

SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS



EVALUACIÓN DE LOS LOGROS EN SALUD EN EL MARCO DEL DECENIO INTERNACIONAL
DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DEL MUNDO

Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas
Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

Dr. José Luis Di Fabio, OPS/OMS
Gerente del Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud

Dra. Rocío Rojas Almeida, OPS/OMS
Asesora Regional en Salud de los Pueblos Indígenas

Agradecemos el apoyo financiero del Área de Desarrollo Sostenible
y Salud Ambiental de la OPS para la impresión de este documento.

Edición del texto:

María Esther Alva, OPS - WDC
Martha Fuertes, OPS - Ecuador
Blanca Molina, OPS - WDC
Dra. Rocío Rojas, OPS/OMS
Geovanna Villacís, OPS - Ecuador

Diseño Gráfico:

Daniela Rodríguez Aranea

Diseño de Portada y Contraportada:

Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

Propuesta Gráfica:

Andrea Celi, Lápiz y Papel

Impresión:

Nuevo Arte

Edición 2008



© Organización Panamericana de la Salud, 2006

Este documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y todos los derechos son reservados por la Organización. Este documento puede, sin embargo, ser libremente revisado, resumido, reproducido y traducido, en todo o en parte, siempre que el crédito total se le de a la fuente y que el texto no se use para propósitos comerciales.

Contenidos

| | |
|---|----------|
| <i>Presentación</i> | 5 |
| Introducción | 7 |
| Análisis general de los resultados de la evaluación | 8 |
| Resultados de la evaluación por países | |
| 1. Argentina | 17 |
| 2. Belice | 27 |
| 3. Bolivia | 41 |
| 4. Brasil | 55 |
| 5. Canadá | 81 |
| 6. Chile | 103 |
| 7. Colombia | 117 |
| 8. Costa Rica | 133 |
| 9. Dominica | 149 |
| 10. Ecuador | 159 |
| 11. El Salvador | 167 |
| 12. Guatemala | 177 |
| 13. Honduras | 191 |
| 14. México | 203 |
| 15. Nicaragua | 215 |
| 16. Panamá | 235 |
| 17. Paraguay | 247 |
| 18. Suriname | 263 |
| 19. Venezuela | 279 |
| Anexos | |
| 1. Población y pueblos indígenas de las Américas | 298 |
| 2. Resoluciones CD37.R5, CD40.R6 y CD47.R18 de la OPS | 299 |
| 3. Instrumento de evaluación | 302 |
| 4. Reunión Regional de Evaluación Relatoría | 314 |
| 5. Declaración de Managua emitida por los líderes indígenas participantes en la Reunión | 324 |
| 6. Lista de participantes | 326 |

Presentación

La diversidad cultural de las Américas está determinada, en gran parte, por las 45 a 50 millones de personas indígenas pertenecientes a más de 600 pueblos diferentes y presentes en 24 países, por esta razón, los análisis de las condiciones de vida y salud deben incluir la consideración del carácter multicultural de la Región y la potencialidad que los pueblos indígenas muestran en su organización social, sus propuestas políticas y la riqueza de su sabiduría ancestral (Anexo 1).

Desafortunadamente, aunque la reducción de la carga general de morbilidad y muerte es evidente en el Continente, los indicadores de salud entre los pueblos indígenas, muestran aún condiciones que deben ser atendidas urgentemente.

El analfabetismo, el desempleo, la falta de tierra y territorio, las altas tasas de morbilidad y mortalidad por causas evitables y las limitaciones en el acceso y utilización de servicios básicos de salud, educación, vivienda y otros, son problemas que afectan todavía a la mayoría de las comunidades indígenas e influyen en su calidad de vida y salud.

Comprometida con la solución de estos graves problemas de salud, en búsqueda constante de mayor equidad entre todos los grupos poblacionales y en congruencia con las prioridades nacionales, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha implementado, desde hace ya más de una década, acciones sistemáticas en materia de salud indígena.

En cumplimiento de las Resoluciones CD37.R5 (1993), CD40.R6 (1997) y CD47.R18 (2006), la participación de los propios pueblos indígenas y el reconocimiento de sus sistemas de salud han sido dos de los principios fundamentales que han guiado nuestra acción.

Un análisis adecuado de los avances y retos que aún persisten en los países en la atención de la salud de los pueblos indígenas son necesarios en el apoyo al desarrollo o reorientación de los esfuerzos en marcha.

En este sentido, nos complace presentar el documento que recoge los resultados de la evaluación de los logros en salud en 19 países en el marco de finalización del I Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo.

Los renovados esfuerzos de la OPS por consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud en las Américas, la prioridad otorgada a los procesos tendientes al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), junto a la necesidad de enmarcar los análisis y el abordaje de la salud de los pueblos indígenas en los procesos de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se presentan como espacios propicios para avanzar en el compromiso pendiente de lograr la equidad en la Región en una realidad social impropia en buena medida por la presencia indígena, fuente inagotable de nuevos cambios.

*Dr. José Luis Di Fabio
Gerente del Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud*

Introducción

El Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1995-2004) fue proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 48/163 (1993) con el objetivo de fortalecer la cooperación internacional para contribuir a la solución de los problemas que afectan a los pueblos indígenas en áreas, tales como: los derechos humanos, el medio ambiente, el desarrollo, la educación y la salud.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Estados Miembros, en cumplimiento de las Resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997) (Anexo 2) y en el marco de los principios y lineamientos de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas, han priorizado la atención de la salud de los pueblos originarios de las Américas.

Con el propósito de evaluar los logros de diez años de trabajo, la OPS elaboró, a principios de 2004, un instrumento (Anexo 3) que facilitó tanto la actualización de los datos demográficos y epidemiológicos, como el análisis estratégico de los procesos nacionales y la sistematización de la información en las siguientes áreas:

- 1) acuerdos internacionales y políticas nacionales;
- 2) alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial;
- 3) atención primaria de la salud e interculturalidad; y
- 4) información, análisis, monitoreo y gerencia.

El instrumento de evaluación fue enviado a los 24 países de las Américas que tienen población indígena: Argentina, Belice, Canadá, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Dominica, Chile, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos, Guatemala, Guyana, Guayana Francesa, Honduras, México, Nicaragua,

Panamá, Paraguay, Perú, Suriname, San Vicente, Venezuela, 19 de los 24 países, es decir 79.16%, han respondido el instrumento.

Los resultados de esta evaluación ilustran lo que en esta década se ha hecho para abordar la salud de los pueblos indígenas en el ámbito regional y nacional y junto con la experiencia acumulada por la OPS en la prestación de la cooperación técnica en materia de salud de los pueblos indígenas, sirvieron de base para realizar un balance de los principales logros y desafíos.

Estos resultados incluyen los datos epidemiológicos que resumen la inequidad que afecta a la población indígena.

El presente documento sintetiza, precisamente, los resultados de la evaluación y lo tratado en la Reunión Regional “Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Logros y Directrices Futuras” realizada en Managua, Nicaragua del 6 al 8 de diciembre, 2004 (Anexo 4) con la participación de 67 participantes de 19 países.

Estos resultados cobran relevancia al insertarse en los procesos conjuntos tendientes al cumplimiento real de los Metas del Milenio.

De hecho, son los líderes de los pueblos indígenas de las Américas los que nos instan en la “Declaración de Managua” a unir esfuerzos en la construcción de sociedades más sanas, justas y solidarias.

Análisis de los resultados de la evaluación

Al finalizar la I Década Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, se podría concluir que los resultados son mínimos y que los más graves problemas siguen aún sin resolverse, es importante constatar también que existen los elementos necesarios para señalar avances, tal vez menores que los esperados o deseados, pero muy relevantes en el mejor abordaje de la salud de los pueblos indígenas.

Esto es precisamente lo que la OPS desde la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas se propuso evaluar en el 2004 con la certeza de que debíamos ser capaces de no quedarnos ni en la contemplación de pequeños o grandes logros ni en la búsqueda de culpables por algo que se hizo mal o se dejó de hacer. Si bien asumir la responsabilidad de los errores incurridos será necesario en algunos momentos, lo que más va a ayudar a seguir con nuestra misión será nuestra capacidad de identificar las más efectivas directrices que orienten el trabajo de cada uno de nosotros, como individuos o como miembros de equipos a distinto nivel. Es aquí donde vemos la mayor riqueza de procesos como éste.

No solamente que en la evaluación participaron personas con un alto grado de experiencia y profesionalismo, sino también personas con distintas funciones. Los profesionales que trabajan en los ministerios de salud y en las diferentes instituciones nacionales e internacionales y los líderes indígenas en representación de sus pueblos. Entre todos formamos un gran equipo que, con una meta común, tratamos de que nuestro trabajo en el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de las Américas se oriente por las necesidades, conocimientos y experiencias de los mismos pueblos a partir de los principios que rigen el quehacer de la OPS en materia de salud indígena. La Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas nació en el año de 1992 como la respuesta que la OPS y los Países Miembros consideraron como la más oportuna y operativa para acompañar a los pueblos

indígenas del continente en su lucha por mejorar su nivel de vida y sus condiciones de salud. Demasiados siglos habían pasado de exclusión e invisibilización, de arrinconamiento y negación de los más elementales derechos como para que los mismos gobiernos y la Organización Panamericana de la Salud siguieran ignorándolos.

En el contexto del quicentenario de la venida de los europeos al continente americano, de la declaración de la Década Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, y, muy especialmente, ante la vigorosa y renovada presencia indígena en la escena continental, se entienden muy bien los principios con los cuales nació la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas en la OPS y que continúan vigentes como directrices de la Cooperación Técnica en materia de salud indígena (Cuadro 1).

La concepción holística de la salud ya partir de la experiencia de siglos de los pueblos indígenas en el cuidado de su vida; el derecho a la autodeterminación de estos pueblos como el camino para poder ejercer sus derechos, uno de los cuales era y es precisamente el derecho a la salud y a la participación sistemática en el marco de la vida legal, política y social de cada uno de los países y de la comunidad internacional; el respeto y la revitalización de las culturas indígenas como un acto mínimo de justicia frente a la agresión sistemática vivida; y, por fin, la reciprocidad en las relaciones, precisamente para respetar uno de los ejes básicos de la conducta indígena que es esta capacidad de dar y recibir en cada una de las relaciones que se establecen.

Han pasado ya diez años desde que los Estados del mundo, en representación de sus pueblos, firmaron la Declaración de la Década. Obviamente que unas firmas no iban a cambiar mentalidades, actitudes y desigualdades construidas a lo largo de los siglos. Algunos gobiernos, algunas sociedades respondieron con mayor sensibilidad que otras. La atención de la salud.

Cuadro 1. Principios

- > Enfoque integral de la salud.
- > Derecho a la autodeterminación de los pueblos.
- > Derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.
- > Respeto y revitalización de las culturas indígenas.
- > Reciprocidad en las relaciones.

La misma OPS, en la sede y en las oficinas de país, ha tenido dificultades a la hora de incluir nuevos enfoques en la atención de la salud.

No ha sido fácil pasar de la constatación, tal vez, un poco abstracta de que existe un otro diferente, con necesidades, pensamientos y prácticas diferentes, a la experiencia de tomar a ese otro como un interlocutor válido, un sujeto con el cual es posible y necesario dialogar, por el elemental hecho de que de lo se está hablando es de su propia salud y de su propia vida.

Todo esto era y es importante evaluar, animados además por la circunstancia favorable de que el Sistema de las Naciones Unidas nos ha propuesto a todos avanzar hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la renovación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud, lo cual tiene relación directa con el trabajo que hemos venido realizando.

Es por ello que a mediados del año 2004 se desarrolló la metodología de evaluación de estos procesos. El instrumento fue enviado a los 24 países de las Américas que tienen población indígena, 19 de los cuales, es decir 79,16%, proporcionaron la información solicitada.

Tres países concretamente, es decir el 15,78% de los que respondieron, tuvieron un proceso participativo con reuniones subnacionales en las

que se contó con la directa participación indígena. Algún país reconoce que varios participantes en la evaluación no tenían mucha información sobre la Década y no conocían las resoluciones de la OPS.

Las estadísticas que se incluyen para ilustrar el análisis representan solamente una muestra del contenido que se presenta en cada una de las evaluaciones nacionales de los 19 países participantes.

No obstante, antes de señalar los principales resultados de la evaluación, es conveniente que se presenten las siguientes puntualizaciones que ubicarán mejor lo que analizamos.

- > En primer lugar, hay que considerar que estamos lidiando con una extensión geográfica muy grande y con pueblos diferentes ubicados en países muy diversos. Aunque podemos encontrar muchas similitudes en las condiciones de vida de todos los pueblos indígenas del continente, por su estrecha relación con la Madre Naturaleza y por la carga de exclusión por todos compartida, no es lo mismo un país de mayoría indígena o de grandes segmentos de su población catalogada como tal, que otro país con las denominadas minorías indígenas, aunque estos mismos conceptos de mayorías y minorías deban ser en algún momento reevaluados y las estadísticas disponibles deban ser también tomadas con mucha cautela.

> Posiblemente las estadísticas disponibles tengan que ver con la manera cómo las naciones fueron imaginadas por sus fundadores, es decir con el fraccionamiento inconsulto de pueblos enteros y con el modelo excluyente de desarrollo que se institucionalizó. Podemos ahora pensar en dos extremos de países, en general, unos con minorías indígenas con instituciones aparentemente consolidadas al estilo occidental y en el otro extremo, países con mayorías indígenas y con instituciones muy débiles precisamente porque allí ningún modelo ha logrado realmente imponerse. ¿No será que es la representatividad de todos los pueblos en los gobiernos y en sus estados nacionales lo que realmente está en juego?

> La época en que vivimos, por otra parte, se caracteriza por una tensión entre las tendencias globalizadoras y las tendencias de tipo más local y regional. Esto no supone oponer sin más las dos tendencias. Todos los pueblos, incluidos los pueblos indígenas, somos parte de las tendencias globales del mercado y de la información, de la movilización que supera fronteras y de un sentido de pertenencia a un solo mundo.

Ahora bien, posiblemente porque se ve que no todos los pueblos están invitados a participar de las ventajas de esta globalización de la misma manera, y porque los recursos de sobrevivencia mínima escasean cada vez más, algunos pueblos ven las pertenencias más locales como una fortaleza que les protege de la agresión indiscriminada. Habrá que entender, en este contexto, las luchas de los pueblos, tan ligadas a la defensa de sus tierras, sus recursos naturales y sus formas propias de vida, organización y pensamiento.

Con estas consideraciones, el análisis de los resultados de la evaluación se inicia con una reflexión sobre la ubicación geográfica de los

pueblos indígenas a partir de los mapas enviados y del diagnóstico de las inequidades que los afectan. Luego se analiza la presencia de acuerdos, leyes, alianzas y redes, la información y la gerencia y las experiencias encaminadas a superar estas inequidades. Solamente en ese contexto es posible un acercamiento adecuado para evaluar los logros, los problemas y especialmente los desafíos que nos invitan a nuevas acciones.

Si nos imaginamos a nuestro continente en los actuales momentos podemos ver con profunda sorpresa que los pueblos indígenas están en todas partes. Cualquier mapa continental o nacional, mirado con ojos diferentes, va a mostrarnos una presencia indígena ubicua, es decir no ubicada exclusivamente en un solo sitio, como se ilustra, por ejemplo, en los mapas enviados por Canadá.

El informe de Brasil, el inmenso Brasil, con una población oficial indígena de solamente el 0,25% de la población nacional, señala textualmente: “Los pueblos indígenas están presentes en todos los estados brasileños, excepto en Piauí y en Río Grande del Norte, viviendo en 579 tierras indígenas, ocupando cerca del 12% del territorio nacional.”

La presencia indígena en todas o la mayoría de las subdivisiones políticas de un país se debe a dos factores fundamentales: por una parte, están las formas de relación con la tierra por las cuales, como indica Surinam “la migración de la población es un factor muy importante, y la movilidad per se no es un problema para los pueblos indígenas” y no se crea que esto se refiere solamente a los pueblos considerados nómadas o seminómadas, ya que también muchos pueblos denominados sedentarios se desplazan por diferentes espacios ecológicos como parte de su larga historia.

La Región Metropolitana concentra el 23,7% del total de población indígena del país.”

Aunque puede haber situaciones dramáticas en algunos desplazamientos, pensamos que la presencia indígena en todas partes es un aspecto positivo. Su concepción integral de la vida y la salud, de la naturaleza y los espíritus y su profundo sentido de colectividad y pueblo podrían enseñarnos valores diferentes a los que diariamente vivimos. Esta “presencia en todas partes” posiblemente nos vuelva a todos más cercanos, más dispuestos a mutuos aprendizajes.

Ahora bien, este hecho innegable no invalida la realidad obvia también de ancestrales territorios y comarcas indígenas, punto de referencia obligado para todos los miembros de tal o cual pueblo, como es el caso de la Comarca de Kuna Yala de Panamá.

Nos toca, entonces, trabajar con lo que García Canclini llama los “mapas de sentido”, es decir con gente que, si bien asienta sus raíces en lugares específicos se moviliza también hacia otros lugares.

En estos espacios, concretamente en los espacios de origen y asentamiento de los pueblos indígenas, es en donde encontramos algo que está bastante documentado y en lo que todas las evaluaciones parecen coincidir: las más profundas y brutales inequidades en cuanto a la pobreza y la miseria, la carencia de servicios básicos, las altísimas tasas de mortalidad materna e infantil, la desnutrición y las enfermedades infecciosas, con porcentajes que casi no admiten discusión. Si tomamos como punto de referencia los Objetivos de Desarrollo del Milenio, que son las metas que las Naciones Unidas proponen a los países del mundo para disminuir la inequidad, obtenemos el siguiente diagnóstico contenido en el (Cuadro 2.)

Obviamente que hay matices que cada una de las regiones y cada uno de los países puntualizan y que

los mismos pueblos indígenas, los gobiernos y la comunidad internacional han tratado de afrontar.

¿Cómo lo han hecho?

De los países evaluados, 100% (19) afirman tener algún tipo de directrices legales que enmarcan su trabajo con los pueblos indígenas.

En cuanto a los acuerdos internacionales, 68,42% (13) de los países que respondieron reportan la ratificación del Convenio 169 de la OIT (1989) que se refiere al reconocimiento oficial de la existencia de los pueblos indígenas y sus derechos como tales y 31,57% (6) reportan la firma de otros convenios como la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1966) y el Convenio Sobre Diversidad Biológica, (1992).

En cuanto a los marcos legales nacionales 68,42% (13) de los países que respondieron incluyen en sus principios constitucionales el reconocimiento del carácter multiétnico, multilingüe y multicultural de su población, 68,42% (13) tienen políticas nacionales que tratan la temática indígena y 94,73% (18) especifican el abordaje diferenciado de la salud de los pueblos indígenas en sus políticas de salud.

