena de manera sostenible. A este respecto, OPS/OMS (2003) distingue, además de la armonización jurídica, la armonización conceptual y práctica, lo que supone diseñar y fortalecer modelos de atención intercultural en materia de salud, basados en investigaciones locales sobre prácticas de salud y medicinas indígenas que den cuenta de los recursos terapéuticos propios. Además, se requiere desarrollar líneas de investigación en epidemiología sociocultural y diagnósticos participativos de salud comunitaria (Arriagada, Aranda y Miranda, 2005). Un factor clave en la implementación de estos modelos es la capacitación de recursos humanos, con metodologías que respeten la diversidad cultural y los procesos de aprendizaje de cada pueblo y cultura (como la transmisión oral e intergeneracional).

Evidentemente, estos procesos de diseño y ejecución de políticas y programas en salud de los pueblos indígenas requieren su activa participación, tomando en cuenta sus mecanismos y espacios propios, por medio de sus organizaciones y autoridades, de tal forma de garantizar una verdadera participación en la toma de decisiones sobre los problemas que les afectan. La sostenibilidad a mediano y largo plazo de la política pública debe

garantizarse a partir de las bases jurídicas, la participación y el empoderamiento de las comunidades.

En relación con el financiamiento, es preciso destinar mayores recursos económicos y financieros para avanzar en la puesta en marcha de políticas públicas de salud de los pueblos indígenas, evaluar la magnitud de gasto público en salud y el gasto de salud “de bolsillo”, y establecer mecanismos de rendición de cuentas respecto del uso de los recursos destinados a la población indígena. Son necesarios recursos nuevos y continuos para financiar la expansión del sistema, asegurando, por una parte, que redunden en verdaderas mejoras en los servicios de salud de los pueblos indígenas y, por otra, en la autonomía en el manejo de los mismos.

Con respecto a la información, es importante recordar sus carencias, sobre todo en el ámbito de la salud pública. Es necesario producir información de calidad sobre la cual sustentar las políticas y que permita la puesta en marcha y la evaluación de sus resultados. Asimismo, se deben generar datos básicos para la realización de estudios sobre los determinantes sociales de la situación de salud de los pueblos indígenas y la distribución de los recursos médicos, así como para construir sistemas de información, de monitoreo y evaluación. Esto supone incorporar preguntas de identificación étnica en las fuentes de datos convencionales, como los censos de población y los registros de salud y desarrollar fuentes alternativas que recojan las especificidades y los requerimientos de cada pueblo. También es necesario contar con información sobre el acceso a la oferta de recursos públicos de salud: servicios, medicamentos y acceso a hospitales y otros centros de salud. Todo ello es fundamental para la evaluación de la calidad de los programas y los efectos de políticas y programas en el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

Sin duda, la implementación del estándar mínimo de los derechos colectivos en materia de salud de los pueblos indígenas y, en particular, la reciente aprobación de la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, plantea enormes desafíos para la construcción de políticas públicas, ya que implica para los Estados, una reformulación profunda que va desde los marcos conceptuales hasta la definición de metas e iniciativas en el área de la salud, y para las organizaciones y pueblos indígenas, avanzar efectivamente en el ejercicio y defensa de su derecho a la salud.

D. Agenda internacional. Décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe

La décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, organizada por la CEPAL, que se celebró del 6 al 9 de agosto en Quito (Ecuador), tuvo como principales objetivos examinar la participación política y paridad de género en los procesos de adopción de decisiones a todos los niveles y analizar la contribución de las mujeres a la economía y la protección social, especialmente en relación con el trabajo no remunerado.

La Conferencia es convocada cada tres años por la CEPAL para efectuar un análisis de las políticas públicas desde una perspectiva de género. Asistieron el Presidente de Ecuador, la Presidenta de Chile, la Vicepresidenta de España, la Asesora Superior en Asuntos de Género de las Naciones Unidas, y ministras y responsables de políticas de género de 33 países de América Latina y del Caribe y miembros de la CEPAL.

En 2007 se realizaron tres reuniones preparatorias para esta conferencia (Ciudad de Guatemala, Guatemala, el 16 y 17 de mayo; Saint John's, Antigua y Barbuda, el 22 y 23 de mayo, y Santiago, Chile, el 28 y 29 de mayo) que tuvieron como objetivo principal revisar, analizar y brindar opiniones sobre el documento titulado *El aporte de las mujeres a la igualdad en América Latina y el Caribe*, elaborado por la Unidad Mujer y Desarrollo de la CEPAL para facilitar el diálogo entre los gobiernos y brindar las orientaciones y lineamientos para la formulación de políticas y medidas específicas en cada uno de los países de la región. El proceso preparatorio y la conferencia también acogen actividades paralelas de organizaciones sociales y organizaciones no gubernamentales nacionales y regionales que velan por los intereses de las mujeres de América Latina y el Caribe.

Durante la Conferencia también se realizaron reuniones paralelas a las sesiones oficiales organizadas por diversos organismos del sistema de las Naciones

Unidas y organizaciones no gubernamentales, en las que se examinaron temas como la contribución de la economía del cuidado a la protección social (CEPAL), las políticas de responsabilidad compartida entre trabajo reproductivo y productivo (Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y Banco Mundial), la economía invisible y las desigualdades de género: la importancia de medir y valorar el trabajo no remunerado (Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM) y Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de España), los regímenes jurídicos sobre trabajo doméstico remunerado en el Mercosur (Articulación Feminista Mercosur), las políticas de paridad de género en y para la sociedad de la información (Cátedra Regional UNESCO) y la participación política de las mujeres indígenas y afrodescendientes (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Instituto Internacional de Investigaciones y Capacitación para la Promoción de la Mujer (INSTRAW), Secretaría del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas).

El Consenso de Quito contiene 36 resoluciones. Entre las principales se cuentan las referidas a los temas de paridad, participación y representación política de las mujeres y el aporte de las mujeres a la economía y la protección social por medio del trabajo doméstico no remunerado (véase el recuadro V.5)

Recuadro V.5
DÉCIMA CONFERENCIA REGIONAL SOBRE LA MUJER DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Lugar y fecha: Quito, Ecuador 6 al 9 de agosto de 2007

Participantes: Representantes de 33 gobiernos de los países miembros de la Comisión Económica de América Latina y el Caribe, organizaciones intergubernamentales y organismos del sistema de Naciones Unidas

Organizador: Comisión Económica de América Latina y el Caribe

Actividades preparatorias realizadas en 2007:

- Reunión subregional para Centroamérica y México preparatoria de la décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Ciudad de Guatemala, 16 y 17 de mayo.
- Reunión subregional para el Caribe preparatoria de la décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, St. John's, Antigua y Barbuda, 22 y 23 de mayo.
- Reunión subregional para América del Sur preparatoria de la décima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 28 y 29 de mayo.

Selección de algunos acuerdos del Consenso de Quito:

En relación con la paridad política y la equidad de género:

- Adoptar todas las medidas de acción positiva y todos los mecanismos necesarios, incluidas las reformas legislativas necesarias y las asignaciones presupuestarias, para garantizar la plena participación de las mujeres en cargos públicos y de representación política con el fin de alcanzar la paridad en la institucionalidad estatal (poderes ejecutivo, legislativo, judicial y regímenes especiales y autónomos) y en los ámbitos nacional y local, como objetivo de las democracias latinoamericanas y caribeñas.
- Ampliar y fortalecer la democracia participativa y la inclusión igualitaria, plural y multicultural de las mujeres en la región, garantizando y estimulando

su participación y valorando su función en el ámbito social y económico y en la definición de las políticas públicas y adoptando medidas y estrategias para su inserción en los espacios de decisión, opinión, información y comunicación.

- Promover acciones que permitan compartir entre los países de la región estrategias, metodologías, indicadores, políticas, acuerdos y experiencias que faciliten el avance hacia el logro de la paridad en cargos públicos y de representación política.
- Desarrollar políticas electorales de carácter permanente que conduzcan a los partidos políticos a incorporar las agendas de las mujeres en su diversidad, el enfoque de género en sus contenidos, acciones y estatutos y la participación igualitaria, el empoderamiento y el liderazgo de las mujeres, con el fin de consolidar la paridad de género como política de Estado.
- Propiciar el compromiso de los partidos políticos para implementar acciones positivas y estrategias de comunicación, financiación, capacitación, formación política, control y reformas organizacionales internas, a fin de lograr la inclusión paritaria de las mujeres, tomando en cuenta su diversidad en su interior y en los espacios de toma de decisiones.
- Adoptar medidas legislativas y reformas institucionales para prevenir, sancionar y erradicar el acoso político y administrativo contra las mujeres que acceden a puestos de decisión por vía electoral o por designación, tanto en el nivel nacional como local, así como en los partidos y movimientos políticos. En relación con la contribución de las mujeres a la economía y la protección social, especialmente en relación con el trabajo no remunerado:
- Adoptar medidas en todas las esferas de la vida democrática institucional y, en particular, en los ámbitos económico y social, incluidas medidas

legislativas y reformas institucionales, para garantizar el reconocimiento del trabajo no remunerado y su aporte al bienestar de las familias y al desarrollo económico de los países, y promover su inclusión en las cuentas nacionales.

- Implementar sistemas públicos integrales de seguridad social, con acceso y coberturas universales, articulados a un amplio espectro de políticas públicas y capaces de garantizar el bienestar, la calidad de vida y la ciudadanía plena de las mujeres.
- Formular y aplicar políticas de Estado que favorezcan la responsabilidad compartida equitativamente entre mujeres y hombres en el ámbito familiar, superando los estereotipos de género y reconociendo la importancia del cuidado y del trabajo doméstico para la reproducción económica y el bienestar de la sociedad como una de las formas de superar la división sexual del trabajo.
- Igualar las condiciones y los derechos laborales del trabajo doméstico al de los demás trabajos remunerados, de conformidad con los Convenios de la Organización Internacional del Trabajo ratificados y las normas internacionales en materia de derechos de las mujeres, y erradicar todas las formas de explotación del trabajo doméstico de las niñas y los niños.
- Desarrollar instrumentos de medición periódica del trabajo no remunerado que realizan las mujeres y hombres, especialmente encuestas de uso del tiempo para hacerlo visible y reconocer su valor, incorporar sus resultados al sistema de cuentas nacionales y diseñar políticas económicas y sociales en consecuencia.
- Adoptar las medidas necesarias, especialmente de carácter económico, social y cultural, para que los Estados asuman la reproducción social, el cuidado y el bienestar de la población como objetivo de la economía y responsabilidad pública indelegable.

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

Los países también se comprometieron a adoptar medidas que contribuyan a la eliminación de todas las formas de violencia y sus manifestaciones contra las mujeres, sobre todo el femicidio, a desarrollar programas integrales de educación pública no sexista encaminados a enfrentar estereotipos de género, raciales y otros sesgos culturales contra las mujeres y promover relaciones de apoyo mutuo entre mujeres y hombres, y acordaron hacer esfuerzos encaminados a firmar, ratificar, aplicar y difundir la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y su Protocolo Facultativo.

Por último, los países encomendaron a la Mesa directiva de la Conferencia que dedique una de sus reuniones anuales a evaluar el cumplimiento de las metas señaladas y acordaron dedicar la próxima Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe —prevista para 2010 en Brasil— a realizar una evaluación general de los avances logrados al respecto. Además, solicitaron a la CEPAL que, junto con otras organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, establezca un observatorio de igualdad de género.