Esta prioridad también se refleja en la existencia de unidades técnicas responsables de la salud de los Pueblos Indígenas en los Ministerios de Salud en el 100% (19) de los países informantes, es más, 63,15% (12) de ellos tienen unidades técnicas similares en otros ministerios y 3 países reportan instancias responsables del desarrollo indígena a nivel de la Presidencia de la República.

Las cifras que nos hablan de la presencia de convenios, proyectos nacionales, interinstitucionales, intersectoriales y multipaís, foros y redes en bien de la salud de los pueblos indígenas son muy alentadoras.

Cuadro 2. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Inequidad

| Objetivo | País | Indígenas | No indígenas |
|--|--|--|------------------|
| Pobreza | Canadá | 34% | 16% |
| | Chile | 32,2% | 20,1% |
| Analfabetismo | Bolivia | 19,1% | 4,51% |
| Igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer. | Guatemala | Analfabetismo entre las mujeres indígenas entre 50% y 90% y solamente 43% terminan el nivel primario, 5,8% la educación media y el 1% la educación superior. | |
| Mortalidad infantil. | Panamá | 84 x 1000 nv | 17 x 1000 nv |
| Mortalidad materna. | Honduras | 255 x 100.000 nv | 147 x 100.000 nv |
| Combatir el paludismo, el VIH/SIDA y otras enfermedades. | Nicaragua | 90% de casos de malaria por falciparum se concentran en 24 municipios con población indígena. | |
| Sostenibilidad del medio ambiente. | El Salvador | 95% de las fuentes superficiales de agua están contaminadas. Desnutrición en niños indígenas son desnutridos comparado con 20% en el ámbito nacional. | |
| Fomentar una asociación mundial para el desarrollo. | La presencia de problemas similares entre los pueblos indígenas, particularmente entre aquellos que viven en las zonas fronterizas (Ej. Perfiles epidemiológicos similares, presencia de refugiados, cambios en la dinámica de vida, aculturación, pérdida de territorios, etc.) vuelve urgente el trabajo coordinado entre los países de la Región y el desarrollo y/o la aplicación de acuerdos internacionales y subregionales. | | |

Fuente: Datos proporcionados por los países en las evaluaciones nacionales. OPS, 2004.

Estos porcentajes varían entre 100% (19) y 84,21% (16), entre los temas tratados, por ejemplo, se citan la salud de la mujer, de los niños y de los adolescentes indígenas y el abordaje de problemas como el SIDA, la falta de agua y saneamiento, la demarcación de tierras, la ampliación de la cobertura de la atención de salud y la efectivización de los derechos humanos.

Algo también muy decidor es el número de organizaciones indígenas, nacionales y locales, que incluyen la salud en sus agendas políticas en el 94,73% (18) de los países analizados.

El desarrollo conceptual y metodológico del enfoque intercultural de la salud, a partir de las experiencias concretas de los Países Miembros ha sido un referente importante en el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud en zonas con población indígena considerando sus formas de vida y su sabiduría ancestral.

La importancia que los países han dado a la generación de marcos legales que promueven la incorporación de las perspectivas, terapias y medicinas indígenas en los sistemas nacionales de salud se refleja en la presencia alta de políticas y experiencias en 78,94% (15) de los países,

respectivamente, siempre a partir de la información que poseemos. Varias experiencias abordan el tema aisladamente y otras en el marco más amplio de la interculturalidad a través de proyectos puntuales. Por el número de proyectos citados, un país reporta 13 y otro lista 22 proyectos, se evidencia también el interés de los donantes en este tema.

En cuanto a mecanismos para desarrollar la capacidad técnica en el abordaje de la salud de los pueblos indígenas, 89,47% (17), un porcentaje alto de los países reportan programas de formación de recursos humanos en salud.

Sin embargo, la evaluación también nos muestra algunas cifras preocupantes. El porcentaje de países que refieren programas dedicados a la investigación es bajo, 31,57% (6).

El porcentaje más bajo aún en esta línea de evaluación corresponde a la presencia de becas y ayudas económicas que se presta a las personas indígenas para realizar sus estudios. Solamente 26,31% (5) de los 19 países reportan becas para estudios universitarios y 2 de ellos para estudiar medicina en Cuba. Tampoco parece muy alto el grado de integración de los terapeutas indígenas a los programas oficiales de salud, 52,63% (10).

En cuanto a los sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas donde se incluya la variable de pertenencia étnica, solamente 52,63% (10) de los países reportan algún avance.

El tema de la salud indígena manifestado en publicaciones periódicas, 42,10% (8) y en la difusión a través de las plataformas electrónicas, 57,89% (11) parece no concitar mucho la atención de las universidades o los ministerios del ramo y tampoco de las organizaciones indígenas, probablemente esto último, por las limitaciones

financieras o a lo mejor porque no se concibe a la salud como algo separado de toda su vivencia y problemática.

Los datos generales de la evaluación nos hablan de una cantidad grande de proyectos y experiencias donde, lamentablemente, la falta de coordinación se cita constantemente. Si a esto sumamos lo que la mayoría de los países detecta como "falta de educación intercultural" en la sociedades en su conjunto y, específicamente, al interior de los equipos de salud, agravado, todo esto, por la falta de políticas "sociales interculturales" generales tenemos ya el diagnóstico inicial.

A nivel más general, varias amenazas parecen cernirse sobre las acciones que realizamos. El mal manejo del poder político y económico, la pobreza creciente y la falta de tierra como problemas estructurales, la dependencia económica y política de nuestros países que incide directamente en la situación de la población indígena y la complejidad de las relaciones al interior de los mismos pueblos indígenas son algunas de las amenazas que se puntualizan.

Si bien para continuar con nuestro trabajo, debemos tener en cuenta estos vacíos generales, deberemos también tener en cuenta los grandes avances de los cuales hemos sido testigos y a los cuales hemos contribuido con nuestra acción.

Entre estos avances consideremos los siguientes:

- > No hay duda que los pueblos indígenas son más visibles ahora que hace un tiempo. La cantidad de acuerdos, convenios, constituciones nacionales, políticas públicas así lo demuestran. Tampoco hay duda de que se han dado algunas experiencias y proyectos innovadores inscritos en iniciativas que promueven la autogestión de gobiernos locales, algunos de ellos comandados por líderes indígenas y con buenos niveles de participación popular que probablemente han ayudado a

reducir los índices altos de morbilidad y mortalidad. Si no se ven reflejados estos nuevos resultados en las estadísticas que manejamos, en general, puede ser tanto por los niveles crónicos que esos problemas han adquirido como por la falta de información y monitoreo de las acciones a partir de información desagregada por pertenencia étnica.

- > Creemos que el grado de conciencia de las sociedades y de los mismos pueblos indígenas sobre sus propios derechos, incluyendo el derecho a la salud entendida como una vida digna individual y colectiva, tiene que ver, sin embargo, no solamente con la mayor o menor visibilidad conseguida en una sociedad ni solamente con la cantidad de proyectos innovadores que en sus territorios y poblaciones se ejecuten. Este grado de conciencia tiene que ver más bien con la posibilidad de que todos los pueblos sean parte activa de sociedades múltiples. En este sentido, aunque indudablemente que hay grandes avances, la construcción de una verdadera ciudadanía a partir del respeto y reconocimiento de las diversidades, es un camino todavía largo por recorrer.
- > Nos toca a nosotros en nuestro quehacer profundizar en estos mismos temas. Las discusiones, los foros, los talleres, las experiencias demostrativas, nos ayudarán a concretar con más precisión nuestros planes a fin de avanzar en los compromisos con la salud de los pueblos indígenas. Únicamente en la medida en que todos nos comprometamos a trabajar juntos por esta causa, será posible la consolidación de sociedades plurales más equitativas e inclusivas para el disfrute de una vida digna.



Resultados de la Evaluación por Países



Argentina



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos Internacionales | Marcos legales | Políticas de Salud | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas | Información de contacto |
|--|---|--|---|--|
| <p>Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio de Diversidad Biológica. Resolución CD37. R5/OPS. Resolución CD40. R6/OPS.</p> | <p>Constitución Nacional Art. 75, inc.17: En la Reforma de la Constitución Nacional de 1994 se garantiza y se reconoce la Preexistencia Étnica y Cultural de los Pueblos Indígenas. Artículo 75, inc.17: "Corresponde al Congreso reconocer la existencia étnica y cultural de los pueblos indígenas argentinos, garantizar el respeto a su identidad y el derecho a una educación bilingüe e intercultural; reconocer la personería jurídica de sus comunidades, y la posesión y propiedad comunitaria de las tierras que tradicionalmente ocupan; y regular la entrega de otras aptas y suficientes para el desarrollo humano..." Ley 23-302 y Decreto Reglamentario 155/89: La Ley 23.302 de Política Indígena y Apoyo a las Comunidades Aborígenas crea el Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), y desarrolla en sus artículos 18, 19, 20 y 21 las facultades de la autoridad para la realización de planes de salud y saneamiento ambiental. Ley 24-071: Adopta el Convenio 169 de la OIT, actualiza el tratado, y reconoce explícitamente por primera vez las poblaciones indígenas como "Pueblos". A partir de julio del 2000 el Poder Ejecutivo depositó el instrumento de Adhesión y el 3 de julio del 2001 entró en vigencia en la Argentina. Ley 24-375: Argentina ratifica su adhesión al Convenio de Diversidad Biológica que surge del encuentro en Río de Janeiro en el año 1992. Reformas: en las Constituciones de las provincias de Buenos Aires, Chaco, Chubut, Jujuy, Formosa, La Pampa, Salta, Neuquén y Río Negro.</p> | <p>1994. Subprograma "Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud en Comunidades Indígenas, revalorizando su cultura en áreas afectadas por el cólera". Ministerio de Salud de la Nación. 1995. Programa Salud con los Pueblos Indígenas. Ministerio de Salud de la Nación. 2000. Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAH). Ministerio de Salud de la Nación. 2004. Programa Salud de los Pueblos Indígenas. Ministerio de Salud de la Nación.</p> | <p>Ministerio de Salud de la Nación Ministerio de Salud Pública de Chaco Ministerio de Desarrollo Humano de Formosa Ministerio de Bienestar Social de Jujuy Ministerio de Salud Pública de Misiones Ministerio Salud Pública de Salta SI. PRO. SA Tucumán Organización Panamericana de la Salud</p> | <p>Lic. Daniela Rosana Mele: salud_indigena@msal.gov.ar Dr. Raul Pelizardi Dra. Cristina Mirasou Sra. Mabel Pelo Dr. Enrique Deschutter Dra. Catalina Comedi Dr. Luis Eliseo Velásquez</p> |

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | | | |
|--|--|---|---|
| <p>Convenios del Programa Salud Indígena.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Ministerio Salud de la Nación (MSN) con Ministerios de Salud Provinciales (MSP). Resolución Ministerial 1995-2004 para contratación de agentes sanitarios indígenas, formación de recursos humanos, ejecución de programas provinciales y proyectos locales. > Ministerio Salud de la Nación (MSN) con Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). Convenio N° 422/95 y Resoluciones Ministerio de Trabajo 1995-2004 para contratación de promotores de salud indígenas. | <p>> Ministerio de Salud de la Nación (MSN). Resolución Ministerial 1995-2004 para contratación de agentes sanitarios indígenas, formación de recursos humanos, ejecución de programas provinciales y proyectos locales. > Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (MTSS). Convenio N° 422/95 y Resoluciones Ministerio de Trabajo 1995-2004 para contratación de promotores de salud indígenas.</p> | <p>> Lic. Daniela Rosana Mele: salud_indigena@msal.gov.ar Dr. Raul Pelizardi Dra. Cristina Mirasou Sra. Mabel Pelo Dr. Enrique Deschutter Dra. Catalina Comedi Dr. Luis Eliseo Velásquez</p> |
| <p>Proyectos interinstitucionales/intersectoriales del Programa Salud Indígena.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > 1996. Talleres de revalorización Nutricional en el departamento de Susques, Jujuy con el Programa Mujer, Salud y Desarrollo, MSN. > 1996. Proyecto de Recuperación del Sistema Agroalimentario del Departamento de Susques, Jujuy, con Programa Materno-infantil, MSN. > 1996. Proyecto Provisión de Agua Potable en la localidad de Pasto Chico, Departamento de Susques, Jujuy con el Departamento de Sanza miento Ambiental, MSN. > 2002. Proyecto Demostrativo Lapacho I para el Mejoramiento de las Condiciones Ambientales, Salta. OPS/OMS. > 2004. en adelante. Agua Segura para las comunidades indígenas de Salta y Formosa con el Proyecto Regional de Mejoramiento de las Condiciones Ambientales para los Pueblos Indígenas. GTZ/CEPIS/OPS. > 2002 en adelante. Estudio de Evaluación Social de la Población Indígena. Región NEA-NOA. Programa de Salud Integral PNUD-ARG 02/026. | <p>> 1996. Talleres de revalorización Nutricional en el departamento de Susques, Jujuy con el Programa Mujer, Salud y Desarrollo, MSN. > 1996. Proyecto de Recuperación del Sistema Agroalimentario del Departamento de Susques, Jujuy, con Programa Materno-infantil, MSN. > 1996. Proyecto Provisión de Agua Potable en la localidad de Pasto Chico, Departamento de Susques, Jujuy con el Departamento de Sanza miento Ambiental, MSN. > 2002. Proyecto Demostrativo Lapacho I para el Mejoramiento de las Condiciones Ambientales, Salta. OPS/OMS. > 2004. en adelante. Agua Segura para las comunidades indígenas de Salta y Formosa con el Proyecto Regional de Mejoramiento de las Condiciones Ambientales para los Pueblos Indígenas. GTZ/CEPIS/OPS. > 2002 en adelante. Estudio de Evaluación Social de la Población Indígena. Región NEA-NOA. Programa de Salud Integral PNUD-ARG 02/026.</p> | <p>> Lic. Daniela Rosana Mele: salud_indigena@msal.gov.ar Dr. Raul Pelizardi Dra. Cristina Mirasou Sra. Mabel Pelo Dr. Enrique Deschutter Dra. Catalina Comedi Dr. Luis Eliseo Velásquez</p> |
| <p>Proyectos multipais.</p> | <p>Desarrollo Institucional de la Coordinadora de Organizaciones y Pueblos Indígenas del Chaco Sudamericano/COPICHAS Bolivia, Argentina, Paraguay.</p> | <p>Desarrollo Institucional de la Coordinadora de Organizaciones y Pueblos Indígenas del Chaco Sudamericano/COPICHAS Bolivia, Argentina, Paraguay.</p> | <p>> Lic. Daniela Rosana Mele: salud_indigena@msal.gov.ar Dr. Raul Pelizardi Dra. Cristina Mirasou Sra. Mabel Pelo Dr. Enrique Deschutter Dra. Catalina Comedi Dr. Luis Eliseo Velásquez</p> |
| <p>Foros interinstitucionales/intersectoriales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > 1996. Simposio: Los Pueblos Indígenas y la Salud. Organizado por la Academia Nacional Medicina y Sociedad Argentina de Pediatría. > 1997. Taller: Mujer Aborigen y Salud. Organizado por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo, MSN. > 2000. Taller de Formación y Concertación sobre Planes y Políticas de Desarrollo Indígena. Organizado por la Asociación Indígena de la República Argentina. > 2000. Reunión Nacional de Salud para Poblaciones Indígenas. Organizado por MSN. > 2003. Reunión de Formación del Grupo Nacional de Trabajo. Proyecto Regional Mejoramiento de las Condiciones Ambientales para los Pueblos Indígenas. Organizado por MSN/GTZ/CEPIS/OPS. > 2004. Jornadas Regionales "Interculturalidad para la Equidad en Salud". Organizado por Sociedad Argentina para la Equidad en Salud. > 2004. Foro Nacional "Derecho de los Pueblos Indígenas en la Política Pública". Organizado por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación a través del Instituto Nacional Indígena. | <p>> 1996. Simposio: Los Pueblos Indígenas y la Salud. Organizado por la Academia Nacional Medicina y Sociedad Argentina de Pediatría. > 1997. Taller: Mujer Aborigen y Salud. Organizado por el Programa Mujer, Salud y Desarrollo, MSN. > 2000. Taller de Formación y Concertación sobre Planes y Políticas de Desarrollo Indígena. Organizado por la Asociación Indígena de la República Argentina. > 2000. Reunión Nacional de Salud para Poblaciones Indígenas. Organizado por MSN. > 2003. Reunión de Formación del Grupo Nacional de Trabajo. Proyecto Regional Mejoramiento de las Condiciones Ambientales para los Pueblos Indígenas. Organizado por MSN/GTZ/CEPIS/OPS. > 2004. Jornadas Regionales "Interculturalidad para la Equidad en Salud". Organizado por Sociedad Argentina para la Equidad en Salud. > 2004. Foro Nacional "Derecho de los Pueblos Indígenas en la Política Pública". Organizado por el Ministerio de Desarrollo Social de la Nación a través del Instituto Nacional Indígena.</p> | <p>> Lic. Daniela Rosana Mele: salud_indigena@msal.gov.ar Dr. Raul Pelizardi Dra. Cristina Mirasou Sra. Mabel Pelo Dr. Enrique Deschutter Dra. Catalina Comedi Dr. Luis Eliseo Velásquez</p> |
| <p>Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas.</p> | <p>Equipo Nacional de la Pastoral Aborigen (ENDEPA), Asociación Indígena de la República Argentina (AIRA), Asociación Comunidades Indígenas (ACOIN), Centro Kolla- República Argentina, Instituto del Aborigen Chaqueño, Instituto de Comunidades Aborígenas de Formosa Neuquén, Dirección de Asuntos Guaranes de Misiones, entre otros.</p> | <p>Equipo Nacional de la Pastoral Aborigen (ENDEPA), Asociación Indígena de la República Argentina (AIRA), Asociación Comunidades Indígenas (ACOIN), Centro Kolla- República Argentina, Instituto del Aborigen Chaqueño, Instituto de Comunidades Aborígenas de Formosa Neuquén, Dirección de Asuntos Guaranes de Misiones, entre otros.</p> | <p>> Lic. Daniela Rosana Mele: salud_indigena@msal.gov.ar Dr. Raul Pelizardi Dra. Cristina Mirasou Sra. Mabel Pelo Dr. Enrique Deschutter Dra. Catalina Comedi Dr. Luis Eliseo Velásquez</p> |
| <p>Redes</p> | | | |