Anexo V.1
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES): PAÍSES E INSTITUCIONES QUE RESPONDIERON
 A LA ENCUESTA SOBRE POLÍTICAS Y PROGRAMAS DE SALUD PARA LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

Países	Institución	Cargo	Nombre
Argentina	Instituto nacional de asuntos indígenas (INA), Ministerio de Salud	Responsable técnico del área de salud intercultural	Inés Quilici
		Coordinadora del programa ANAHI, salud para los pueblos indígenas	Gabriela Martínez
Bolivia	Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad	Asesor	Oscar Laguna
Brasil	Fundação Nacional de Saúde (FUNASA)	Asesor del Departamento de salud indígena	Edgard Magalhaes
Chile	Ministerio de Salud	Encargada del programa de salud y pueblos indígenas	Margarita Sáez
Colombia	Ministerio de Protección Social	Coordinadora del grupo equidad y género	Gina Carrioni Denyer
Costa Rica	Ministerio de Salud	Jefe de la unidad de análisis de la situación de la salud	César Gamboa
Ecuador	Dirección nacional de salud de los pueblos indígenas	Director	Juan Naula
El Salvador	Consejo nacional para la cultura y el arte	Director	José Manuel Bonilla Alvarado
Guatemala	Ministerio de Salud	Coordinador del programa de medicina tradicional y alternativa	Mynor López
Honduras	Fiscalía de las etnias	Fiscal especial de las etnias	Jany Del Cid
México	Dirección de programas estratégicos en áreas rurales e indígenas	Subdirector	Luciano Rangel Castillos
Nicaragua	Organización Panamericana de la Salud (OPS)-Asociación de promotores y defensoría de los derechos indígenas de Nicaragua (APRODIN)	Punto focal de pueblos indígenas Punto focal de APRODIN	Marianela Corriols María José Mendoza
Panamá		Director	Ignacio Rodríguez
Paraguay	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social	Experto en salud indígena	Silvio Ortega
Perú	Centro de salud intercultural	Director	Oswaldo Salaverry
Venezuela (Rep. Bol. de)	Coordinación de salud indígena, Ministerio de Salud	Directora	Noly Coromoto

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL sobre políticas y programas de salud para los pueblos indígenas.

Anexo V. 2
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (15 PAÍSES): LEGISLACIÓN DE SALUD PARA
 PUEBLOS INDÍGENAS VIGENTE EN 2006 ^a**

País	Normas	Fecha	Contenido
Argentina	Ley 23.302	1985	Política indigenista y apoyo al Instituto nacional de asuntos indígenas (INAI), encargado de formular planes de salud y de saneamiento ambiental
	Resolución del Instituto nacional de asuntos indígenas (INAI) N° 152/2004 y modificatoria N° 301/2004; 142/2006	2004 2006	Conformación del Consejo de participación indígena
Bolivia	Resolución ministerial 0231	1987	Reglamentación del ejercicio de la práctica de la medicina tradicional boliviana
	Decreto supremo 25.265	1998	Seguro básico de salud
	Decreto supremo 26.330	2001	Seguro básico de salud indígena y originario
	Ley 2.426	2002	Ley de seguro universal maternoinfantil (SUMI)
	Decreto supremo 26.874	2002	Reglamentación del seguro universal maternoinfantil (SUMI). Se establece en el artículo 8 que las prestaciones deben adecuarse a los usos, costumbres, idiomas y lenguas de los pueblos campesinos, indígenas y originarios, respetando la identidad, base cultural y con enfoque de género
	Proyecto de ley Decreto supremo 28.631	2005 2006	Se promueve el desarrollo de una nueva política de salud intercultural Creación del Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad que tiene como meta desarrollar planes de interculturalidad en materia de salud y revalorizar la medicina tradicional
Brasil	Ley 9.836	1999	Creación del subsistema de atención de salud para la población indígena
	Decreto 3.156	1999	Establecimiento de las condiciones para la prestación de asistencia a los pueblos indígenas
	Decreto ministerial N° 852 (FUNASA)	1999	Reglamentación del funcionamiento de los distritos sanitarios especiales indígenas
	Decreto ministerial N° 254 y sus anexos	2002	Política nacional de atención de la salud de los pueblos indígenas
	Decreto ministerial 70/GM	2004	Aprobación de las directrices para la gestión de la salud indígena
	Decreto N° 644 (FUNASA)	2006	Creación del Foro permanente de presidentes en los distritos sanitarios especiales
	Decreto presidencial, Ministerio de Justicia	2006	Creación de la Comisión nacional de política indigenista
Chile	Decreto ley 2.763	2004	Incorporación de la población indígena como grupo prioritario en el plan nacional de salud. Se indica que el Ministerio de Salud debe incorporar un enfoque intercultural en los programas de salud
	Resolución exenta N° 91, Ministerio de Salud	2006	Formulación de la política de salud y pueblos indígenas
	Resolución exenta N° 261	2006	Se señala la necesidad de incorporar la pertinencia cultural, la interculturalidad y la complementariedad en materia de salud
Colombia	Decreto 1.811	1990	Reglamentación parcial de la ley 10 de 1990 en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas
	Decreto 1.416	1990	Se plantearon normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud
	Resolución N° 005.078	1992	Adopción de normas técnico-administrativas en materia de medicinas tradicionales y terapéuticas alternativas y creación del consejo asesor para la conservación y el desarrollo de estas
	Ley 100	1993	Se plantean mecanismos para garantizar el acceso a la cobertura de salud de la población indígena
	Ley 691	2001	Reglamentación de la participación de los grupos étnicos en el sistema general de seguridad social
	Decreto N° 330	2001	Establecimiento de normas para la constitución y funcionamiento de entidades promotoras de salud conformadas por cabildos y autoridades tradicionales indígenas
	Acuerdo 244	2003	Se prioriza a los indígenas como beneficiarios del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud mediante la elaboración de listados censales de las autoridades tradicionales
	Acuerdo 326	2006	Adopción de algunos lineamientos para la organización y el funcionamiento del régimen subsidiado del sistema general de seguridad social en salud de los pueblos indígenas

(Continuación)

País	Normas	Fecha	Contenido
Costa Rica	Proyecto de ley de desarrollo autónomo de los pueblos indígenas	2006	Reconocimiento del uso de la medicina tradicional en forma preventiva y curativa y propuesta de desarrollo de programas específicos de salud para los pueblos indígenas
	Decreto N° 33.121-S	2006	Creación del Consejo nacional de salud de los pueblos indígenas (CONASPI)
Ecuador	Decreto N° 1.642	1999	Creación de la Dirección nacional de salud de los pueblos indígenas como una dependencia del Ministerio de Salud Pública, con autonomía técnica, administrativa y funcional
	Decreto N° 2.717	2005	Desarrollo de modelos interculturales de salud y medicina tradicional en el marco de la política de salud sexual y derechos reproductivos
	Ley orgánica de salud	2006	Reconocimiento de la necesidad de desarrollar las medicinas tradicionales y de adoptar un enfoque intercultural en las políticas de salud
Guatemala	Decreto legislativo 42-2001 (Ley de desarrollo social)	2001	Se garantiza el derecho a un modelo de atención de salud integral, respetando el uso de la medicina tradicional indígena
México	Ley general de salud	(actualizada a junio de 2003)	Establecimiento de la Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural, encargada de atención de la salud indígena
	Ley del seguro social	(actualizada a agosto de 2006)	Se establece que los indígenas tendrán acceso a las prestaciones de solidaridad social, en la forma y términos que se establecen en la ley
Nicaragua	Ley general de salud 423 y decreto reglamentario N° 001-2003	2002-2003	Se establece que las regiones autónomas podrán definir un modelo de atención de salud conforme a sus tradiciones, cultura, usos y costumbres, dentro del marco de las políticas, planes, programas y proyectos del Ministerio de Salud
	Proyecto de ley de medicina tradicional, terapias complementarias y alternativas en Nicaragua	2007	Se propone legalizar la medicina tradicional como respaldo a los líderes naturales, terapeutas o médicos naturistas
	Reglamento de la ley N° 28 Estatuto de autonomía de las regiones de la costa atlántica de Nicaragua	2003	Se articulan las relaciones entre el Ministerio de Salud y los consejos regionales de salud en las regiones autónomas y se establecen las comisiones de salud
Panamá	Resolución ministerial N° 4.376	1999	Creación de la unidad de medicina tradicional del Ministerio de Salud
	Decreto ejecutivo N° 117	2003	Creación de la Comisión nacional de medicina tradicional indígena
Perú	Ley 27.300	2000	Regulación y promoción del aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales
	Decreto supremo 001-2003-SA	2003	Reglamentación de la organización y funciones del Instituto nacional de salud
	Resolución ministerial 771	2004	Establecimiento de las estrategias sanitarias nacionales del Ministerio de Salud, entre ellas la salud de los pueblos indígenas a cargo del Centro nacional de salud intercultural del Instituto nacional de salud
	Ley 28.736	2006	Establecimiento del régimen especial transectorial de protección de los derechos de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana que se encuentren en situación de aislamiento o en situación de contacto inicial
Venezuela (Rep. Bol. de)	Ley 37.600, Ley orgánica del sistema de seguridad social	2002	Se establece que el sistema de seguridad social otorgue protección especial a los indígenas, entre otros grupos de personas que lo ameriten
	Ley orgánica de pueblos y comunidades indígenas	2005	Incorporación de la medicina tradicional y las prácticas terapéuticas de los pueblos y comunidades indígenas a los servicios del sistema nacional de salud, así como la capacitación del personal a cargo de la atención en salud de los pueblos y comunidades indígenas
	Proyecto de ley orgánica de salud y sistema público nacional de salud	2007	Creación del Consejo asesor del sistema público nacional de salud con representación de las comunidades indígenas, se reconoce el derecho al uso y práctica de la medicina tradicional, elaboración de políticas y programas de salud con pertinencia cultural y lingüística

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL; Banco Interamericano de Desarrollo (BID), "Banco de datos de legislación indígena" [base de datos en línea] 2006 http://www.iadb.org/sds/ind/site_3152_s.htm; Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Iniciativa de Salud para los Pueblos Indígenas de las Américas (SAPIA)".

^a El Salvador, Honduras y Paraguay no hacen mención a la existencia de una legislación específica en salud y pueblos indígenas. Tampoco hay referencias en la base de datos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), por lo que se infiere que no existiría legislación al respecto.