3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|---|--|
| <p>Políticas que promuevan la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.</p> | <p>> 1996. Programa Social Agropecuario y Programa Desarrollo Regional del INTA, Jujuy.</p> <p>> 1995-2004. Programa Salud de los Pueblos Indígenas. Se enmarca dentro de las políticas de salud y tiene como propósito mejorar las condiciones de salud de diferentes comunidades indígenas, utilizando la estrategia APS, como eje fundamental y articulando con los recursos sectoriales y extra sectoriales orientados a tal fin. Conceptualmente este Programa entiende que es imprescindible que el sistema reconozca y valore la diversidad cultural, su interrelación y adecue las estrategias locales a los fines de alcanzar una mayor aceptación y efecto sobre la salud de dichas comunidades.</p> |
| <p>Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional.</p> | |
| <p>Asociaciones de terapeutas indígenas.</p> | |
| <p>Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas).</p> | <p>Cursos y encuentros académicos:</p> <p>> Sociedad Argentina de Medicina Antropológica. Ejes: medicina antropológica, shamanismo, vigencia de la medicina tradicional, interculturalidad y salud integral.</p> <p>> Instituto de Investigaciones en Antropología Médica y Nutricional. La Plata- Salta, Argentina.</p> |

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|---|
| <p>Información sobre el perfil demográfico, socio económico y epidemiológico de los pueblos indígenas.</p> | <p>Los censos sobre población indígena en Argentina, son imprecisos. El Censo Nacional de Población del año 2001 incorporó una pregunta que estuvo dirigida a detectar los hogares donde al menos una persona se reconociera descendiente o perteneciente a un pueblo indígena. La pregunta censal constituyó la primera etapa de una propuesta metodológica cuya segunda fase es la actual realización (mayo-noviembre 2004) de una encuesta específica volviendo a una muestra de los hogares que contestaron afirmativamente. Se estima que aproximadamente el 3% de la población estaría constituida por indígenas.</p> |
| <p>Sistemas de información, monitoreo, evaluación de la salud de los pueblos indígenas. Incluye la variable de etnicidad.</p> | <p>Las estadísticas de salud en nuestro país no discriminan la pertenencia étnica, lo que no permite dar datos del conjunto de esta situación. La información procedente de los sistemas de salud locales deriva del relevamiento por zona sanitaria y porcentaje de población indígena.</p> |
| <p>Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país</p> | <p>Ver anexo mapa. (pág. 25)</p> |
| <p>Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y mantenimiento y restauración de su salud.</p> | <p>Publicación ANAHI. PEN-Ministerio de Salud de Nación, Bs. As., 2000.</p> |
| <p>Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas.</p> | <p>Boletín Oficial provinciales. Instructivos Pre Ronita APS, de periodicidad trimestral.</p> |
| <p>Sección salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica).</p> | <p>Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación: www.msal.gov.ar Representación OPS/OMS Argentina: www.ops-oms.org.ar</p> |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > El Ministerio de Salud de la Nación crea con fondos del presupuesto nacional, el Programa Nacional Salud de los Pueblos Indígenas, programa regular desde 1995 hasta la fecha.
- > Creación de programas provinciales que asumen la problemática de salud indígena en seis provincias y respectiva transferencia de fondos nacionales para su ejecución.
- > Incorporación de Agentes Sanitarios indígenas y ampliación de la cobertura de atención primaria de la salud promoviendo la accesibilidad a las prestaciones básicas del sistema de salud.
- > Formación, en forma progresiva, de los Agentes Sanitarios Indígenas en el rol de facilitadores culturales para desarrollar tareas de promoción y protección de la salud y prevención y apoyo para el control de enfermedades.
- > Mecanismos de monitoreo de planes de acción jurisdiccionales y de asistencia técnica en terreno en las zonas sanitarias.
- > Implementación de proyectos innovadores y tecnológicamente adecuados para la prestación de servicios básicos de agua y saneamiento en coordinación con programas y organismos gubernamentales, no gubernamentales y organizaciones de la comunidad indígena.
- > Gestión de iniciativas para la realización de proyectos y experiencias locales con una activa participación de las comunidades en coordinación con organismos de cooperación técnica internacional.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > Fragmentación en el uso de los recursos humanos y financieros asignados a planes y programas, sectoriales y extrasectoriales y de

aquellos destinados al mejoramiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas.

- > El carácter hospitalocéntrico del sistema.
- > Desigualdad en el acceso y utilización de los servicios de salud: el nivel socio económico y la accesibilidad geográfica inciden considerablemente.
- > Esquema de trabajo que no comprende el conocimiento y la cosmovisión indígena en la interacción con los sistemas de salud.

2. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

- > Reconocimiento de la diversidad cultural como paradigma para la construcción de un modelo integral en salud con énfasis en la articulación entre medicina tradicional indígena y occidental.
- > Protección de la biodiversidad ecológica en territorios de los pueblos indígenas, ya que los recursos naturales son afectados por actividades y proyectos de desarrollo que hace peligrar la salud de las comunidades y de la población en general.
- > Movilización de recursos que promuevan la educación bilingüe como principio de reconocimiento y convivencia, frente a la diversidad étnica, cultural y lingüística, en un marco de interculturalidad.
- > Diseño de estrategias que posibiliten obtener información de manera sistemática y coordinada sobre las condiciones de vida y situación de salud de los pueblos indígenas.

| Análisis Estratégico | |
|---|--|
| <p>Fortalezas: características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > La existencia de un Plan de Salud Nacional y Planes de Salud provinciales con base en la estrategia de APS. > El progresivo desarrollo de iniciativas que movilizan la capacidad autogestiva de las comunidades y la concentración de esfuerzos a través de gobiernos locales (provincias y municipios). | <p>Debilidades: aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Inequidad en la asignación de recursos: sin criterios explícitos y por tanto sin indicadores específicos. > Falta formación intercultural de recursos humanos, de grado y especialización postgrado. > Coexistencia de perspectivas: asistencialismo versus autogestión, integración versus interculturalidad. |
| <p>Oportunidades: factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > La implementación de la Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas/ ECPI, que cubrirá las necesidades de disponer de datos estadísticos y contribuirá a la planificación de políticas públicas y programas. > La integración de las áreas de salud con las de ambiente y desarrollo sustentable. > La paulatina construcción de alianzas estratégicas de apoyo al trabajo sobre soluciones consensuadas para el mejoramiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas. | <p>Amenazas: factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <p>Pre existencia de sistemas de poder y autoridad, complejidad de las relaciones internas de la comunidad, la relación comunidad-salud, y los intereses sobre la temática.</p> |

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Argentina (población expresada en miles de habitantes)

| Población Nacional | Población Indígena (estimado) | % | Pueblos |
|--------------------|-------------------------------|---|---------|
| 36.260 | 1.100 | 3 | 25 |

Fuente: Censo 2001. Instituto Nacional de Estadística y Censo. República de Argentina.



Tabla 2. Desafíos, factores, a considerar e inequidades

Desafíos

Estrategias de salud y salud pública deben comprender y abordar los factores estructurales, de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas.

Factores a considerar

> **Localización.**

Las comunidades indígenas, en su mayoría, están localizadas en zonas rurales, algunas de difícil acceso geográfico; en tanto, su distribución muestra una alta dispersión. Asimismo, los procesos de migración interna, conllevan al desplazamiento de las familias de sus lugares de origen hacia las ciudades y periferias, en busca de mejores condiciones de vida, que en la mayoría de los casos no se logra.

> **Heterogeneidad étnica y cultural.**

Argentina es un país pluriétnico y pluricultural. Existen 25 pueblos indígenas ubicados en la mayoría de las Provincias. En el Noroeste se encuentra la mayor diversidad de pueblos indígenas: Wichi, Tobas, Chorotes, Ava Guarani, Tupí Guarani, Chane, Tapietes, Chulupies, Atacama, Ocloya, Omaguaca, Diaguitas Calchaquí, en las Provincias de Salta y Jujuy. Por otro lado, en las Provincias de Chaco y Formosa están: Wichi, Toba, Pilaga, Mocovi; en la provincia de Misiones: Mbya Guarani; en la Provincia de Santa Fe: Mocovi y Toba; en Entre Ríos: Charruas; en la provincia de Tucumán: Diaguitas Calchaquí y Lules; en la provincia de San Juan y Mendoza: Huarpe; en Santiago del Estero: Mocovi y Tonicote; en Neuquén: Río Negro y Chubut Mapuche; en La Pampa: Ranquele-Mapuche; en Córdoba Comechingones; en Santa Cruz: Mapuche, Tehuelche y en Tierra del Fuego: Onas.

Inequidades

> **Pobreza:** Los indicadores seleccionados para evaluar la vulnerabilidad social son suficientes para poder sostener que estamos frente a una población que apenas alcanza los umbrales mínimos de satisfacción de sus necesidades básicas.

> **Analfabetismo:** Tienen alto índice de analfabetismo y bajo promedio de años de estudio.

A los problemas de acceso y cobertura educativa se agregan los de "pertinencia" pedagógica.

> **Desempleo:** Las actividades económicas que hoy desarrollan los pueblos indígenas no responden al criterio de empleo y se reducen al trabajo estacional en las cosechas de diferentes productos, la producción artesanal y la inserción en planes de trabajo temporarios con subsidio del Estado. En algunos casos, se agregan acciones dirigidas a la producción de autoconsumo. Distintas combinaciones de las actividades mencionadas se combinan y conforman las estrategias de subsistencia.

> **Servicios básicos:** En general la provisión de agua segura es insuficiente para cubrir las necesidades mínimas de las familias. Por ello, se constituyen en alternativas madrejones, albiges y represas. En las comunidades donde funcionan escuelas existe recolección de agua en tanques elevados utilizando por lo general arrietes o si poseen electricidad, bombas para elevar el agua desde los pozos o perforaciones.

> **Mortalidad infantil:** En términos generales, la mortalidad neonatal es superior a la posneonatal, aunque la tasa de mortalidad específica ha disminuido.

> **Mortalidad Materna:** Existe un claro predominio de causas obstétricas directas sobre la mortalidad materna, la situación es más grave si se considera que en las regiones del noroeste y noreste la edad materna es menor y la fecundidad es más elevada que el promedio nacional.

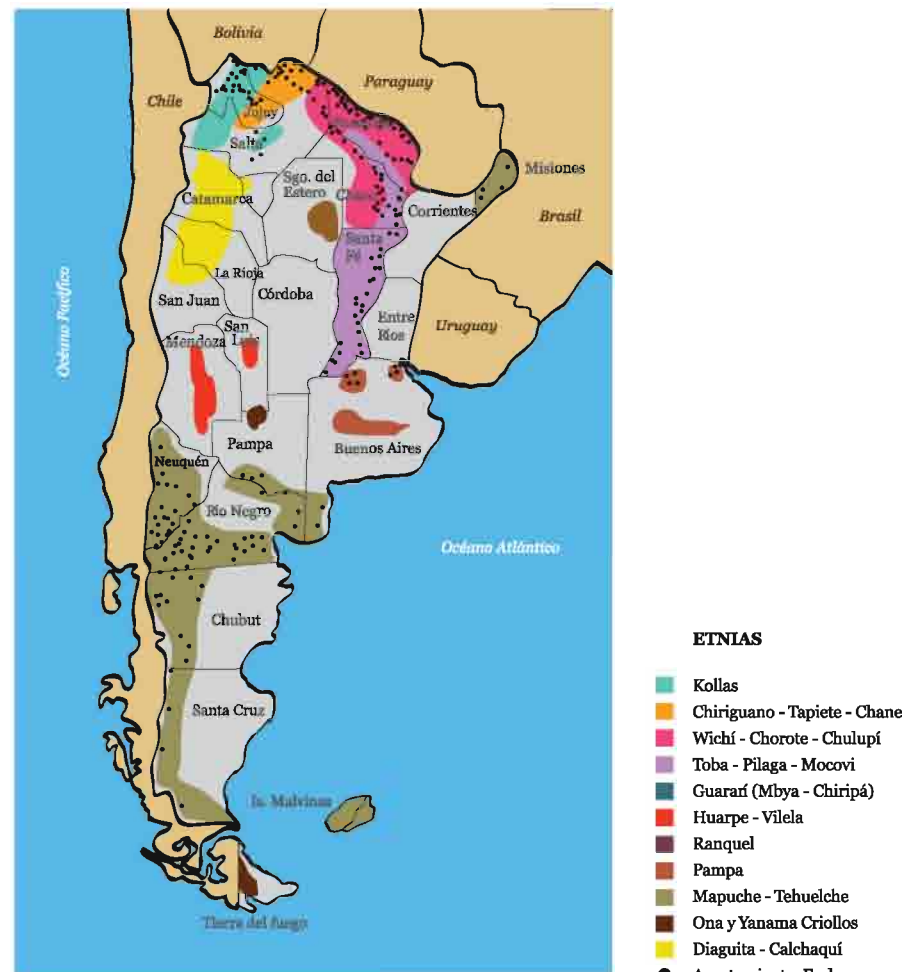
> **Desnutrición:** sin duda la desnutrición infantil constituye la principal causa de morbi mortalidad en las niñas y los niños indígenas. En zonas sanitarias del nor-oeste y nor-este argentino, el 80% de los casos de desnutrición infantil están determinados por parasitosis vinculadas a las precarias condiciones de saneamiento ambiental.

> **Enfermedades infecciosas:** predominan las enfermedades intestinales y respiratorias, enfermedades de la piel y mucosas, de origen bacteriano, parasitario y micótico. En 1993 y 1994 se produjeron nuevos brotes epidémicos de cólera que afectaron principalmente a las comunidades indígenas.

> **Diabetes, obesidad y alcoholismo:** Al respecto no existen estudios que posibiliten realizar comparaciones o estimar la situación.

> **Suicidio:** Al respecto no existen estudios que posibiliten realizar comparaciones o estimar la situación.

Mapa de localización de los pueblos indígenas de Argentina





Belize



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos Internacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas | Información de contacto |
|---|---|---|---|
| <p>Convenio I69 OIT CD37. R5 OPS CD40. R6 OPS</p> | <p>Políticas de Salud</p> <p>El Ministerio de Salud mantiene un ambiente que es conducente a la buena salud y el bienestar en un marco que asegura la equidad, la calidad y la accesibilidad.</p> <p>Los programas comunitarios deben funcionar proactivamente para promover la prevención.</p> <p>Los servicios médicos deben operar dentro de las normas nacionales y protocolos establecidos para mejorar los servicios prestados a los usuarios.</p> | <p>Iniciativas Gubernamentales / Ministerial</p> <p>Ministerio de Salud</p> <p>Observar que con la reforma sanitaria el Ministerio de Salud ya no será el único proveedor de los servicios de salud en el país.</p> <p>Hay otros proveedores de la atención primaria de salud en el sector privado del cual el gobierno adquiere los servicios de salud. Sin embargo, el Ministerio de Salud mantiene su condición de órgano normativo: es decir fija las normas y protocolos y vigila la salud de la población.</p> <p>Estas iniciativas son para todos los ciudadanos y aunque no están dirigidas específicamente para los indígenas, abordan aspectos prioritarios que son significativos para la población indígena.</p> | <p>> Mrs. Sandra Hall Gerente General Ministerio de Salud</p> <p>> William Tam Building Area de Reserva de Agua Belmopan Belice E-mail: minofhealth@moh.gov.bz</p> |

Fuente: Página web del Gobierno de Belice; Ministerio de Salud y Servicio Público

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | | |
|---|---|--|
| Convenios | Ninguno | |
| Proyectos nacionales, interinstitucionales/intersectoriales | Ninguno | |
| Proyectos multipaís. | Ninguno | |
| Foros interinstitucionales/intersectoriales | El Distrito de Toledo (Toledo es uno de los dos distritos donde viven la mayor parte de indígenas en Belice) fue el principal de colaboración intersectorial e interinstitucional para la atención de salud hasta mediados de los noventa. Aunque el equipo de salud distrital de Toledo ya no es un cuerpo funcional, hay colaboración interinstitucional fuerte y redes para la atención de salud a nivel local. | |
| Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas. | Ninguna. Sin embargo, recientemente el UNICEF ha estado facilitando la convergencia de las organizaciones pertinentes incluidos los grupos de líderes indígenas para vigilar conjuntamente y abogar por la ejecución del Plan de Acción Nacional para la Infancia 2004–2015. Este plan de acción tiene implicaciones directas para la atención de salud y mientras el grupo de acción vigilará y abogará por el progreso en todo el Distrito de Toledo, se dará atención especial para asegurarse de que los pueblos indígenas sean tratados equitativa y justamente en la implementación del plan. | |
| Redes | UNICEF está facilitando el establecimiento del Programa para los Niños y Adolescentes de Toledo para vigilar el cumplimiento de los compromisos del gobierno a través del plan nacional para los niños y adolescentes. | |



3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|--|---|
| Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud. | En el marco de las prioridades de la estrategia de atención primaria de salud se ha dado énfasis en la participación significativa de los indígenas en la entrega de los servicios de salud. Se establece que los auxiliares enfermeros de la comunidad son el primer punto de contacto formal para las comunidades indígenas con el Ministerio de Salud. |
| Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígenas y convencional. | Parteras tradicionales y auxiliares de enfermería rural de la comunidad dónde los instructores en conformidad con los protocolos del gobierno promueven la incorporación y continuación de las buenas prácticas tradicionales en el cuidado pre y post parto. |
| Asociaciones de terapeutas indígenas. | Ninguna |
| Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas). | Ninguno |

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|---|
| Información sobre el perfil demográfico, socio económico y epidemiológico de los pueblos indígenas. | Los datos no se desglosan por pertenencia étnica. Sin embargo la incidencia más alta de la pobreza está en la sur de Belice donde viven la mayoría de los indígenas del país. Otros indicadores sociales para esta región son significativamente inferiores que en el resto del país, pero tampoco son desagregados por pertenencia étnica. |
| Sistemas de información, monitoreo, evaluación de la salud de los pueblos indígenas. Incluye la variable de etnicidad. | Ninguno |
| Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país. | Ver anexo mapa (pag. 38) |
| Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud. | Información no disponible |
| Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas. | Ninguna |
| Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica) | Ninguna |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

> Quizás el logro más significativo que ha impactado en la salud de los pueblos indígenas es el compromiso político del gobierno actual en su manifiesto de hacer la inversión necesaria para elevar los niveles de vida de las personas de la sur de Belice para que sea comparable al resto del país. Con este fin el Gobierno ha hecho una inversión significativa en los sistemas de agua, el saneamiento y los programas de control de vectores, la construcción de escuelas y viviendas para los profesores en las comunidades más remotas. En los diez últimos años, la construcción de carreteras secundarias ha reducido significativamente el aislamiento geográfico de las comunidades indígenas.

> Este compromiso es el resultado de los estudios de la pobreza de 1992 que revelaron que la pobreza es prevalente entre los pueblos indígenas en el país.

> La salud de los pueblos indígena en Belice también se ha beneficiado del mejoramiento de la electricidad y del programa rural de agua y saneamiento. Según el último informe de desarrollo humano del país de 1997, 69% de las comunidades rurales tienen acceso a una fuente de agua potable. De esta cobertura, 53% tienen acceso a un sistema de abastecimiento de agua rudimentario y un 16% acceso a bombas manuales. El mismo informe cita que la cobertura total para los establecimientos sanitarios es 22%. Aunque no hay ninguna estadística comprobable en cuanto a la relación de estas inversiones y la salud de los pueblos indígenas; debe señalarse que los establecimientos de salud pública en la región del sur han visto una disminución en la incidencia de las enfermedades de transmisión hídrica y una disminución en la mortalidad materna e infantil en los diez últimos años.