Anexo V.3
**AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (16 PAÍSES): PRINCIPALES INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES
 A CARGO DE LA SALUD INDÍGENA**

País	Instituciones	Año de creación	Rango institucional	Dependencia jerárquica	Entidades gubernamentales responsables de la salud indígena
Argentina	Instituto nacional de asuntos indígenas (INAI)	1985	Administración descentralizada	Secretaría de políticas sociales y desarrollo humano, Ministerio de Desarrollo Social	Programa ANAHI, Ministerio de Salud
Bolivia ^a					Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, Ministerio de Salud
Brasil	Fundación nacional del indio (FUNAI)	1967	Fundación pública	Ministerio de Justicia	Departamento de salud indígena, Fundación nacional de salud (FUNASA), Ministerio de Salud
Chile	Corporación nacional de desarrollo indígena (CONADI)	1993	Organismo público	Ministerio de Planificación y Cooperación	Unidad de salud de los pueblos indígenas, Ministerio de Salud
Colombia	Subdirección de asuntos indígenas, Dirección de etnias	2005	Subdirección nacional	Viceministerio del Interior, Ministerio del Interior y de Justicia	Grupo equidad y género, Ministerio de la Protección Social
Costa Rica	Comisión nacional de asuntos indígenas (CONAI)	1973	Institución pública de servicio	Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica	Caja costarricense de seguro social, Ministerio de Salud
Ecuador	Consejo de desarrollo de las nacionalidades y pueblos del Ecuador (CODENPE)	1998	Consejo Nacional cuyo secretario ejecutivo tiene rango de ministro	Adscrita a la Presidencia de la República	Dirección nacional de salud de los pueblos indígenas, Ministerio de Salud Pública
El Salvador	Unidad de asuntos indígenas de la Dirección nacional de espacios de desarrollo cultural	1995	Dirección nacional	Consejo nacional para la cultura y el arte, Ministerio de Educación	No existen estas entidades
Guatemala	Fondo de desarrollo indígena guatemalteco (FODIGUA)	1994	Entidad pública bipartita	Presidencia de la República	Programa nacional de medicina popular tradicional y alternativa, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Honduras	Fiscalía especial de las etnias y el patrimonio cultural	1994	Fiscalía especial	Dirección general de fiscalías, Ministerio Público	Programa de atención a las etnias, Secretaría de salud, Ministerio de Salud
México ^b	Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas (CDI)	2003	Organismo público	Presidencia de la República	Dirección de medicina tradicional y desarrollo intercultural, Secretaría de salud
Nicaragua ^c	Consejo de desarrollo de la costa del Caribe	2007			Comisiones de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y la Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS), Consejos regionales autónomos de las RAAN y RAAS
Panamá	Dirección nacional de la política indigenista	1954		Dependencia del Ministerio de Gobierno y Justicia	Secretaría técnica de medicina tradicional de los pueblos indígenas y Direcciones de salud de las comarcas indígenas, Ministerio de Salud
Paraguay ^d	Instituto paraguayo del indígena (INDI)	1981	Instituto Nacional	Presidencia de la República	No existen estas entidades
Perú ^e	Instituto nacional de desarrollo de pueblos andinos, amazónicos y afroperuano	2005	Organismo público cuyo presidente ejecutivo tiene rango de ministro	Adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros	Centro de salud intercultural (CENSI), Instituto nacional de salud, Ministerio de Salud
Venezuela (Rep. Bol. de)	Ministerio de Asuntos Indígenas	2007	Ministerio	Presidencia de la República	Dirección de salud indígena, Ministerio de Salud

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL.

^a En enero de 2006 se eliminó el Ministerio de Asuntos Campesinos, Pueblos Indígenas y Originarios (MACPIO).

^b La Comisión nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas reemplaza al Instituto nacional indigenista de México creado en 1950.

^c El Consejo de desarrollo de la costa del Caribe reemplazó a la Secretaría técnica de la Presidencia para asuntos indígenas creada en 1991.

^d El Instituto paraguayo del indígena reemplaza al Instituto nacional del indígena creado en 1975.

^e El Instituto nacional de desarrollo de pueblos andinos, amazónicos y afroperuano reemplaza a la Comisión nacional de desarrollo de los pueblos andinos, amazónicos y afroperuano creada en 2001.

Anexo V.4
AMÉRICA LATINA (14 PAÍSES): PROGRAMAS DE SALUD Y PUEBLOS INDÍGENAS

Tipo de programa	Objetivos	Cobertura	Población objetivo	Institución coordinadora	Logros	Aspectos que requieren revisión	Países
1. Especiales							
1.1. Generales							
Salud para pueblos indígenas (1999)	Mejorar la salud y la calidad de vida. Promover el desarrollo integral. Respetar y valorar las particularidades culturales	Focalizada: rural	Comunidades de pueblos indígenas	Ministerio de Salud	Articulación interinstitucional	Presupuesto nacional	Argentina
Salud intercultural (2005)	Atención en materia de salud con gestión participativa, empoderamiento y liderazgo	Focalizada: rural y por zonas (andina, valle y oriente)	Población indígena de 5 a 45 años	Ministerio de Salud, organizaciones indígenas, organizaciones no gubernamentales, y organismos internacionales	Participación de las organizaciones indígenas y afrobolivianas	Implementación de una verdadera interculturalidad en los centros de salud	Bolivia
Adecuación de los servicios de salud (2005)		Focalizada: por zonas (andina y valle)	Población indígena				Bolivia
Atención de la salud para pueblos indígenas (1999)	Atención integral de la salud para pueblos indígenas	Focalizada: 34 Distritos sanitarios especiales indígenas (DSEI), rural y urbana	Comunidades indígenas	Ministerio de Salud y otras entidades gubernamentales	Construcción de indicadores y visibilidad de la salud en tierras indígenas. Profesionalización de los servicios. Articulación y adopción de estrategias en el sistema único de salud. Aumento de inversión	Política de recursos humanos y profesionalización de los agentes indígenas. Atención de indígenas fuera de territorios y en áreas urbanas. Regionalización y mayor autonomía de los distritos de salud indígena. Diálogo intersectorial	Brasil
Sistema único de salud: componente de salud indígena (2000)	Fortalecer el modelo de atención; gestión, financiamiento, organización e iniciativas comunitarias con medicina tradicional	Focalizada: 34 Distritos sanitarios especiales indígenas (DSEI), rural y urbana	Población indígena	Ministerio de Salud		Presupuesto nacional, fondo internacional	Brasil
Salud y pueblos indígenas (1996)	Mejorar la salud y el medio ambiente. Satisfacer las necesidades de manera integral. Considerar las características socioculturales con participación de los pueblos indígenas	Focalizada: 22 servicios de salud	Pueblos: aimara, atacameño, colla, diaguita, rapa nui, mapuche, yánama, kawésqar	Ministerio de Salud	Aumento de cobertura. Mejoramiento del acceso geográfico y cultural (normas técnicas y procedimientos). Mejoramiento de la calidad de atención y de la capacidad resolutiva. Sensibilización y capacitación de equipos de salud. Coordinación entre servicios y organizaciones indígenas. Estudios epidemiológicos. Facilitadores interculturales	Baja participación de las comunidades. Falta de capacitación y de recursos humanos. Sobrecarga laboral de equipos locales. Dificultad para lograr el consenso en torno a la salud intercultural. Insuficiente difusión de las medidas. El programa no ha logrado una aplicación transversal en el sistema de salud	Chile