> Los ajustes hechos al Programa Nacional de Salud Materno-infantil para mejorar la cobertura de las tasas de inmunización, atención pre y posnatal en las comunidades rurales también han tenido una repercusión positiva sobre la salud de los pueblos indígenas de Belice. La colaboración con ONG y los organismos de las Naciones Unidas para adiestrar agentes comunitarios y voluntarios ha contribuido a mejorar la capacidad de los propios pueblos indígenas para prestar atención de salud directa (manejo y tratamiento de diarrea y malaria, educación sanitaria y monitoreo y notificación sobre condiciones ambientales que afectan salud) a sus comunidades. Los propios pueblos indígenas se reconocen formalmente como parte del sistema de salud en su función de auxiliares de enfermería comunitaria (trabajadores comunitarios de salud rurales), colaboradores voluntarios para la malaria y para el programa de control de vectores y parteras tradicionales.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas del país en el ámbito nacional y subnacional?

> Belice reconoce dos grupos étnicos como autóctonos; el garífuna y el maya (Kekchi y Mopan). Las tendencias actuales indican que están emigrando constantemente de sus comunidades tradicionales e incorporándose en las actividades económicas de Belice. Hoy, Belice tiene la tasa más alta de infección del VIH en Centroamérica y la quinta más alta en el Caribe debido al cambio en el modo de vida de los indígenas que intentan integrarse a la sociedad establecida. La infección por VIH entraña el mayor riesgo a su salud hoy. Los riesgos para la salud asociados con falta de seguridad alimentaria estarían en segundo lugar y la salud ocupacional clasificaría en tercer lugar, especialmente por su trabajo en las industrias de

acuicultura, plátano y productos cítricos debido a las condiciones de vida y ambientales.

> Un Censo Nacional de Talla para la Edad realizado en 1996 revela que 15,4% de los escolares de seis a nueve años de edad sufren de retraso del crecimiento. El nivel más alto de retraso del crecimiento se produjo en el Distrito de Toledo (39,0%), comparado con los otros Distritos que comprendieron entre 4% a 18%.¹

De los datos de la encuesta el Informe de Evaluación de Salud de Belice de 2001 revela patrones que individualizan al pueblo Mopan y al Kekchi por tener las tasas más altas de enfermedades transmisibles entre los grupos étnicos autóctonos del país. Estas enfermedades surgen de las precarias condiciones ambientales (por ejemplo, la malaria, la anemia y otras carencias nutricionales especialmente de vitamina A y Zinc); la escasez de apoyo institucional (por ejemplo, falta de enfermeras y doctores), la escasez de la infraestructura (agua y eliminación de desechos).² Aunque el gobierno, mediante su compromiso político ha progresado significativamente al abordar estos temas, gran parte de los problemas de infraestructura y el ambiente todavía están pendientes.

> Localmente, la seguridad alimentaria y nutricional, la salud familiar (salud reproductiva) y el saneamiento son tres de los temas de salud más significativos. Es también importante señalar que la prioridad para el gobierno es la reforma sanitaria y el esquema de seguro de salud nacional; la repercusión de este nuevo método de la prestación de servicios sobre los indígenas de Belice todavía no se ha evaluado plenamente. Debido a la tendencia actual de los cambios en los estilos de vida, cada vez hay un aumento notorio de la incidencia de las enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión, el cáncer y el Sida entre ambos pueblos indígenas en Belice.

> Aunque hay logros significativos en la instalación de los sistemas rurales de agua, todavía está

pendiente el tema del control de calidad y la necesidad de educación continua en el saneamiento ambiental. Es evidente que se espera cambios relacionados con la educación de los pueblos indígenas y las prácticas para mejorar su propia salud. La crisis económica que afecta a Belice hoy amenaza la capacidad del gobierno de mantener su programa de atención primaria de salud y la infraestructura de apoyo, por lo tanto, la red de seguridad para la atención de salud para los pueblos indígenas también está amenazada.

> Además, estos problemas de salud no son prioritarios en las agendas de los pueblos indígenas. La abogacía para asegurar que la estrategia de atención de salud actual no se erosione mediante la reforma sanitaria nacional no existe. Por ejemplo, el área actual de énfasis para el liderazgo maya es la adquisición de la tierra comunal.

> La degradación del medio ambiente es uno de los problemas que plantea una grave amenaza para la salud de los pueblos indígenas de Belice. La situación económica actual del país dicta que las personas se tornen más dependientes de ingresos en dinero en efectivo. Esto pone presión sobre los recursos naturales en las áreas donde los indígenas viven ya que cada vez más exigen y explotan estos recursos para usarlos como la base de sus ingresos en efectivo para proporcionar educación y salud a su familia. El aumento de la demanda de la tierra para la agricultura tradicional y el establecimiento de nuevos asentamientos nuevos son los factores principales que contribuyen a la degradación del medio ambiente, que amenaza en último término la seguridad alimentaria ya que la degradación del suelo disminuye la producción de alimentos.

> Las estadísticas más recientes indican que el sur de Belice es la zona del país con la incidencia más alta de pobreza. Esta es también el área a la que los indígenas del país llaman su hogar. Por consiguiente, la mitigación de la pobreza debe tener una consideración fundamental en la

¹ Seguridad Alimentaria y Nutrición en el Nivel Local; La experiencia de Toledo, Belice 2000 – 2004; PAHO/INCAP

² Informe de Salud de Belice, 2001



renovación de la estrategia para la atención primaria de salud y la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Otras consideraciones incluyen la disparidad de género, el aislamiento geográfico, bajo nivel del alfabetismo, la cultura y las tradiciones relacionadas con las percepciones de los pueblos indígenas de su propia salud y los gobiernos comunitarios.

| Análisis Estratégico | |
|--|---|
| <p>Fortalezas: características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > El compromiso del gobierno con la mitigación de la pobreza. > La colaboración con las organizaciones no gubernamentales, consejos culturales y organizaciones gubernamentales. > La política abierta a la participación de los pueblos indígenas para competir por posiciones ministeriales en desarrollo rural. > La participación de los indígenas como prestadores de atención primaria en las sus comunidades. > La flexibilidad en la programación de salud nacional para acomodarse a las necesidades específicas de los pueblos indígenas. > El sistema tradicional de gobierno de los pueblos indígenas. | <p>Debilidades: aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas</p> <ul style="list-style-type: none"> > La atención de salud no es una prioridad en la agenda de las Consejos Culturales Indígenas, principales defensores del bienestar de los pueblos indígenas en el país. > La falta de datos desagregados por pertenencia étnica, de hecho los datos que se recoge son para determinar la situación nacional. Además, los instrumentos de recopilación de datos no evalúan las peculiaridades de la situación de los pueblos indígenas. > La falta de políticas sociales nacionales sensibles a las tradiciones y culturas de los pueblos indígenas y que aborden sus necesidades especiales en cuanto a servicios básicos. > Organización deficiente de los pueblos indígenas, como resultado no pueden abordar la temática social que los afecta (diferentes grupos no se unen para abordar los problemas comunes). |
| <p>Oportunidades: Oportunidades: factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> | <p>Amenazas: factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> |

| Análisis Estratégico | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> > Existencia de conocimientos tradicionales sobre curación, remedios herbarios y seguridad alimentaria. > Colaboración y formación de redes para mejorar el abordaje de los temas de salud de los indígenas a través del Comité Coordinador de Toledo para el Plan de Acción Nacional para los Adolescentes y Niños. > Programa rural de atención de salud; auxiliares de enfermería comunitaria. > Reforma sanitaria. | <ul style="list-style-type: none"> > Alto a nivel de interferencia política de parte en la ejecución de programas a nivel de la comunidad, donde los pueblos indígenas son sumamente afectados. > Pobreza e inestabilidad económica; la situación económica actual amenaza la capacidad del gobierno de mantener su nivel de inversión en la atención primaria de salud. > Alto nivel de paternalismo y dependencia entre los pueblos indígenas. > Tendencias actuales de degradación del suelo y falta de seguridad en la tenencia de la tierra. > Crisis económica. |

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Belice

| Pueblos Indígenas | % de la Población Total (Stann Creek) | % de la Población Total (Toledo) | % Población Indígena (Stann Creek) | % Población Indígena (Toledo) |
|-------------------|---------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
| Garífuna | 45.4 | 12.5 | 88.7 | 18.1 |
| Mopan Maya | 5.5 | 25.2 | 10.83 | 36.54 |
| Kekchi Maya | 0.2 | 31.2 | 0.45 | 45.26 |
| Other | 48.8 | 31.2 | | |

Fuente: Oficina Central de Estadísticas. 2001. Resumen de Estadísticas. Impreso por el Gobierno de Belice.



Tabla 2. Desafíos, factores, a considerar e inequidades (parte 1)

Desafíos

Las estrategias de la salud y la salud pública deben incluir y abordar los factores estructurales, de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas.

> **Mantenimiento de la red de seguridad para la atención de salud de los pueblos indígenas.**

Factores a considerar

> **Ubicación:** Los pueblos indígenas de Belice (Maya Kekchi y Mopan) y los Garífuna se encuentran predominantemente en el sur de Belice. Dos de las ciudades principales (Punta Gorda y Dangriga) en esta región se conocen como comunidades garífunas. Hay otras cuatro ciudades Garífunas, Hopkins, Siene Bight y Georgetown en el Distrito Stann Creek y Barranco en el Distrito de Toledo. Los Garífunas viven en las zonas urbanas, costeras del sur. Los Maya por otro lado viven predominantemente en el interior rural de Toledo, donde debido a la disposición del terreno, se ven afectados por el aislamiento geográfico a los servicios sociales y a la participación en el trabajo que requiere capacitación.

> **Heterogeneidad étnica y cultural en Belice:** El programa de salud materno-infantil (SMI) refleja los esfuerzos del gobierno de Belice para mejorar el acceso a la atención básica de salud para los pueblos indígenas.

El programa de SMI conduce los dispensarios móviles a las zonas remotas usando a las auxiliares de enfermería comunitaria como su apoyo principal. El programa también ha incorporado a las parteras tradicionales como parte de la prestación formal de servicios.

El programa ha colaborado con sus contrapartes no gubernamentales para adiestrar a las parteras tradicionales para mejorar sus aptitudes y permitirles complementar sus prácticas tradicionales con las de la atención de salud convencional. Los propios indígenas son auxiliares de enfermería comunitaria y parteras tradicionales.

Inequidades

El abordaje de la salud en Belice es nacional; no hay ningún programa focalizado exclusivamente en los pueblos indígenas. Basta decir que la calidad y el nivel de atención disponible en las áreas donde los indígenas viven son inferiores en comparación con el nivel de la atención disponible en otras áreas del país donde vive la población indígena. Esto en gran parte se debe a los factores determinantes usados por el gobierno para asignar recursos para la atención de salud como son proporción de población y prevalencia de ciertas enfermedades. Toledo tiene un hospital de atención primaria, esto significa que los procedimientos como las cesáreas son transferidos fuera del Distrito. La atención de salud proporcionada por el gobierno es en gran medida subsidiada por ser ofrecida por equipos médicos voluntarios.

> **Pobreza:** 79%, correspondiente a 67,5% de toda la población vive bajo el umbral de pobreza. Los Mayas fueron considerados el grupo étnico más pobre y contribuye significativamente a la población joven de Toledo (tasa de fecundidad es 5,6 niños por mujer).

Entre los mayas, las mujeres y los niños son sumamente vulnerables y tienden a presentar condiciones de salud en deterioro (desnutrición) como consecuencia de la pobreza.

Es importante anotar que la brecha de pobreza para Toledo (44,4%) es significativamente mayor que el promedio nacional de 11,1%. La incidencia de la pobreza en el 2002 fue mayor entre los Garífunas y Maya que en 1995. La incidencia de la pobreza aumentó un 6,6% entre las personas garífunas; de 10% en 1995 a 16,6% en 2002 y entre el pueblo maya un 7,7%; de 65,8% en 1995 a 73,5% en 2002, mientras hubo una disminución en la incidencia de la pobreza entre los Creole y los mestizos, dos grupos étnicos también mayoritarios del país.

> **Analfabetismo:** 38% de los indígenas son considerados analfabetos en comparación con el promedio nacional de 26,1%.

Tabla 2. Desafíos, factores, a considerar e inequidades (parte 2)

> **Desempleo:** 10% del segundo promedio más bajo del país. Sin embargo, debido a la naturaleza del mercado de trabajo en estas áreas; hay un número significativo de subempleo. Aunque no se conocen los datos, un número significativo de los 10% empleados trabajan por su cuenta en la agricultura de pequeña escala o de subsistencia. También debe observarse que mientras el resto del país tiene oportunidad para el empleo como resultado de su industria, el sur de Belice, especialmente el Distrito de Toledo no tiene ninguna industria.

> **Servicios Básicos:** Hay un Ministerio de Desarrollo Rural que vigila la instalación de la infraestructura básica de la comunidad. Actualmente está en marcha un programa que procura mejorar la comunicación y el transporte a partir del mejoramiento de los caminos y los puentes. El Ministerio de Salud y otros equipos médicos de voluntarios conducen los dispensarios móviles a las comunidades donde viven los indígenas. Los servicios incluyen salud materno-infantil y el monitoreo y tratamiento de enfermedades relacionadas con el estilo de vida (enfermedades crónicas).

> **Mortalidad Infantil:** En el Distrito Stann Creek se reporta 28,3 por 1000 nacidos vivos y en el Distrito de Toledo 21,5 'pr 1000 nacidos vivos (aunque esta no es una información específica para los indígenas, refleja la situación de toda la población de la región). Ambos promedios son significativamente mayores que el promedio nacional de 17,1 por 1.000 nacidos vivos.

Inmunización la información disponible para la inmunización no refleja específicamente la cobertura por grupos étnicos en el país, las tasas de cobertura de vacunación para Toledo son 99,3% de BCG, 97,5% de vacuna antipoliomielítica oral, DPT/HepB/Hib (Pentavalente) 95,1%, MMR 88,3% y tasas de cobertura de vacunación para Distrito Stann Creek son BCG 96,8%, vacuna antipoliomielítica oral 93,8%, DPT/HepB/Hib (Pentavalente) 94,8% y MMR 88,3%.

> **Inmunización:** La información disponible para la inmunización no refleja específicamente la cobertura por grupos étnicos en el país, las tasas de cobertura de vacunación para Toledo son 99,3% de BCG, 97,5% de vacuna antipoliomielítica oral, DPT/HepB/Hib (Pentavalente) 95,1%, MMR 88,3% y tasas de cobertura de vacunación para Distrito Stann Creek son BCG 96,8%, vacuna antipoliomielítica oral 93,8%, DPT/HepB/Hib (Pentavalente) 94,8% y MMR 88,3%.

> **Mortalidad materna:** En el Distrito Stann Creek 116 por 100,000 y en Toledo 134,4 por 100,000, ambos datos significativamente más altos que los promedios nacionales de 40,5 por 100,000.

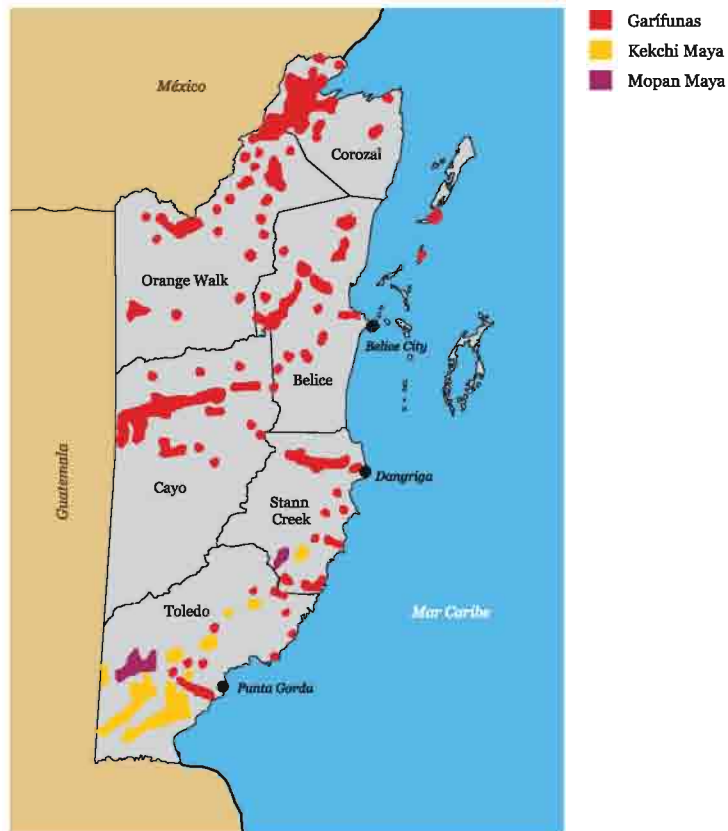
> **Desnutrición:** El Censo Nacional de 1996 sobre Talla de acuerdo a la edad muestra que la mayor tasa de retardo en el crecimiento ocurre en el Distrito de Toledo (39%) comparada con lo que ocurre en otros Distritos que tienen un rango entre 4% y 18%.

* Información sobre enfermedades infecciosas no está disponible

Fuente: Indicadores Básicos de Belice; Unidad de Epidemiología, Ministerio de Salud y Comunicación; Julio 2004. Foro sobre Pobreza y Desarrollo en Toledo, Ministerio de Economía y Desarrollo, Noviembre 2003.



Mapa de localización de los pueblos indígenas en Belice



Mapa de localización de los pueblos indígenas en Belice

| Comunidades Indígenas Distrito Stann Creek |
|--|
| > Comunidades Garífuna: > Dangriga Town > Siene Bight > Hopkins > Georgetown |
| > Comunidades Maya (Mopan) > Maya Mopan > Red Bank > Maya Centre |
| > Comunidades Maya Kekchi > San Roman > Santa Rosa > San Pablo |

| Comunidades Indígenas Distrito de Toledo | | | |
|--|--|---|---|
| > Comunidades Garífuna > Punta Gorda Town > Barranco | > Comunidades Maya (Mopan) Santa Cruz Santa Elena Na-Lum-caj | > Comunidades Maya (Kekchi) Mabilha Jordan Otoxha Dolores San Benito Poite Jalacte San Vicente San Pedro Colombia | > Blue Creek > Aguacate > Santa Teresa > San Lucas > Indian Creek > Medina Bank > Corazón Creek |
| > Pueblo Viejo > San Antonio > Crique Jute > San José | > Boom Creek > San Felipe > Santa Ana > Midway > Conejo Creek > Sunday Word > Crique Sarco > Laguna | > San Miguel > Silver Creek > Big Falls > San Marcos > Golden Stream > Bladden | > San José |





Bolivia

1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Constitución / Políticas Nacionales | Marcos legales | Política de Salud | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas | Información de contacto |
|--|---|--|---|--|-------------------------|
| <p>1991. Convenio 169 OIT, fue ratificado mediante Ley 1257 del 11 de julio, 1991, plantea la obligación del Estado de aplicar políticas públicas con la participación efectiva de los Pueblos Indígenas y el reconocimiento de derechos colectivos a favor de los mismos.</p> <p>1993. Resolución CD37/R5.</p> <p>1997. Resolución CD40. R6.</p> | <p>Constitución Nacional</p> <p>1994. Reforma de la Constitución Política.</p> <p>Art. 1: La República de Bolivia es una nación "multiétnica y pluricultural".</p> <p>Art. 171: Se reconocen y respetan los derechos sociales, económicos y culturales de los pueblos indígenas que habitan en el territorio nacional, en lo relativo a sus tierras comunitarias de origen, su identidad, valores, lenguas, costumbres e instituciones.</p> <p>1994 Ley de Participación Popular. Promulgada el 20 de abril de 1994, redefine al Municipio bajo una visión territorial.</p> <p>Art. 1: Promueve el proceso de participación popular de las comunidades indígenas y campesinas.</p> <p>Art. 14: Añade nuevas tareas a los municipios, como educación, salud y deporte.</p> <p>1995. Ley N° 1654 del 25 de julio de 1995 o Ley de Descentralización Administrativa, junto a la Ley de la Participación popular son avances hacia una democracia más participativa.</p> <p>2000. Ley del Diálogo. Proceso de deliberación establecido entre la sociedad civil y el Estado, constituye el mecanismo Nacional de Control Social</p> | <p>1987. Reglamento para la práctica de la Medicina Naturopática Tradicional, aprobado por Resolución Ministerial N° 0231 del 13 de marzo de 1987.</p> <p>1998. Seguro Básico de Salud, se instituye mediante DS 25265 del 31 de Diciembre de 1998.</p> <p>2001. Reglamento Seguro Básico de Salud. Aprobado por Resolución Ministerial N° 0182 del 10 de mayo del 2001.</p> <p>Art.6. EL SBS cubre la atención del embarazo y sus complicaciones, así como enfermedades prevalentes que afectan al menor de 5 años y a la población en general.</p> <p>2001. Normas para medicamentos naturales, tradicionales y homeopáticos, definido por resolución Ministerial N° 001-3 de 16 de enero de 2002.</p> <p>2002. Política Nacional de Salud, estrategias: atención primaria, gestión compartida, inclusión social, eliminación de discriminación en la atención de la población originaria. El 18 de enero del 2002, se resuelve la declaración del D.S. N° 26330 que crea el Seguro de Salud Indígena y Originaria.</p> <p>2002. Ley 2426 del 21 de noviembre de 2002, crea el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) artículo 8, sobre usos y costumbres.</p> <p>2002. Reglamento SUMI, establece la creación de los Directorios Locales de Salud (DILOS), máxima autoridad en la "gestión compartida con participación popular en salud" para el cumplimiento de la Política Nacional de Salud, la implantación del SUMI y la aplicación de programas priorizados por el municipio (Art. 7. II).</p> | <p>> Ministerio de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios.</p> <p>> Viceministerio de Derechos y Políticas de Pueblos Indígenas.</p> <p>> Ministerio de Salud y Deportes.</p> <p>> Viceministerio de Salud, Dirección General de Servicios de Salud.</p> <p>> Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud.</p> <p>> Dirección General de Prevención y Control de Enfermedades.</p> | <p>> Lic. Ricardo Calla Ortega, Ministro de Asuntos Indígenas ricardocalla@hotmail.com</p> <p>> Lic. María Eugenia Choque Viceministra de Derechos y Políticas de Pueblos Indígenas Originarios maepoviceministerio@yahoo.es Tel. (591)242-4466.</p> <p>> Dra Rosario Quiroga www.sus.gov.bo Tel. (591)244-0915</p> <p>> Dr. Eduardo Chávez, Tel. (591)244-0915</p> <p>> Arq. Ronald Lagrava rlagrava@reforma.org.bo</p> | |

Fuente: Bolivia realizó dos Talleres subnacionales en Santa Cruz y La Paz para completar el instrumento de evaluación. El documento completo de estas evaluaciones consta en el archivo del Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas en la Sede de la OPS.

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | |
|---|--|
| Proyectos interinstitucionales/intersectoriales. | <ul style="list-style-type: none"> > El Mecanismo Nacional de Control Social de Bolivia constituido a partir de la Ley del Diálogo Nacional (2001) ha invitado a la Organización de Acción Internacional por la Salud (AIS) y al Comité de Defensa de los Derechos del Consumidor (CODECO) para coordinar esfuerzos con diferentes instituciones en salud a fin de verificar el impacto en el sector salud de la EERE y la iniciativa HIPC. > La Asociación Internacional de Fomento, Banco Mundial y el Ministerio de Salud y Deportes (MSD) invierten intervención en los proyectos: SUMI, Programa Ampliado de Inmunizaciones, Programa Nutrición, Programa AIEPI y EXTENSA (para la disminución de la mortalidad materno e infantil). > El UNFPA y el Ministerio de Salud participaron en el programa de Salud Sexual y Reproductiva > La delegación de la Comisión Europea y el MSD encarraron el Proyecto de Higiene y Salud Base PROHISABA en Tarija y Potosí > El Banco Interamericano de Desarrollo junto al Ministerio de Salud intervinieron en: el Programa Nacional del Chagas, el Programa Ampliado de Inmunizaciones, el Programa Nacional de Bancos de Sangre y SINAVIS-INLASA. > La OPS/OMS asistió al Ministerio de Salud y Deportes (MSD) en el desarrollo de políticas de salud, salud ambiental, medicamentos esenciales, análisis de la situación de salud y sus tendencias, cooperación técnica y de información científica. > El programa Mundial de Alimentos (PMA) en coordinación con el Ministerio de Salud y Deportes ejecutaron en Programa Nacional de Nutrición. > La UNICEF y el MSD participaron en: el Programa Nacional de Nutrición y el Programa VIH/SIDA. > Bélgica y la Cooperación Francesa (IRD) apoyaron al MSD en el proyecto INLASA destinado a la investigación sobre la transmisión congénita del Chagas, las investigaciones sobre las consecuencias del paludismo durante el embarazo y, la caracterización y control de vectores. > Proyecto Socio-sanitario en Potosí (OPS/Cooperación Italiana/MSD/Municipio de Potosí) 2000-2002. > Proyecto Desarrollo en Salud Departamental POTOSI COPI/OPS/MSD/Municipio 2004. > CAUSANANCHISPAJ/OPS/MSP Estrategia Materna de Salud Intercultural. Programa Regional de Apoyo a los Pueblos Indígenas de la Cuenca del Amazonas; Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola FIDA; Corporación Andina de Fomento CAF (1996). > OPS/OMS apoyó a la Asamblea del Pueblo Guarani y COPICHAS en la implementación de proyectos y actividades de fortalecimiento institucional y abordaje de problemas prioritarios. |
| Proyectos múltiples. | <ul style="list-style-type: none"> > Desarrollo Institucional de la Coordinadora de Organizaciones y Pueblos Indígenas del Chaco Sudamericano (COPICHAS), Bolivia, Argentina y Paraguay. > Proyecto Trinitacional del Chaco Boliviano. |
| Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas. | <ul style="list-style-type: none"> > Confederación de Indígenas de Bolivia (CIDOB). > Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB). > Consejo de Suyus, Aymaras y Quechuas (CONSAO). > Confederación de Ayllus y Markas del Collasuyo (CONAMAC). > Confederación de Pueblos Indígenas del Chaco Sudamericano (COPICHAS). > Asamblea de los Pueblos Guaraníes (APG). |

3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|---|---|
| Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas, terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud. | <ul style="list-style-type: none"> > 1995-2002. Seguro Básico de Salud. > 2002. Política Nacional de Salud, estrategias: atención primaria, gestión compartida, inclusión social; eliminación de discriminación en la atención de la población originaria. > 2002-2004. Seguro Universal Materno Infantil. > Extensión en Salud (EXTENSA) Brigadas Móviles de Salud. > Unidad Técnica de Salud Indígena en el Ministerio de Salud. > 2003. Política Nacional de Medicamentos. |
| Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígenas y convencional. | Experiencias aisladas y desvinculadas de los sistemas de salud estatal, a cargo de pueblos indígenas, como es el caso de la Capitanía de El Alto y Bejo Iroso en la comunidad Guarani. Integración de la medicina Kallawayá, en el Centro de Salud Hospital Kallawayá Boliviano-Español, Curva Shoquena Huasi, La Paz; Hospital San Ignacio de Velasco, Chiquitania. |
| Asociaciones de terapeutas indígenas. | Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), Instituto Boliviano de Medicina Tradicional (INSBOMETRA), Confederación de Médicos Naturistas y Tradicionales (COMENTA), Confederación de Médicos Naturistas, Indígenas de Kollasuyo (CONMIK), Fundación Boliviana de Medicina Natural (FUNDOMENT), Instituto de Medicina Tradicional Kallawayá. |
| Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación, becas). | Curso de Postgrado en salud Intercultural (WILLAQUNA) Universidad Tomas Frías POTOSI, Curso sobre Medicina Tradicional, Universidad Francisco de Asís. |

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|--|
| <p>Información sobre el perfil demográfico, socio-económico y epidemiológico de los pueblos indígenas.</p> | <p>"Las características socio demográficas de la población indígena" figuran en la publicación del Instituto Nacional de Estadísticas (INE), con datos del Censo 2001, información en www.ine.gov.bo</p> <p>En el Sistema Nacional de Salud (SNS), no existe posibilidad de lograr la identificación de la población por su condición étnica, por lo que es imposible a la fecha, establecer su situación, grado de cobertura y demás datos.</p> <p>En 1997, la OPS, en el marco de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas promovió la realización de un documento de análisis "Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Bolivia", además de llevar adelante una búsqueda de fuentes de información científica y técnica sobre la salud de los pueblos indígenas para poder acceder a esta información vía conexiones electrónicas.</p> |
| <p>Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable etnicidad.</p> | <p>Mapa de distribución de Pueblos Indígenas, Ministerio de Asuntos Campesinos y Pueblos Indígenas, 2001. Ver anexo mapa (pág. 53)</p> |
| <p>Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país.</p> | <p>Mapa de distribución de Pueblos Indígenas, Ministerio de Asuntos Campesinos y Pueblos Indígenas, 2001. Ver anexo mapa (pág. 53)</p> |
| <p>Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sus temas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud.</p> | <p>Solamente existen estudios referidos a algunas regiones indígenas o pueblos específicos. La existencia de 37 Pueblos indígenas diversos en tradiciones y cultura hace difícil extender estos resultados al conjunto.</p> <p>Moreno, Rita Paola (1996) Informe de trabajo documentación recopilada sobre la salud de los pueblos indígenas, OPS/OMS, La Paz (documento inédito).</p> |
| <p>Publicaciones periódicas sobre salud de los pueblos indígenas.</p> | <p>No existen.</p> |
| <p>Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS y otras instituciones (dirección electrónicas).</p> | <p>CIDOB www.cidob.org.bo (Confederación Indígena de Bolivia).</p> |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- De manera general no hubo logros para los pueblos indígenas/originarios de las tierras altas rurales. Los logros parciales fueron:
- > La Ley 1737 de los Medicamentos Naturales y Tradicionales.
 - > Creación de la Subcomisión Nacional de Medicina Natural y tradicional.
 - > Construcción de hospitales que integran la medicina tradicional en las localidades de Curva, Charazani, Amarete, Patacamaya, el Chapare y Huancollo.
 - > La ley SUMI que dispone la integración con la medicina tradicional.
 - > El reconocimiento a la Medicina Tradicional representada por la medicina Kallawaya por la UNESCO como patrimonio oral e intangible de la humanidad.
 - > La participación de los médicos tradicionales en la campaña contra la tuberculosis.
 - > Las farmacias comunales con medicamentos tradicionales naturales y occidentales.
 - > Las leyes que reconocen a los pueblos indígenas.
 - > Cooperación internacional que apoya directamente a los pueblos indígenas.
 - > Reconocimiento de las autoridades nacionales a la Escuela de Salud del Chaco Boliviana.
 - > Resoluciones administrativas del SEDES de Santa Cruz para el funcionamiento de consultorios de médicos tradicionales.
 - > Estudio epidemiológico del Chaco con participación de los ministerios de salud y la OPS de los tres países.
 - > Descentralización departamental de los SEDES.
 - > Integración de la Medicina Tradicional y la Occidental en la provincia de San Ignacio
 - > Desarrollo del aspecto legislativo, promulgación de la Ley 1257 (homologación del Convenio 169 de la OIT), de la ley de medicamentos tradicionales y de la Ley SUMI.

- > Convocatorias trinacionales (Ministerio de Salud de Argentina, Bolivia y Paraguay) para desarrollar proyectos en salud y dar respuesta a problemas de salud del Chaco Sudamericano.
- > Decreto 0231 que da reconocimiento a las asociaciones de Medicina Tradicional.
- > Desarrollo de experiencias de integración de Medicina Tradicional con la Occidental en el Hospital de Santa Isabel en la provincia de San Ignacio de Velasco y en el departamento de Santa Cruz.
- > Descentralización de la cooperación internacional en salud como por ejemplo el caso de la OPS en el departamento de Santa Cruz.
- > Inicio del proceso de integración entre la Medicina Occidental y la Medicina Tradicional.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2007?

- > No se lograron los objetivos y metas en salud indígena propuestos por congresos y seminarios nacionales en áreas rurales.
- > Los recursos económicos no están beneficiando en forma directa a las áreas rurales
- > El SUMI no llega a los pueblos indígenas, pues se limita al área urbana.
- > Falta de trabajo coordinado en los establecimientos de salud entre la Medicina Tradicional y Occidental.
- > Falta de apoyo en infraestructura, falta de agua potable, vías de comunicación, electrificación y educación sobre salud e higiene.
- > Falta de personal de salud, equipos básicos, medicamentos y ambulancias en las poblaciones indígenas. No hay una adecuada planificación del suministro de medicamentos.
- > Poca participación popular en los municipios.
- > No hay participación indígena en los DILOS (Directorio Local de Salud) y estos no funcionan adecuadamente.

- > Alta tasa de mortalidad infantil por EDA.
- > No llegan a los municipios los recursos económicos del HIPC II (Programas para el alivio de la deuda externa de países pobres altamente endeudados).
- > Atención insuficiente para niños con malformaciones.
- > Falta de información de los derechos en salud.
- > Difícil acceso a las comunidades indígenas rurales.
- > Discriminación a los indígenas y a las personas sin recursos económicos.
- > Incumplimiento de la ley 1257 que ratifica el convenio 169 de la OIT
- > Falta de adecuación cultural de la atención primaria en salud.
- > Personal indígena formado no se incorpora como personal nombrado y financiado por Tesoro General de la Nación (TGN).
- > No se reconoce ni se toma en cuenta el Consejo Indígena de Salud en la formulación y desarrollo de las políticas nacionales de salud.
- > Existen barreras geográficas y económicas para acceder a los servicios de salud.
- > Falta de confianza y credibilidad de los servicios de salud para la atención materna.

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

- > Inserción, integración e institucionalización de la medicina tradicional y naturista en el Ministerio de Salud, en el SUMI, en hospitales, postas médicas y farmacias comunales tradicionales.

- > Revalorización y registro de los productos naturales y tradicionales.
- > Trabajo coordinado entre académicos y médicos tradicionales.
- > La interculturalidad debe ser incluida en los programas de enseñanza secundaria y de educación superior.
- > Creación de universidades indígenas para mayor capacitación y formación de la comunidad.
- > Representación indígena en los Servicios Departamentales de Salud (SEDES) a nivel nacional.
- > Mayor apoyo en los medios de comunicación para difusión de temas de salud.
- > Profundización de los convenios en salud para los pueblos indígenas y mejor aplicación de la ley SUMI.
- > Capacitación e información de indígenas en instancias políticas de salud.
- > Incluir la visión de la Medicina Tradicional en cuanto a prevención y autocuidado en las estrategias de atención primaria de salud.
- > Designar al Director de Medicina Tradicional en el Ministerio de Salud
- > Incorporar las plantas medicinales en los servicios de salud.
- > Mejorar el funcionamiento de los DILOS.
- > Incorporar a los médicos tradicionales incluyendo a las parteras/os en los servicios de salud públicos.
- > Reconocimiento por parte del Ministerio de Salud de la atención de los médicos tradicionales en el SUMI y que reciban remuneración.
- > Realizar programas de formación para médicos tradicionales.
- > Formulación y desarrollo de políticas para atención de los discapacitados en poblaciones indígenas y asegurar su reinserción en la sociedad.

| Análisis Estratégico | |
|--|--|
| <p>Fortalezas: características particulares del país que facilitarían las acciones del mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Tratamiento integral y preventivo de la medicina tradicional. > Los médicos tradicionales están reconocidos por la sociedad y tienen permanencia en las comunidades (farmacia viva). > Especialistas tradicionales (Kolliris, Yatiris, Amautas, Jampiris, Kallawayas, etc.) y preservación de conocimientos tradicionales. > Gran riqueza de biodiversidad para la medicina tradicional en Bolivia. > Organizaciones e instituciones con conocimientos en medicina tradicional que trabajan por esta. > Convenios interinstitucionales. > Existe voluntad y decisión de la sociedad civil e institucional de la medicina tradicional. > Reconocimiento nacional de las organizaciones indígenas. > Convenios interinstitucionales. > Recursos disponibles, humanos y naturales de los pueblos indígenas. > Voluntad y decisión de la sociedad civil e institucional a favor de la medicina tradicional > Los pueblos indígenas han mantenido su cultura, prácticas y conocimientos. > Presencia indígena en el parlamento. > Existencia de marcos jurídicos que reconocen los derechos de los pueblos indígenas. | <p>Debilidades: aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Falta de formación de los médicos tradicionales en la elaboración de proyectos para búsqueda de financiamiento. > Aculturación, desvalorización de los conocimientos. > El Ministerio del Medio Ambiente no se ha integrado a la protección de las plantas medicinales. > Falta de reglamentación nacional y medios técnicos para la protección de conocimientos y plantas tradicionales. > Falta de coordinación efectiva entre médicos tradicionales y el Ministerio de Salud. > Proliferación de organizaciones e instituciones que trabajan con medicinas tradicionales. > No existen políticas nacionales en contra de la extinción y depredación de la fauna y flora, Servicios básicos insuficientes > Mala utilización por el Estado de los recursos naturales. > Débil presencia de las políticas de salud. > La medicina tradicional no está articulada y tiene una presencia dispersa. > Débil capacidad organizativa y de liderazgo. > Persistencia de la discriminación contra la población indígena. > Débil participación de las organizaciones indígenas en las instituciones de gobierno nacional y departamental. > Falta de calidad, calidez y adecuación cultural en los servicios de salud. > Limitaciones en el sistema educativo en cuanto a la formación en salud. > Inexistencia de normas que protejan la propiedad intelectual sobre las plantas medicinales. |
| <p>Oportunidades: factores que están en el contexto y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Reconocimiento por la UNESCO de los Kallawayas. > Ley SUMI. > Investigación plantas medicinales. | <p>Amenazas: factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Invasión de productos extranjeros. > Poca transmisión de los conocimientos médicos por los sabios indígenas. > Proliferación de sectas religiosas. |