(Continuación)

Tipo de programa	Objetivos	Cobertura	Población objetivo	Institución coordinadora	Logros	Aspectos que requieren revisión	Financiamiento	Países
Componente de salud intercultural (programa Orígenes) (2001)	Mejorar la salud de la población indígena. Eliminar barreras culturales. Ampliar el acceso físico a los servicios	Focalizada: 44 comunas rurales	Pueblos aimara, atacameño, mapuche	Ministerio de Planificación y Cooperación (MIDEPLAN), Corporación nacional de desarrollo indígena (CONADI) y otros ministerios (salud, educación y agricultura)	Capacitación a equipos de salud reconocida en la carrera funcionaria. Coordinación con municipios. Proyectos de adecuación cultural en materia de servicios de salud. Valoración, recuperación y fortalecimiento de la medicina indígena	Complejidad administrativa de los servicios de salud. Puesta en marcha y evaluación de las experiencias piloto: complementación de la medicina indígena y la oficial	Fondo internacional (Banco Interamericano de Desarrollo)	Chile
Adecuación del Plan obligatorio de salud (POS) para los pueblos indígenas (2007)	Elaborar modelos de salud integrales e interculturales	Focalizada: zonas de Cauca y Sierra Nevada de Santa Marta	Pueblos nasa, guambiano yanacoma, arhuaco, kogui, wiwa	Ministerio de Salud, organización indígena y organismos internacionales	Proceso de sensibilización a nivel nacional. Mesas departamentales de concertación entre pueblos indígenas y autoridades de la salud	Falta de recursos específicos y de personal capacitado. Reactivar promotores de salud indígenas y vincularlos al sistema. Elaborar instrumentos de seguimiento y evaluación	Presupuesto nacional	Colombia
Plan de atención básica (PAB) (2004)	Concertar y adecuar las medidas de salud pública colectiva en aspectos de medicina tradicional	Focalizada: municipios y departamentos	Pueblos de los resguardos indígenas	Ministerio de la Protección Social y otros organismos gubernamentales			Presupuesto nacional	Colombia
Atención integral de la salud para la población indígena (2002)	Atención integral en materia de salud con una accesibilidad al menos igual a la del resto de la población	Focalizada: Cantón Coto Brus	Población indígena	Ministerio de Salud, otras entidades gubernamentales y organizaciones indígenas	Mejora de las condiciones socio-sanitarias y de morbilidad. Disminución de las hospitalizaciones y urgencias. Efecto financiero positivo	Adaptación cultural de los servicios de salud	Presupuesto nacional	Costa Rica
Atención integral de la salud para los indígenas migrantes (2002)	Brindar servicios de prevención y atención en forma integral, oportuna y con calidad en las áreas de enfermedades infectocontagiosas, maternoinfantil, adulto mayor, vivienda, agua potable y nutrición	Focalizada: Cantón Coto Brus	Población indígena migrante	Ministerio de Salud, otras entidades gubernamentales y organizaciones indígenas			Presupuesto nacional	Costa Rica
Salud intercultural (1999)	Desarrollo de modelos interculturales de salud. Fortalecimiento de sistemas tradicionales. Fortalecimiento organizacional y de los recursos humanos			Ministerio de Salud Pública			Presupuesto nacional	Ecuador

(Continuación)