Tabla 2. Desafíos, factores, a considerar e inequidades (parte 1)

| Análisis Estratégico | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> > Demanda de plantas medicinales en enfermedades como el SIDA. > Posibilidad de financiamiento externo para apoyo a la medicina tradicional. > Existe interés de organismos internacionales en apoyar a la medicina tradicional. > Existe una subcomisión de productos naturales a nivel nacional. > Proceso de participación ciudadana con cooperación nacional e internacional. > Convenios internacionales y nacionales. > Opinión favorable respecto a la medicina tradicional. > Medio ambiente relativamente poco contaminado y gran biodiversidad. > Proceso de la Asamblea Constituyente para las autonomías indígenas. > Cooperación internacional que prioriza la inversión en el desarrollo de los pueblos indígenas. | <ul style="list-style-type: none"> > Contaminación del medio ambiente (chaqueo, fertilizantes, transgénicos, etc.). > El ALCA. > El contrabando de productos herbarios. > Falsos médicos tradicionales y mal uso de recursos naturales. > Débil rectoría del Gobierno. > Débil control del Estado al cumplimiento de acuerdos y normas. > Riesgo de politización o ingerencia política en los programas de salud. > Existencia de corrupción, división nacional e intereses de personas y grupos. > Globalización y privatización. > El subdesarrollo del país como consecuencia de políticas económicas dependientes. > División en el movimiento indígena. > La inversión social pública cada vez más baja. > Pérdida de la cultura y la lengua por aculturación. |

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Bolivia

| Población Nacional | Población indígena según indicador étnico censal | Número | % | Pueblos Indígenas |
|--------------------|--|-----------|-------|-------------------|
| 8.274.325 | > Por idioma en el que aprendieron a hablar | 3.718.969 | 44,94 | 37 |
| | > Por idioma que hablan | 4.133.138 | 49,95 | |
| | > Por auto pertenencia o autoadscripción | 5.134.218 | 62,05 | |

Fuente: Censo 2001, Bolivia

Nota: Hay tres indicadores aplicables a la identificación de la población indígena:

- i) el idioma que declararon hablar todas las personas (0 y más años);
 - ii) el idioma con el que las personas de cuatro y más años declararon haber aprendido a hablar;
 - iii) la población de quince y más años que declararon pertenecer a un pueblo indígena (población de 15 y más = 5.064.992).
- Es importante indicar que en la publicación del INE "Características socio demográficas de la población indígena de Bolivia" (2001), para la construcción de los datos referidos a educación, empleo, fecundidad, mortalidad, etc., se considera indígena a la persona que habla una o más lenguas indígenas.

Desafíos

- > La actual situación de invisibilidad estadística de la población indígena como grupo social. Esta ausencia impide establecer con precisión su situación actual como también establecer las brechas que separan a la población indígena de la no indígena. También es causa directa para que la inversión social pública no se dirija hacia los grupos indígenas ni tome en cuenta su situación de mayor vulnerabilidad, riesgo y exclusión.
- > La aplicación de la interculturalidad en tanto política de Estado y su inserción plena en toda la estructura del poder ejecutivo para lograr una integrada acción gubernamental en ese marco. Esto deberá implicar además una estrategia de acción afirmativa en favor de la población indígena dada su situación de mayor vulnerabilidad, exclusión e inequidad.
- > En el marco de la interculturalidad, extender los contenidos de la visión holística indígena hacia los distintos niveles de la vida social y cultural del país, logrando así implantar y desarrollar el respeto por las culturas indígenas.

> Factores a considerar

Localización: Los pueblos indígenas Quechuas (1.555.641 personas) y Aymaras (1.277.881) constituyen la mayoría de la población de los departamentos andinos del occidente del país. Los Aymara en los Departamentos de La Paz, Oruro y parte de Potosí y los Quechuas en los Departamentos de Cochabamba, Chuquisaca y parte de Potosí. Estos pueblos constituyen también mayoría en las ciudades de La Paz, Oruro y Cochabamba.

Los pueblos indígenas de las Tierras Bajas, es decir la Amazonía, el Oriente y el Chaco bolivianos son 35; representan aproximadamente el 3% de la población de Bolivia. Varios pueblos son multinacionales como es el caso, principalmente de los Aymara, Quechua, Guarani.

De esta realidad es importante considerar dos aspectos, por una parte el desafío de definir políticas para una población que demográficamente es mayoría tanto rural como urbana. Por otra parte definir políticas y estrategias para pueblos indígenas que se encuentran en situación de alta

vulnerabilidad, algunos de ellos en situación de extinción.

> Heterogeneidad étnica y cultural en Belice:

Los treinta y siete pueblos indígenas de Bolivia representan a aproximadamente a 9 familias lingüísticas (Jaqaru (Aymara) Quechua, Arawak, Pano, Guarani y varias aisladas) y varias formas dialectales. Presentan igualmente una diversidad de horizontes histórico respecto al momento y las características de su contacto con la sociedad dominante tanto durante el período colonial como en la República. Mientras los grupos mayoritarios indígenas Quechuas y Aymaras tienen una relación colonial de 500 años, hay pueblos que solamente tienen 60 años, como los Ayoreo, o 18 años de contacto, como los Yuki. Esta alta heterogeneidad se refleja en sistemas culturales muy diferenciados entre sí, su estructura social, económica, política y religiosa muy diferenciados entre sí.

> Atención culturalmente apropiada: Aunque hay avances importantes en la normativa específica de salud respecto a la obligatoriedad de prestar una atención culturalmente adecuada, son muchos los estudios que muestran que en la prestación de servicios, particularmente en el caso de embarazo, parto y puerperio, así como de atención primaria a niños/niñas y personas de la tercera edad, no existe aún una aplicación del principio de la atención culturalmente adecuada en un marco de interculturalidad, concluyendo que este es uno de los puntos en los que menos se ha avanzado. Persiste por tanto una fuerte presencia de prácticas y concepciones discriminatorias hacia la población indígena, de menosprecio a sus formas y prácticas culturales y su visión del mundo.

Inequidades

> Pobreza: No existe a la fecha el cálculo de pobreza por INI que distinga a la población indígena de la no indígena. Sin embargo los municipios rurales con alta predominancia de población indígena, particularmente los situados en el área del altiplano y valles, presentan pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas, en por encima del 90% de los hogares.

> Analfabetismo: Según el censo del 2001, 19,61% de la población indígena es analfabeta comparada con 4,51% entre los no indígenas.



Tabla 2. Desafíos, factores, a considerar e inequidades (parte 2)

Así mismo, uno de cada tres indígenas es analfabeto funcional. Por sexo, los varones indígenas presentan una tasa de analfabetismo de 9.87 en comparación con 2.85 entre los no indígenas.

Las mujeres indígenas presentan una tasa de analfabetismo de 29.03 en comparación con 6.08 entre las no indígenas.

> **Desempleo:** La población económicamente activa indígena alcanza el 59.07% en comparación con 43.94% entre la no indígena. La población indígena desocupada alcanza el 2.19% en comparación con 2.35% entre la no indígena.

> **Servicios básicos:** Dado que no se ha trabajado con los indicadores de pertenencia étnica, no se cuenta con datos referidos a la población indígena, aunque sí se puede afirmar que la mayor parte de los municipios altamente carenciados tienen una mayoría de población indígena.

> **Mortalidad infantil:** Según datos del censo del 2001 la población indígena presenta una mortalidad infantil de 75 por mil nacidos vivos en comparación con 52 por 1.000 nacidos vivos en la población no indígena. En el área urbana, la tasa de mortalidad infantil de los indígenas es de 63 por 1.000 nv en comparación con 47 por 1.000 nv entre los no indígenas. En el área rural la mortalidad infantil indígena es del 94 por 1.000 y la no indígena del 65 por 1.000 nv.

> **Mortalidad materna:** Aunque no hay datos desagregados por pertenencia étnica, estudios parciales, realizados a partir de la encuesta post censal del Censo 2001 estiman que, en los Municipios que presentan mayores niveles de exclusión, la tasa estimada es de 300 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Todos estos municipios son de mayoría Aymara y Quechua.

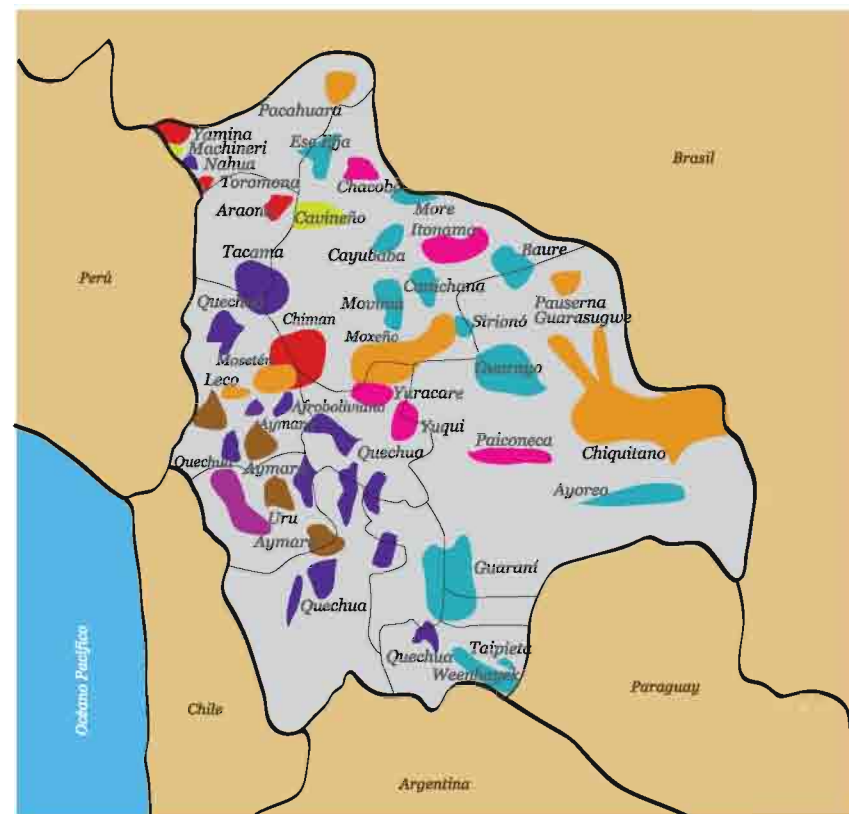
> **Desnutrición:** Según la Encuesta Nacional de Demografía en Salud (ENDSA) de 1994, 28% de los niños menores de tres años presentaban desnutrición crónica (déficit de talla para la edad). Uno de cada tres niños, en áreas rurales y uno de cada cinco, en las urbanas, padecía desnutrición crónica. Aunque no hay información desagregada por pertenencia étnica, se puede afirmar que la desnutrición afecta gravemente a la población indígena por su presencia mayoritaria en las áreas rurales y zonas urbanas marginales de concentración de la pobreza.

> **Enfermedades infecciosas:** La enfermedad del Chagas, se encuentra en 60% del territorio boliviano, en el área de los valles en los que la población Quechua es mayoritaria; la mortalidad estimada por éste mal es de 13% de la población total. En tres cuartas partes del territorio boliviano se transmite la malaria, en tales áreas malaricas residen 3.5 millones de habitantes, vale decir, la mitad de la población del país. En 1999 el Programa Nacional de Control de la Tuberculosis reportó 9.272 casos de tuberculosis en todas sus formas, un descenso de 132 a 114 por 100.000 habitantes de 1996 a 1999. Sin embargo la reducción observada debe interpretarse con cautela, porque puede estar asociada a cambios en el sistema de notificación y registro. En talleres sobre salud con representantes de pueblos indígenas se mencionaron como las causas más frecuentes de muerte en hombres: malaria, diarreas y tuberculosis, mal de Chagas. Respecto a las causas de muerte de los niños, se indicaron: diarrea, desnutrición, neumonía y disentería. Para las mujeres la hemorragia durante el parto y durante el embarazo.

> **Diabetes, obesidad, alcoholismo:** No se consignan datos por pertenencia étnica.

> **Suicidio:** No se consignan datos por pertenencia étnica.

Mapa de localización de los pueblos indígenas de Bolivia





Brasil



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales (parte 1)

| Acuerdos internacionales | Constitución / Políticas Nacionales | Marcos legales | Políticas de Salud | Instancias Gubernamentales / Ministerio | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas | Información de contacto |
|---|---|---|---|--|---|-------------------------|
| <p>Convenio 169 de la OIT (aprobado por el Decreto no. 5.051, del 19 de abril del 2004)⁴</p> <p>Resolución CD37.R5</p> <p>Resolución CD40.R6⁵</p> | <p>La Constitución Federal reconoce a los pueblos indígenas sus especificidades étnicas y culturales así como establece sus derechos sociales, siendo principales los artículos 231 y 232 del capítulo VIII (De los Indios) del Título VIII (De la orden social):</p> <p>Art. 231. Son reconocidos a los indios su organización social, costumbres, lenguas, creencias y tradiciones, y los derechos originarios sobre las tierras que tradicionalmente ocupan, compitiendo a la Unión demarcarlas, proteger y hacer respetar todos sus bienes.</p> <p>1er. Son tierras tradicionalmente ocupadas por los indios las por ellos habitadas en carácter permanente, las utilizadas para sus actividades productivas, las imprescindibles a la preservación de los recursos ambientales necesarios a su reproducción física y cultural, según sus usos, costumbres y tradiciones.</p> <p>2do Las tierras tradicionalmente ocupadas por los indios se destinan a su posesión permanente, correspondiéndoles el usufructo exclusivo de las riquezas del suelo, de los ríos y de los lagos en ellas existentes.</p> | <p>El Decreto MS No. 254 del 31 de enero del 2002 aprueba la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas.</p> <p>El Decreto 070/GM, del 20 de febrero del 2004, aprueba las directrices de Gestión de la Política Nacional de Atención a la Salud Indígena.</p> <p>> Subsistema de Salud Indígena</p> <p>El subsistema de salud indígena del Sistema Único de Salud fue instituido por la Ley No.9.836, del 23 de septiembre de 1999, que incrementó un capítulo específico a la Ley 8.080, del 19 de septiembre.</p> <p>de 1990, que estructura el Sistema Único de Salud. Esta Ley es reglamentada por el Decreto No. 3156, del 27 de agosto del 2004.</p> <p>> Relación con el SUS</p> <p>El Decreto MS No.1163, del 14 de septiembre de 1999, establece algunos mecanismos de relación del subsistema con las demás esferas del SUS.</p> <p>> Distritos Sanitarios Especiales Indígenas</p> <p>El Decreto FUNASA No.852, del 30 de septiembre de 1999 crea los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas y su estructura; el Reglamento Interno de la FUNASA sitúa los DSEI dentro de la estructura del órgano.</p> | <p>> Responsabilidad Sanitaria</p> <p>El Jefe de Distrito es la autoridad sanitaria sobre los territorios indígenas abarcado por los DSEI.</p> <p>El Artículo 8 del Decreto 3156/99 en su Párrafo 1, crea la figura del Jefe de Distrito y el Párrafo 3 define la responsabilidad sanitaria del DSEI.</p> <p>> Acompañamiento, participación y control social</p> <p>Mecanismos de acompañamiento y participación social son establecidos por el Decreto MS No. 70/GM, del 20 de febrero del 2002, que crea el Consejo Consultivo de la Política de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas y por la Resolución CNS/MS No.293, del Consejo Nacional de Salud, del 08 de julio de 1999, que reestructura la Comisión Intersectorial de Salud del Indio.</p> <p>Mecanismos de control social son definidos para el Sistema Único de Salud por las leyes 8080/90 Art. 7, VIII</p> | <p>> Departamento de Salud Indígena de la Fundación Nacional de Salud, autarquía del Ministerio de Salud. DESAI/FUNASA/MS</p> <p>> Coordinación de Saneamiento y Edificaciones en Áreas Indígenas</p> <p>Departamento de Ingeniería de Salud Pública de la Fundación Nacional de Salud</p> <p>COSAN/DENSP/FUNASA/MS</p> | <p>> Dr. Alexandre Padilha</p> <p>Dirección:</p> <p>SAS Quadra 04 Bloco N Sala 702 Edifício FUNASA</p> <p>Teléfonos:</p> <p>55 (61) 314-6356</p> <p>Fax:</p> <p>55 (61) 223-1766</p> <p>55 (66) 226-7149</p> <p>55 (61) 226-4006</p> <p>E-mail:</p> <p>Alexandre.Padilha@funasa.gov.br</p> | |

⁴ El Convenio 169 de la OIT (1989) fue ratificado por los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú y Venezuela (OIT, 2004: <http://www.ilo.org/direct/speaush/comratify.html>).

⁵ Los 35 Estados Miembros de la OPAS expresaron su compromiso con la prioridad de la atención a los pueblos indígenas de las Américas al suscribir las Resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997). Los siguientes países son miembros de la OPAS: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Santa Lucía, Sant Kitts y Nevis, San Vicente y Granadinas, Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales (parte 2)

| Acuerdos internacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|-------------------------------------|---|---|
| Constitución / Políticas Nacionales | <p>Políticas de Salud</p> <p>Ley 8142/90. En el subsistema de salud indígena el tema es regulado por las siguientes normas y dispositivos: Ley 9836/99 Art. 19-H Derecho de participación en los consejos nacional, estatales y municipales de salud;</p> <p>> Decreto 3156/99 Art. 3 Párrafo VIII control social.</p> <p>> Decreto 3156/99 Art. 8 Párrafo 4 atribuciones del Consejo Distrital de Salud Indígena.</p> <p>> Decreto 3156/99 Art. 8 Párrafo 5 composición paritaria del Consejo Distrital de Salud Indígena.</p> <p>> Decreto 3156/99 Art. 9 Atribuciones de los Consejos Locales de Salud Indígena.</p> <p>> Decreto 3156/99 Art. 10 Competencia para designación de miembros de los consejos.</p> <p>> Decreto de la FUNASA 852/99 Art. 3 al 6 instituye los Consejos Distritales de Salud Indígena.</p> <p>> Decreto MS 254/02 (Anexo Ítem 4 y subítem 5) detalla la concepción de los consejos de salud indígena.</p> <p>> Decreto MS 1163/99 Art. 2 Ítem III delega a la FUNASA competencia para garantizar la participación de los pueblos indígenas en las instancias de control social.</p> | <p>Instancias Gubernamentales / Ministerio</p> <p>Información de contacto</p> |

2. Alianzas Estratégicas y Redes de Colaboración Interinstitucional e Intersectorial (parte 1)

| | |
|---|--|
| <p>> Desde 1999 la Fundación Nacional de Salud establece convenios con organizaciones no gubernamentales, inclusive indígenas, alcaldías municipales y universidades, para prestación de servicios de salud, promoción del control social, formación de agentes indígenas de salud para la actuación en las tierras indígenas. Actualmente la FUNASA mantiene convenios con 49 organizaciones:</p> <p>Convenios de la FUNASA con Organizaciones Indígenas en el 2004:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Consejo General de la Tribu Tikuna-CGTT-AM > Coordinación de las Organizaciones Indígenas de la Amazonía Brasileña-COAB-AM > Organización de los Pueblos Indígenas del Medio Purus-OPIMP-AM > Unión de las Naciones Indígenas de Tefé UNI-TEFÉ-AM > Federación de las Organizaciones Indígenas del Alto Río Negro-FOIRN-AM > Coordinación de las Organizaciones de los Pueblos Indígenas en el Ceará-COPICE-CE > Asociación de Apoyo a la Salud de los KANELA-MA > Asociación de Salud de la Comunidad Indígena del Municipio de ARAME-MA > Asociación de Salud de las Sociedades Indígenas de GRAJAU-MA > Asociación de Salud de las Sociedades Indígenas de JENIPAPO DOS VIEIRAS-MA > Asociación de Salud Pytcopeatiji-GAVIÃO-MA > CONS. INDÍGENA PEP CACHIC-M ALTOS (KRIKATI)-MA > Organización de Desarrollo Indígena del AMARANTE-MA > Asociación INDY MAHADU-MT > Asociación HALITINÁ-MT > Asociación Imprevê de la Defensa del Pueblo Mebengokre-IPREN-RE-MT > Asociación Mavutisimín-MT > Asociación de los Pueblos Indígenas del Tocantins - APITTO-PA > Asociación Indígena Tembê de Tomé-Açu - AITTA-PA > Asociación Benéfica Moté Kaipó - ABEMOKA-PA > Asociación de los Pueblos Indígenas del Sur del Pará - APISUL-PA > Asociación Tuto Pombo-PA > PIKATOTI Asociación KAMOKO-RE-PA > Consejo Indígena de Roraima-CIR-RR > Asociación Indígena Kanharu-AIKA-SC > Asociación Indígena XERENTE -AIX-TO > Consejo de las Organizaciones Indígenas del Pueblo Javaé - CONJABA-TO | |
|---|--|



2. Alianzas Estratégicas y Redes de Colaboración Interinstitucional e Intersectorial (parte 2)

| | |
|---|---|
| | <p>Convenios de la FUNASA con ONGs (excepto indígenas) en el 2004:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Instituto de Apoyo al Desarrollo Autosustentable de los Pueblos Indígenas-INDASPI-(CASAD)-AM > Instituto de Apoyo al Desarrollo Autosustentable de los Pueblos Indígenas-INDASPI-AM (Parintins) > Misión Evangélica CAIUA-MG > Misión Evangélica CAIUA-MS > Instituto de Promoción y Educación del Centro y Norte - IPEC-MT > Operación Amazónica Nativa-OPAN -MT > Diócesis de Roraima-RR > Instituto Brasileiro de Desenvolvimento Sanitário-IBDS-RR > Asociación de los Rondonistas de Santa Catarina -RONDONISTA-SC <p>Convenios de la FUNASA con universidades e instituciones de investigación en el 2004:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Universidad de Brasilia-UNB-DF > Universidad Federal del Mato Grosso - UFMT-MT > Universidad de Brasilia - UNB-MT > Universidad de São Paulo - USP-MT > Universidad de São Paulo - UNIFESP-MT > Universidad de Brasilia - UNB-RR <p>Convenios de la FUNASA con alcaldías municipales en el 2004:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Alcaldía Municipal de ALTAMIRA-PA > Alcaldía Municipal de JACAREACANGA-PA > Alcaldía Municipal de ENTRE RIOS-SC > Secretaría Municipal de Salud de São Paulo |
| <p>Proyectos nacionales, interinstitucionales /intersectoriales</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Demarcación de Tierras Indígenas, Desarrollo Comunitario, Defensa de Derechos <p>FUNDACIÓN NACIONAL DEL INDIÓ – FUNAI/MINISTERIO DE JUSTICIA Mércio Pereira Gomes (Presidente de la FUNAI) - mercio.gomes@funai.gov.br SEPS Quadra 702/902 Bloco A, Ed. Lex - 3º andar - 313-3502</p> <ul style="list-style-type: none"> > EDUCACIÓN ESCOLAR INDÍGENA Kléber Matos - klebermatos@mec.gov.br Esplanada dos Ministérios, Blo. L, 8º andar, teléfono: 410.8434/8520/8543 <ul style="list-style-type: none"> > AGRICULTURA FAMILIAR MINISTERIO DESARROLLO AGRARIO Renata Leyte Manoel de Jesus - renata.leyte@mnda.gov.br Esplanada de los Ministerios, Blo. A, 8º andar - 314.8005 / 426-9845 > POLÍTICA DE MEDIOAMBIENTE MINISTERIO MEDIO AMBIENTE Isa Maria Pacheco - isam.pacheco@mma.gov.br Esplanada de los Ministerios, Blo. B, 5º andar 317.1201/1323/1451 - 317.1080 > PROMOCIÓN DE LA IGUALDAD RACIAL Secretaría Especial de Promoción de la Igualdad Racial Benedito Cintra - benedito.cintra@planalto.gov.br Esplanada de los Ministerios, Blo. A, 315.1816 > PROGRAMAS DE SEGURIDAD ALIMENTARIA; COMPLEMENTACIÓN DE RENTA MINISTERIO DEL DESARROLLO SOCIAL Y COMBATE AL HAMBRE Secretaría de Renda de Ciudadanía Mônica Aparecida Rodrigues - monicar@planalto.gov.br 325.7867 / 7774 Secretaría de Seguridad Alimentaria 325.7871 > INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA, FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS, PRODUCCIÓN DE INMUNOBIOLOGICOS FUNDACIÓN INSTITUTO OSWALDO CRUZ – FIOCRUZ/MINISTERIO DE SALUD > REFERENCIA LABORATORIAL REGIONAL INSTITUTO EVANDRO CHAGAS – BELÉM – PARÁ > INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL DEL AMAZONAS – MANAUS – AMAZONAS |
| <p>Proyectos de varios países</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Argentina: Acuerdo de Cooperación Científica y Tecnológica; Tratado de Integración, Cooperación y Desarrollo; Acuerdo de Cooperación Técnica. > Bolivia: Acuerdo de Cooperación Sanitaria; Convenio de Cooperación Económica y Técnica; (Acta de Roboré); Ajuste Complementario al Acuerdo Básico de Cooperación Técnica y Científica en el Área del Control de Endemias; Acuerdo Básico de Cooperación Técnica, Científica y Tecnológica; Ajuste Complementario al Acuerdo Básico de Cooperación Técnica, Científica y Tecnológica para Implementación del Proyecto Prevención y Control de Enfermedades Sexualmente Transmisibles, Virus de Deficiencia Inmunológica Humana y la Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (DST/HIV/SIDA) en Bolivia; Memorando de Entendimiento en el Ámbito del Programa de Cooperación Internacional del Ministerio de Salud de Brasil. > Colombia: Acuerdo de Cooperación Sanitaria para la Región Amazónica; Acuerdo Relativo a la Ejecución de Proyectos de Cooperación Técnica; Acuerdo Básico de Cooperación Amazónica; Acuerdo de Cooperación Científica y Tecnológica; Programa de Cooperación Internacional para Acciones de Control y Prevención del HIV para Países en Desarrollo. > Chile: Convenio de Cooperación Cultural y Científica; Acuerdo Básico de Cooperación Científica Técnica y Tecnológica. |



2. Alianzas Estratégicas y Redes de Colaboración Interinstitucional e Intersectorial (parte 3)

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> > Costa Rica: Acuerdo de Cooperación Sanitaria; Acuerdo de Cooperación Técnica; Ajuste Complementario al Acuerdo de Cooperación Técnica en el Área de Salud. > Cuba: Acuerdo Básico de Cooperación Científica, Técnica y Tecnológica en Materia de Salud y varios protocolos de intención (salud de la familia, bucal, educación). > El Salvador: Acuerdo de Cooperación Técnica, Científica y Tecnológica; Ajuste Complementario al Acuerdo de Cooperación Técnica, Científica y Tecnológica para Implementación del Proyecto "Apoyo al Programa de Enfermedades Sexualmente Transmisibles y SIDA; Programa de Cooperación Internacional para Acciones de Control y Prevención del HIV para Países en Desarrollo; Ajuste Complementario al Acuerdo de Cooperación Técnica, Científica y Tecnológica para Implementación del Proyecto Asistencia y Tratamiento a Personas viviendo con HIV/SIDA en El Salvador. > Ecuador: Acuerdo Básico de Cooperación Científica y Tecnológica; Ajuste Complementario al Acuerdo Básico de Cooperación Técnica para la Implementación del proyecto "Cooperación Amazónica para Construcción de las Capacidades Locales"; Ajuste Complementario al Acuerdo Básico de Cooperación Técnica para la Implementación del Proyecto "Fortalecimiento de la Capacidad de Respuesta del Programa de Prevención y Control de Enfermedades Sexualmente Transmisibles, Virus de Deficiencia Inmunológica Humana y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (DST/SIDA) del Ecuador; Protocolo de Intenciones en el Área de Salud; Ajuste Complementario al Acuerdo Básico de Cooperación Técnica para la Implementación del Proyecto Intercambio para Fortalecimiento de los Sistemas Nacionales de Salud de Brasil y del Ecuador > EUA: Acuerdo de Cooperación Técnica en el Área de la salud; Acuerdo de Cooperación en Ciencia y Tecnología para el Control Biológico del Mosquito <i>Aedes Aegypti</i> > Guatemala: Acuerdo Básico de Cooperación Científica y Técnica > Guyana: Acuerdo de Cooperación Sanitaria; Acuerdo Básico de Cooperación Técnica; Acuerdo de Cooperación Amazónica; Tratado de Amistad y Cooperación; Protocolo de Intenciones en el Área de Salud > Haití: Acuerdo sobre la Creación de la Comisión Mixta Brasil-Haití > Honduras: Acuerdo Básico de Cooperación Científica y Técnica > Jamaica: Acuerdo de Cooperación Técnica > México: Acuerdo Básico de Cooperación Técnica y Científica; Acuerdo sobre Sanidad Animal; Convenio de Amistad y Cooperación > Nicaragua: Acuerdo Básico de Cooperación Técnica; Protocolo de Intenciones (Salud) > Panamá: Acuerdo Básico de Cooperación Científica y Técnica > Paraguay: Convenio para Intercambio de Técnicos de los dos Países; Acuerdo Sanitario; Acuerdo de Cooperación Técnica; Programa de Cooperación Internacional para Acciones de Control y Prevención del HIV para Países en Desarrollo > Perú: Acuerdo sobre Recesamiento; Acuerdo Sanitario; Acuerdo Básico de Cooperación Científica y Técnica; Acuerdo para la Constitución de una Subcomisión Mixta Brasileño-Peruana para la Amazonia; Acuerdo Sanitario para el Medio Tropical > Surinam: Acuerdo Básico de Cooperación Científica y Técnica |
| Proyectos de varios países | <ul style="list-style-type: none"> > Uruguay: Acuerdo Básico de Cooperación Científica y Técnica; Acuerdo de Cooperación Sanitaria; Ajuste Complementario al Acuerdo de Cooperación Técnica, Científica y Tecnológica para Salud en la Frontera > Venezuela: Convenio Básico de Cooperación Técnica; Acuerdo sobre Cooperación Sanitaria Fronteriza; Acuerdo por Cambio de Notas, colocado en vigor el Reglamento Interno del Comité de Asuntos Fronterizos, creado durante la I Reunión Extraordinaria del Grupo de Cooperación Consular Brasil-Venezuela. Las informaciones arriba están disponibles y pueden ser consultados detalladas en http://www2.mre.gov.br/diaj/bilateralis.htm. |
| Proyectos de varios países | <ul style="list-style-type: none"> > CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Conferencia temática, parte integrante de las Conferencias Nacionales de Salud, creadas por la Ley 8.142 del 28 de diciembre de 1990, es realizada cada cuatro años y es la instancia máxima de control social. De carácter deliberativo, tiene composición paritaria entre usuarios y prestadores de servicio/trabajadores de la salud. > CONSEJO NACIONAL DE SALUD Creado por la Ley 8.142 del 28 de diciembre de 1990. Posee un representante indígena indicado por la Comisión Intersectorial de Salud del Indio. De carácter deliberativo para el Sistema Único de Salud. > COMISIÓN INTERSECTORIAL DE SALUD DEL INDI Resolución CNS/MS No.293, del Consejo Nacional de Salud, del 08 de julio de 1999. Comité consultivo permanente del Consejo Nacional de Salud – CNS. > CONSEJO CONSULTIVO DE LA POLÍTICA DE ATENCIÓN A LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Decreto MS No. 70/GM, del 20 de febrero de 2002. De carácter consultivo, tiene composición paritaria entre usuarios y prestadores de servicio/trabajadores de la salud. > CONSEJOS DISTRITALES DE SALUD INDÍGENA Creados por el Decreto 3156 del 27 de agosto de 1999. De carácter deliberativo (Decreto MS 254 del 31 de enero del 2002), tiene composición paritaria entre usuarios y prestadores de servicio/trabajadores de la salud. > CONSEJOS LOCALES DE SALUD INDÍGENA Creados por el Decreto 3156 del 27 de agosto de 1999. De carácter consultivo al Consejo Distrital, tiene composición mayoritaria por miembros de las comunidades indígenas a las que están vinculados. > CONSEJOS ESTATALES Y MUNICIPALES DE SALUD La Ley 9.836 del 23 de septiembre de 1999 faculta la participación de las poblaciones indígenas en estos organismos colegiados de formulación, acompañamiento y evaluación de las políticas de salud. De carácter deliberativo, tiene composición paritaria entre usuarios y prestadores de servicio/trabajadores de la salud. |
| Redes | <p>En Brasil, la Constitución Federal garantiza a los indios sus usos y costumbres. Así, todo el movimiento indígena brasileño es guiado por la reivindicación de políticas públicas diferenciadas y culturalmente adecuadas. Desde 1999 la Fundación Nacional de Salud establece convenio con organizaciones no gubernamentales, inclusive indígenas, alcaldías municipales y universidades para la prestación de servicios de salud, promoción del control social, formación de agentes indígenas de salud para actuación en las tierras indígenas. Actualmente existen organizaciones indígenas que tienen convenio con la FUNASA.</p> |
| Organizaciones indígenas que incluyen el enfoque de la salud en sus agendas políticas. | <p>Red de Salud Indígena de la Amazonia – RED SIAMA – www.redsiama.org</p> |



3. Atención primaria de salud e interculturalidad (parte 1)

Todos los mecanismos legales brasileños promueven el respeto y la inclusión de las perspectivas terapéuticas tradicionales.

> CONSTITUCIÓN FEDERAL, ART. 231

Son reconocidos a los indios su organización social, costumbres, lenguas, creencias y tradiciones, y los derechos originarios sobre las tierras que tradicionalmente ocupan.

Ley 8.080/90 Ley del Sistema Único de Salud Artículos 19 A hasta 19 H (Modificada por la Ley 9.836/99)

Es instituido un Subsistema de Atención a la Salud Indígena, componente del Sistema Único de Salud – SUS. El Subsistema tendrá como base los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas. El SUS servirá de retroalimentación y referencia al Subsistema de Atención a la Salud Indígena, debiendo, para eso, ocurrir adaptaciones en la estructura y organización del SUS en las regiones donde residen las poblaciones indígenas, para propiciar esa integración y la atención necesaria en todos los niveles, sin discriminaciones. Las poblaciones indígenas deben tener acceso garantizado al SUS, en ámbito local, regional y de centros especializados, de acuerdo con sus necesidades, comprendiendo la atención primaria, secundaria y terciaria a la salud. Las poblaciones indígenas tendrán derecho a participar de los organismos colegiados de formulación, acompañamiento y evaluación de las políticas de salud, tales como el Consejo Nacional de Salud de los Consejos Estaduales y Municipales de Salud, cuando fuese el caso.

> DECRETO 3.156/1999

Art. 240. Para el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo anterior, deberán ser observadas las siguientes directrices destinadas a la promoción, protección y recuperación de la salud del indio, objetivando el alcance del equilibrio biopsicosocial, con el reconocimiento del valor y de la complementariedad de las prácticas de la medicina indígena, según las peculiaridades de cada comunidad, el perfil epidemiológico y la condición sanitaria: VIII – la participación de las comunidades indígenas involucradas en la elaboración de la política de salud indígena, de sus programas y proyectos de implementación; y IX – el reconocimiento de la organización social y política, de las costumbres, de las lenguas, de las creencias y de las tradiciones de los indios.

Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, de las medicinas y de las terapias indígenas a los Programas Nacionales de Salud.

Párrafo único. La organización de las actividades de atención a la salud de las poblaciones indígenas se dará en el ámbito del Sistema Único de Salud y se efectivizará, progresivamente, por intermedio de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas, quedando

asegurados los servicios de atención básica en el ámbito de las tierras indígenas.

> Decreto Ministerial No. 254/2002 del Ministerio de Salud

Aprobaba la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas. Entre sus directrices están:

> Preparación de recursos humanos para la actuación en contexto intercultural;

“La formación y la capacitación de indígenas como agentes de salud es una estrategia que tiene como objetivo favorecer la apropiación, por los pueblos indígenas, de conocimientos y recursos técnicos de la medicina occidental, no de modo a sustituirla, si de sumar el acervo de terapias y otras prácticas culturales propias, tradicionales o no. El Programa de Formación de Agentes Indígenas de Salud deberá ser concebido como parte del proceso de construcción de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas. Será desarrollado en servicio y de forma comunitaria, bajo la responsabilidad de Instructores/Supervisores, debidamente capacitados, con la colaboración de otros profesionales de servicio de salud y de los literagos y organizaciones indígenas. El proceso de formación de los agentes indígenas de salud será elaborado dentro de los marcos preconizados por la Ley de Directores y Bases de la Educación Nacional – LDB (Ley nº 9.394/96), en lo que dice respecto a la enseñanza básica, dirigido para la construcción de competencias/habilidades, visando facilitar el proseguimiento de la profesionalización en los niveles medio (técnico) y superior (tecnológico). Deberá seguir una metodología participativa, adecuada a la comunicación intercultural, de modo que favorezca el proceso recíproco de adquisición de conocimientos.

Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, de las medicinas y de las terapias indígenas a los Programas Nacionales de Salud.