Tipo de programa	Objetivos	Cobertura	Población objetivo	Institución coordinadora	Logros	Aspectos que requieren revisión	Financiamiento	Países
Programa de atención a las etnias (1996)	Coordinar la atención de la salud con instituciones y organizaciones étnicas. Fortalecer los servicios de salud comunitarios. Formar recursos locales con pertinencia cultural y equipos interinstitucionales: definir políticas, investigaciones y evaluación. Fomentar el enfoque intercultural equitativo, oportuno y eficiente	Nacional	Todos los pueblos indígenas y negros del país (9)	Ministerio de Salud, organizaciones indígenas y gubernamentales	Formación de recursos humanos con enfoque intercultural en todos los programas de salud. Utilización de metodologías integradas y consensuadas con los pueblos indígenas	Escasez de recursos técnicos y financieros. Recursos humanos poco capacitados	Presupuesto nacional y fondo internacional	Honduras
Modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS) (2006)	Fomentar el desarrollo del modelo de atención para las regiones autónomas de la costa caribe de Nicaragua	Focalizada: Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS)	620.000 personas indígenas y de comunidades étnicas	Ministerio de Salud y otras entidades gubernamentales: consejo y gobierno regional de la Región Autónoma del Atlántico Norte (RAAN) y Región Autónoma del Atlántico Sur (RAAS)	Integración a la atención de la salud de la población de las regiones autónomas. Participación social en la gestión del modelo, en particular de los pueblos indígenas. Revitalización cultural. Reciprocidad y solidaridad social. Equidad en la atención	Financiamiento insuficiente. Adecuación cultural de programas y normas en proceso. Descentralización en proceso. Avances del modelo no extensivos a las regiones del Pacífico, centro y norte	Presupuesto nacional	Nicaragua
Oficina de salud indígena "Una visión intercultural" (2005)	Atender al paciente indígena con calidad y eficiencia fomentando la comunicación intercultural	Focalizada: ocho estados, zonas rural y urbana	Cuarenta pueblos indígenas	Ministerio de Salud, otros organismos gubernamentales, organización indígena y organismos internacionales	Implementación de siete oficinas en los hospitales de los estados de Bolívar, Delta Amarauro, Distrito Capital y Zulia	Extensión de las oficinas de salud indígena a los establecimientos de estados con mayor derivación de pacientes indígenas	Presupuesto nacional	Venezuela (Rep. Bol. de)
Defensores de la salud indígena (2006)	Mejorar la comunicación entre el equipo de salud y los usuarios del hospital, centro de atención primaria y comunidades	Focalizada: ocho estados, zonas rural y urbana	Cuarenta pueblos indígenas	Ministerio de Salud, otras entidades gubernamentales, organizaciones indígenas	Formación de 427 defensores de salud indígena en ocho estados con población indígena	Incorporar, capacitar y formar agentes comunitarios de salud indígena	Presupuesto nacional	Venezuela (Rep. Bol. de)

(Continuación)

Tipo de programa	Objetivos	Cobertura	Población objetivo	Institución coordinadora	Logros	Aspectos que requieren revisión	Financiamiento	Países
Plan Delta (2007)	Atender y hospedar al paciente warao y sus familiares. Atención nutricional y alimentaria. Fortalecer la medicina tradicional warao. Brindar atención de la salud integral y formar agentes de salud integral comunitarios. Recuperación y adecuación intercultural de establecimientos de salud	Focalizada: estado Delta Amacur, zonas rural y urbana	Pueblo warao	Ministerio de Salud y otros ministerios				Venezuela (Rep. Bol. de)
1.2. Específicos								
1.2.1. Medicina tradicional								
Laboratorios artesanales (2005)	Transformar las plantas medicinales en formas farmacéuticas	Focalizada: zona rural	Población de 20 a 50 años de pueblos indígenas.	Ministerio de Salud, organizaciones indígenas, organismos internacionales	Capacitación para convertir plantas medicinales en formas farmacéuticas. Preparación de guías, cartillas y material escrito. Participación de las organizaciones indígenas y afrobolivianas	Falta de reglamentación adecuada para el registro de los productos farmacéuticos. Fuentes de financiamiento, organizaciones no gubernamentales	Presupuesto nacional, fondo internacional y organizaciones no gubernamentales	Bolivia
Parteras tradicionales (2000)								
Medicina tradicional, popular y alternativa (2003).	Reconocer, valorar y rescatar la medicina popular tradicional y otros modelos alternativos de atención en los niveles político, técnico, normativo y operativo	Focalizada: Totonicapán, Quetzaltenango Huehuetenango Chimaltenango Quiché y Sololá	Mujeres en edad fértil y terapeutas tradicionales	Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, otras entidades gubernamentales, organizaciones indígenas, organizaciones no gubernamentales	Guías de medicina tradicional y normas vademécum de plantas medicinales. Fortalecimiento y rescate de las prácticas de los terapeutas tradicionales	Falta de financiamiento. Escasos recursos humanos. Falta de voluntad política para la implementación del programa. Estancamiento del programa	Sin financiamiento	Guatemala
Proyecto Madre (2006)	Disminuir la mortalidad infantil en poblaciones indígenas	Focalizada: ocho estados con población indígena rural y urbano	Cuarenta pueblos indígenas	Ministerio de Salud, otras entidades gubernamentales y organizaciones indígenas	Participación en el programa de comadronas, parteras y médicos tradicionales de las comunidades indígenas	Es necesario generar respuestas oportunas del servicio de salud a las demandas de la población indígena, así como integrar a los pueblos indígenas, evaluar, monitorear, controlar y determinar el efecto del programa		Venezuela (Rep. Bol. de)
1.2.2. Recursos humanos interculturales	Capacitación en salud intercultural (sin información)	Bolivia

(Continuación)

Tipo de programa	Objetivos	Cobertura	Población objetivo	Institución coordinadora	Logros	Aspectos que requieren revisión	Financiamiento	Países
Capacitación del personal de salud que atiende población indígena (2002)	Formar recursos humanos respetuosos de las diferentes concepciones del proceso salud-enfermedad	Focalizada: rural con elevada concentración de población indígena	Niños y mujeres embarazadas o en período de lactancia	Secretaría de Salud	Incorporación en los programas regulares de capacitación del personal de salud	Formación de instructores en salud intercultural para los niveles operativos	Presupuesto nacional	México
Fortalecimiento de las capacidades de las comunidades y de sus instituciones para el cuidado de la salud (2004)	Mejorar el desarrollo de la niñez, adolescencia y juventud en áreas indígenas	Focalizada: territorios de los siete pueblos indígenas	Pueblos indígenas	Ministerio de Salud		Mayor promoción del uso de preservativos y métodos de control de la natalidad	Presupuesto nacional	Panamá
Capacitación sobre interculturalidad dirigida a los equipos itinerantes (2006).	Incorporar la interculturalidad en la prestación de servicios de salud de la población actualmente atendida por equipos itinerantes	Focalizada: comunidades indígenas en aislamiento geográfico o con alta dispersión	Pueblos indígenas amazónicos y andinos	Ministerio de Salud	Capacitación de la totalidad de los equipos itinerantes en atención de la salud	Insuficiente financiamiento y escasez de recursos humanos para la capacitación	Presupuesto nacional	Perú
2. Regulares								
2.1. Atención primaria de salud								
Médicos comunitarios (2005)	Formar profesionales en materia de salud comunitaria e intercultural para mejorar la atención primaria de la salud. Fortalecer la gestión nacional y provincial, respetando tradiciones y costumbres	Focalizada: comunidades indígenas rurales y urbanas	Comunidades y pueblos indígenas	Ministerio de Salud	Elaboración y puesta en práctica de un plan de acción: diagnóstico, asistencia, intervención, local, participativa e intersectorial		Presupuesto nacional	Argentina
Atención primaria de la salud por parte del personal indígena (2000)	Capacitar a personas indígenas para dar atención a sus pueblos	Focalizada: territorios indígenas	Pueblos en territorios indígenas	Otras entidades de gubernamentales				Costa Rica
Atención primaria de salud en Amazonas (2000)	Conformar brigadas interculturales de atención integrada con programas y redes de unidades móviles	Focalizada: Amazonas	Pueblos amazónicos					Ecuador
Plan de salud yanomami (sin información)	Aumentar la cobertura de la atención primaria de la salud con pertinencia cultural y lingüística, participación de personal indígena y aplicación de estrategias adaptadas a las condiciones geográficas de la zona	Focalizada: municipios de Alto Orinoco y Río Negro del estado de Amazonas (rural)	Pueblos yanomami, yekuanas y arahuacos (alrededor de 21.000 indígenas)		Formación de agentes de salud con metodología basada en las demandas y prioridades. Formación bilingüe. Intercambio de conocimientos y prácticas de curación occidentales y tradicionales	Inexistencia de mecanismos que posibiliten la participación protagónica de los pueblos indígenas en el diseño, seguimiento y control de las políticas públicas en material de salud (principalmente en Alto Orinoco)		Venezuela (Rep. Bol. de)

(Continuación)

Tipo de programa	Objetivos	Cobertura	Población objetivo	Institución coordinadora	Logros	Aspectos que requieren revisión	Financiamiento	Países
2.2. Salud sexual y derechos reproductivos	Inclusión de la interculturalidad en el plan nacional de salud sexual y derechos reproductivos del sistema nacional de salud							Ecuador
	Desarrollar servicios obstétricos de emergencia y reducir la mortalidad materna	Focalizada: territorios de los siete pueblos indígenas	Mujeres de los pueblos indígenas	Ministerio de Salud, regional, provincial y comarcal	Consolidación del programa de partera empírica para la atención del embarazo y el parto en comunidades indígenas		Presupuesto nacional y fondo internacional	Panamá
	Reducir la tasa de aborto, mortalidad infantil y embarazo en adolescentes mediante el uso de métodos reproductiva con enfoque de género e interculturalidad (2004)	Nacional y focalizada en territorios indígenas	Toda la población indígena y no indígena (énfasis en jóvenes y adolescentes)	Ministerio de Salud, regional, provincial y comarcal		Mayor promoción del uso de preservativos y métodos de control de la natalidad	Presupuesto nacional	Panamá
3. Particulares, según áreas programáticas regulares								
3.1. Enfermedades infecciosas	Detener el avance del VIH/SIDA	Nacional y focalizada en territorios indígenas	Énfasis en territorios indígenas y personas que viven con el virus del VIH/SIDA	Ministerio de Salud, regional, provincial y comarcal		Mayor concientización en el uso de preservativos en áreas indígenas	Presupuesto nacional	Panamá
	Detectar brotes de tuberculosis y malaria para su erradicación (tratamiento y curación)	Nacional y focalizada en territorios indígenas	General	Ministerio de Salud, regional, provincial y comarcal	Las regiones indígenas registran pocos casos de tuberculosis y malaria		Presupuesto nacional	Panamá
3.2. Saneamiento básico	Mejorar la calidad de atención	Focalizada: rural y periurbana	Pueblos diáspora, wichi, plágia	Ministerio de Salud, Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social, Organizaciones indígenas y gubernamentales	Participación de las comunidades en la formulación y gestión de las políticas y programas de salud. Mejora de la atención y dignificación de las condiciones de trabajo	Crear conciencia de la responsabilidad del sistema de salud y de las comunidades en el mantenimiento de la infraestructura		Argentina
	Construir sistemas de abastecimiento de agua y sanitarios y controlar su calidad; reconstruir postas de salud y centros de salud indígena	Nacional	General	Ministerio de Salud			Presupuesto nacional	Brasil

(Conclusión)

Tipo de programa	Objetivos	Cobertura	Población objetivo	Institución coordinadora	Logros	Aspectos que requieren revisión	Financiamiento	Países
Agua segura y saneamiento básico en áreas rurales e indígenas (2004)	Proveer de agua potable a los habitantes de territorios indígenas	Nacional y focalizada: territorios indígenas	General y comunidades rurales e indígenas	Ministerio de Salud, regional, provincial y comarcal		Los territorios indígenas cuentan con recursos hídricos; no obstante, pocas comunidades cuentan con agua potable	Presupuesto nacional	Panamá
3.3 Alimentación y nutrición	Reducir la desnutrición crónica en las comunidades rurales e indígenas	Nacional y focalizada: territorios indígenas	Comunidades rurales e indígenas	Ministerio de Salud, regional, provincial y comarcal y organizaciones no gubernamentales	Disminución del nivel de incidencia de la desnutrición		Presupuesto nacional	Panamá

Fuente: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), sobre la base de las respuestas de los países a la encuesta de la CEPAL.