Los estudios y levantamientos socio-antropológicos existentes y los realizados de forma participativa deberán ser aprovechados como subsidios a la formación de recursos humanos y a la propia prestación de servicios. El órgano responsable por la ejecución de las acciones de atención a la salud de los pueblos indígenas hará gestiones, junto a los órganos e instituciones competentes en el campo de la educación, en el sentido de obtener la certificación de competencias para los agentes que seguirá el proceso de información, inclusive aquellos ya capacitados, de acuerdo con el que faculta la Ley nº 9.394/96. La capacitación de los recursos humanos para la salud indígena deberá ser priorizada como instrumento fundamental de adecuación de las acciones de los profesionales y servicios de salud del SUS a las especificidades de la atención a la salud de los pueblos indígenas y a las nuevas realidades técnicas, legales, políticas y de organización de los servicios. Deberán ser promovidos cursos de actualización, perfeccionamiento, especialización para gestores, profesionales de la salud y asesores técnicos (indígenas y no-indígenas) de las varias instituciones que actúan en el sistema.

> Articulación de los sistemas tradicionales indígenas de salud.

“El principio que fundamenta todas las directrices de la Política Nacional de Atención a la Salud de los Pueblos Indígenas es el respeto a las concepciones, valores y prácticas relativos al proceso salud-enfermedad propios de cada sociedad indígena y a sus diversos especialistas. La articulación con esos saberes y prácticas debe ser estimulada para la obtención de la mejoría del estado de salud de los pueblos indígenas.”

> DECRETO MINISTERIAL No 1.163/1999 DEL MINISTERIO DE SALUD

Art. 240 Establecer las siguientes atribuciones a la Fundación Nacional de Salud, con relación a la salud de los pueblos indígenas:

I – promover la implantación de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas – DSSEI, teniendo como objetivo facilitar el acceso de los pueblos indígenas a las acciones y servicios básicos de salud, observando los siguientes aspectos: a) la organización de cada distrito debe ser entendida como un proceso a ser construido con la participación de los pueblos indígenas, observando sus propios conceptos y prácticas relativos a sus condiciones de vivir y morir.

Art. 5to Instaurar el Factor de Incentivo de Atención Básica a los pueblos indígenas, destinado a las acciones y procedimientos de Atención Básica de Salud. § 1º El incentivo de que trata este artículo consiste en el montante de recursos destinados a apoyar la implantación de agentes de salud indígena y de equipos multidisciplinarios para la atención a la salud de las comunidades indígenas.

Art. 7mo Crear el factor de incentivo para la asistencia ambulatoria, hospitalaria y de apoyo diagnóstico de la población indígena. Párrafo único: El factor de incentivo del caput. de este artículo será destinado para los establecimientos hospitalarios que consideren las especificidades de la asistencia a la salud de las poblaciones indígenas y que ofrezcan atención a las mismas, en su propio territorio o región de referencia.

> ATENCIÓN BÁSICA A LA SALUD EN TIERRAS INDÍGENAS

Es garantizada la atención básica en las tierras indígenas por medio de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas y referencia para la atención a la salud de promedio y alta complejidad en la red de Servicios de los municipios y estados, con mecanismos de acompañamiento y atención diferenciada.

> CASAS DE SALUD INDÍGENA

Promueve servicios de apoyo a los pacientes encamados a la red del Sistema Único de Salud. Esas Casas de Salud deberán estar en condiciones de recibir, alojar y alimentar pacientes encamados y acompañantes, prestar asistencia de enfermería 24 horas por día, hacer citas, exámenes complementares o internación hospitalaria, providenciar el acompañamiento de los pacientes en esas ocasiones y su retorno a las comunidades de origen, acompañados de las informaciones sobre el caso.

> PROGRAMA MEDICINAS TRADICIONALES INDÍGENAS - PROYECTO VIGISUS/FUNASA

Promoción de Investigación y Estudios en el área de medicinas tradicionales indígenas, de interés institucional y de los grupos indígenas; Constitución del Centro de Monitoreo sobre Medicinas Tradicionales Indígenas; Documentación y divulgación del proceso de articulación de las MTI, el sistema de salud oficial; Promoción del protagonismo indígena en el proceso de articulación de la MTI y del diálogo entre los actores sociales;

Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional.



3. Atención primaria de salud e interculturalidad (parte 2)

Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional.

- > **FONDO DE INICIATIVAS COMUNITARIAS - PROYECTO VIGISUS/FUNASA**
Apoyo financiero para investigaciones y elaboración de proyectos comunitarios de intervención relativos a las medicinas tradicionales indígenas. Esa estrategia tiene como objetivo el reconocimiento y el fortalecimiento de los sistemas médicos tradicionales y el estímulo al protagonismo y de la autonomía de los actores indígenas. El apoyo para la elaboración de los proyectos comunitarios será dado por los técnicos de los Distritos involucrados y capacitados para actuar en esa área.
- > **PROYECTO "RECUPERACIÓN Y DIVULGACIÓN DE LAS HIERBAS MEDICINALES EN LA POBLACIÓN FUNI-NÓ (PE)"**
Con el objetivo de "contribuir para con la salud de la población indígena Funi-nó, deseando la recuperación de las plantas medicinales y su producción dentro de las prácticas tradicionales de la cultura indígena". Incluye la construcción de una farmacia de manipulación para producción de medicamentos a partir de las plantas medicinales tradicionales.
- > **INTEGRACIÓN DE LAS PARTERAS INDÍGENAS EN LA ATENCIÓN A LA MUJER INDÍGENA**
En el estado del Acre, la Unión de las Naciones Indígenas del Acre y Sur del Amazonas (UNI-Acre), en conjunto con la Secretaría Municipal de Salud, propuso la integración de las parteras indígenas en la atención a la mujer indígena, considerándola una estrategia de interacción entre los saberes y las prácticas tradicionales, importantes para la calidad de la atención a la salud de la mujer.
- > **Intervención en la Cuestión del Uso Abusivo de Bebidas Alcohólicas por los Especialistas de Cura y Líderes Espirituales**
En Río Grande do Sul, a partir de la realización del Diagnóstico Antropológico Participativo sobre la Manifestación del Alcoholismo, con inicio en el año 2000, los especialistas de cura y líderes espirituales pasaron a desarrollar actividades de intervención en la cuestión del uso abusivo de bebidas alcohólicas utilizando los recursos disponibles por la medicina tradicional: el consejo a través de las "buenas palabras". Como resultado de la movilización social se observó la reducción de los momentos colectivos de uso de bebidas alcohólicas (fiestas del blanco) y, consecuentemente, el número de casos de violencia doméstica a ellos relacionados.

Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas de estudio)

- > **FORMACIÓN DE AGENTES INDÍGENAS DE SALUD Y SANEAMIENTO**
A través de una metodología constructivista, con etapas de concentración y de dispersión, del 2000 al 2003 fueron capacitados 3.376 Agentes Indígenas de Salud (AIS) en el "módulo introductorio" del curso de formación de Agentes Indígenas de Salud. De estos, 1.695 AIS hicieron el Módulo de Enfermedades Endémicas; 499 AIS hicieron el módulo Enfermedades Sexualmente Transmisibles y SIDA; 170 AIS hicieron el Módulo Parasitosis Intestinales y Enfermedades de Piel y 878 AIS hicieron el Módulo Salud de la Mujer, Niño y Salud Bucal. Para garantizar el sustento de las acciones de saneamiento en las Áreas Indígenas, la Fundación Nacional de Salud, a través del Departamento de Ingeniería de Salud Pública DIENSP, propuso, en el año 1999, el Programa de Capacitación de Agentes Indígenas de Saneamiento AISAN con el objetivo de preparar al propio indio para realizar la operación y el mantenimiento de los sistemas de abastecimiento de agua, además de otras actividades complementarias, como el desarrollo, en alianza con el Agente Indígena de Salud AIS, del proceso de educación en salud en su aldea, buscando así contribuir para mejorar la calidad de vida de la comunidad y reducir los índices de morbilidad por enfermedades de vehiculación hídrica. Se contabilizan 630 AISAN actuando en todas las regiones de Brasil, capacitados en el período de 2000-2003.
- > **INCENTIVO A LA FORMACIÓN SUPERIOR DE INDIOS EN CIENCIAS DE LA SALUD, SOCIALES Y AFINES - PROYECTO VIGISUS/FUNASA**
En el período 2005-2007 la FUNASA, a través de su Proyecto VIGISUS, se propone a apoyar la formación superior indígena en el área de la salud y ciencias humanas por medio de un programa de concesión de 30 becas de estudio, atendiendo a la demanda espontánea. El Ministerio de Educación ha incentivado la concesión de "cupos especiales", política afirmativa para la concesión de cupos en las universidades públicas para grupos sociales históricamente sin acceso a la enseñanza superior.

4. Información, análisis, monitoreo y gestión (parte 1)

Información sobre los perfiles demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas

- > **YAMAMOTO, Renato (Org.)** – Manual de atención a la salud del niño indígena brasileño. Brasília: Fundação Nacional de Salud, 2004. Promovido por la Sociedad Brasileña de Pediatría. Disponible en la Web en <http://www.funasa.gov.br/site/funasa/pub/pub00.htm>.
- > **COIMBRA JR., Carlos (org.)** – Epidemiología y salud de los pueblos indígenas en Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ / ABRASCO, 2003.
- > **GARNELO, Luiza et alii** – Los pueblos indígenas y la construcción de las políticas de salud en Brasil. Brasília: Organización Panamericana de Salud, 2003.
- > **BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE, FUNASA** – Reporte de mortalidad 2002. Brasília: Fundação Nacional de Salud, 2003.
- > **RICARDO, Carlos Alberto** – Pueblos indígenas en Brasil 1996/2000. Brasília: Instituto Sociocultural, 2000.
- > **CUNHA, Manuela (org.)** – História de los indios en Brasil. São Paulo: Companhia das Letras/Soc. Municipal de Cultura/FAPESP, 1992.

Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas, incluye la variable etnia.

- > Los sistemas oficiales en Brasil incluyen en general una variable Color/Raza donde hay la opción genérica "indígena".
- > Los sistemas de información del Sistema Único de Salud incluyen el campo Color/Raza pero no incluyen la variable etnia. Está en proceso la interconexión de estos sistemas al sistema propio de la salud indígena, el SIASI.
- > El Sistema de Información de la Atención a la Salud Indígena - SIASI del SUS incluye la variable etnia.

Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo con la división política del país

- > Ver anexo mapa (pág. 78)
- > Para informaciones generales sobre pueblos indígenas en Brasil ver www.funai.gov.br
- > www.socioambiental.org/website/pub/portugues/quoncuu/cadapovo.shtm



4. Información, análisis, monitoreo y gestión (parte 2)

| | |
|---|---|
| <p>Caracterización de los pueblos indígenas en cuanto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de la salud.</p> | <p>Actualmente la población indígena brasileña comprende aproximadamente 411 mil personas (ver población por grupo de edad y sexo y pirámide poblacional abajo), pertenecientes a cerca de 210 pueblos que hablan más de 170 lenguas diferentes con diversas formas de organización social, aspectos que deben ser considerados en la promoción de acciones para atención a la salud.</p> <p>Para la efectivización de una política diferenciada a la salud de los pueblos indígenas el Subsistema de salud indígena es basado en los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas. La definición territorial de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas deberá llevar en consideración los siguientes criterios (Decreto MS 252/2002):</p> <ul style="list-style-type: none"> > población, Área geográfica y perfil epidemiológico; > disponibilidad de servicios, recursos humanos e infraestructura; > vías de acceso a los servicios instalados en nivel local y a la red regional del SUS; > relaciones sociales entre los diferentes pueblos indígenas del territorio y la sociedad regional; > distribución demográfica tradicional de los pueblos indígenas, que no coincide necesariamente con los límites de estados y municipios donde están localizadas las tierras indígenas. |
| <p>Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas</p> | <p>FUNASA em Revista, Publicación semestral de la Fundación Nacional de Salud.</p> |
| <p>Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPAS u otras instituciones (dirección electrónica)</p> | <ul style="list-style-type: none"> > FUNDACIÓN NACIONAL DE SALUD http://www.funasa.gov.br http://www.funasa.gov.br/sitefunasa/ind/ind00.htm > CONSEJO NACIONAL DE SALUD http://conselho.saude.gov.br/ > http://conselho.saude.gov.br/comisao/sauidindio.htm |

Segunda parte

1. ¿Cuáles fueron los resultados más relevantes en la atención a la salud de los pueblos indígenas durante el período 1995-2004?

La garantía de derechos a los pueblos indígenas hecha en la Constitución Federal permitió su institucionalización y la incorporación de varios mecanismos específicos y la creación del único subsistema del Sistema Único de Salud, el subsistema de salud indígena.

- > La transferencia en 1999 de las acciones de salud del ámbito del Ministerio de Justicia, donde se localiza la Fundación Nacional del Indio, para el Ministerio de Salud garantizó una mayor profesionalización de los servicios y la creciente articulación con las acciones y estrategias adoptadas en el Sistema Único de Salud. Garantizó también la adopción de incentivos financieros y una importante elevación de las inversiones en salud indígena, tanto en las acciones de costo de actividades cuanto en las inversiones en equipos y obras. Las acciones de abastecimiento de agua en tierras indígenas fueron muy incrementadas.
- > La creación de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas es un avance aplaudido por los movimientos indígena, indigenista y sanitario, siendo un eficiente medio de garantizar la descentralización de las acciones, el control y la participación social y la atención diferenciada a la salud de los pueblos indígenas.
- > Reducción de la mortalidad infantil. De 1998 en adelante hubo una constante reducción de los indicadores de mortalidad infantil, saliendo de 96,8/1000 nv en aquel año para 55,7/1000 nv en el 2002 y 43,35/1000 nv en el 2003 (indicadores aún bastante elevados en comparación al indicador nacional de 27/1000 nacidos vivos en el 2003).
- > Reducción del Coeficiente de Mortalidad General que de 3,8 óbitos por 1000 habitantes en 1993, se había elevado para 12,8/1000 en 1998 y alcanzó en 2003 el nivel de 3,3/1000. Observamos que el registro de informaciones de

salud en el período de 1993 a 1995 fue precario y en el período de 1996 a 1998 prácticamente inexistente. La instalación de los DSEI vino a revertir este cuadro, posibilitando a partir de 1999 la construcción de series de indicadores de salud.

- > La implementación de la Política Nacional de Atención a la Salud Indígena por parte de la Fundación Nacional de Salud a partir de 1999 representó un salto de calidad y cantidad en términos de ampliación de RH trabajando con salud indígena. En julio del 2004 existían 10.501 profesionales trabajando en el ámbito de los DSEI, siendo 1.517 contratados directamente por la FUNASA, 4.955 contratados por entidades conveniadas con la FUNASA, 3.335 contratados por alcaldías con recursos del Incentivo de Atención Básica a la Salud de los Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud, 336 contratados por alcaldías municipales y 358 con otros tipos de vínculo. Actualmente actúan directamente en la atención a la salud indígena de Brasil, ligados a los DSEI, 389 médicos, 559 enfermeros, 15 asistentes sociales, 8 nutricionistas, 127 otros profesionales de nivel superior, 1690 técnicos y auxiliares de enfermería, 39 Técnicos de Higiene Dental, 64 técnicos de laboratorio y 176 microscopistas (los microscopistas indígenas están incluidos como Agentes Indígenas de Salud). El número de Agentes Indígenas de Salud que en 1998 era de cerca de 1.400 personas subió en 2004 para 3.665, siendo que a estos se suman también 573 Agentes Indígenas de Saneamiento.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios de atención a la salud de los pueblos indígenas en el país, en el ámbito nacional y subnacional?

- > El desarrollo de acciones estructurantes, de sustento económico culturalmente adecuadas es condición determinante sobre los cuadros sanitarios encontrados.

- > Es necesario el fortalecimiento de políticas de seguridad alimentaria y su ampliación para alcanzar todas las regiones con inseguridad alimentar.
- > Es necesario el desarrollo de una política de protección y recuperación ambiental en áreas indígenas y áreas de influencia. Es necesario efectividad en las acciones de protección de la integridad de las tierras indígenas (prevención y corrección de invasiones por terceros).
- > Debe ser promovida la consolidación de los Distritos Sanitarios Especiales Indígenas como unidades de gestión y autoridad sanitaria federal, con la constitución de cuadros de recursos humanos con la debida capacidad técnica. Una política de recursos humanos para la salud indígena debe ser construida objetivando la reducción de la elevada rotación de profesionales y la continuidad de programas de desarrollo de competencias profesionales en los DSEI.
- > Se debe aún buscar mayor articulación de los servicios de salud oficiales con los sistemas tradicionales indígenas de salud. Todas las sociedades humanas disponen de sus propios sistemas de interpretación, prevención y de tratamiento de las enfermedades. Esos sistemas tradicionales de salud son, aún hoy, el principal recurso de atención a la salud de la población indígena, a pesar de la presencia de estructuras de salud occidentales. Siendo parte integrante de la cultura, esos sistemas condicionan la relación de los individuos con la salud y la enfermedad e influyen en la relación con los servicios y los profesionales de salud (la búsqueda o no de los servicios de salud, aceptabilidad de las acciones y proyectos de salud, comprensión de los mensajes de educación para la salud) y en la interpretación de los casos de enfermedades.

- > Este desafío se hace tanto en el sentido de la promoción de la Interculturalidad en el hacer sanitario, con el entendimiento, aceptación y articulación de terapéuticas por parte de los profesionales de salud, cuanto en el sentido de la valorización y fortalecimiento de las medicinas tradicionales.
- > Humanización de los cuidados en salud indígena con reforma institucional de las Casas de Salud Indígena - CASAI, desarrollo de estrategias de acogimiento y evaluación de riesgo del paciente indígena, construcción de proyectos terapéuticos singularizados dada las necesidades de salud; reconocimiento y valorización de la autonomía de los sujetos de entre otros; reestructuración física de las unidades de salud, contractualización con las unidades de salud que reciben incentivos financieros (involucrando regulación, centrales de citas y procedimientos, responsabilidad en cuanto a los proyectos terapéuticos etc).

3. ¿Cuáles son los aspectos a ser considerados en la 'inserción' de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo para la renovación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud y el cumplimiento de las Metas del Milenio?

- > La población indígena, por su poca extensión y gran variedad étnica, además de estar en situación de elevada iniquidad, es extremadamente vulnerable. Hay que intensificar acciones en las áreas de salud materna, mortalidad infantil y vulnerabilidad a las DST/SIDA y demás enfermedades. Esta necesidad es indisoluble de la garantía de sustento económico e integridad de los territorios indígenas.

| Análisis Estratégico | |
|---|--|
| <p>Fortalezas: características particulares del país que facilitarían las acciones en pro de la mejoría de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Institucionalización de los derechos indígenas > Movimiento indígena organizado y actuante > Existencia de servicios descentralizados en los 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas > Existencia de las diversas instancias de control social | <p>Debilidades: Aspectos negativos en el interior del país que dificultarían las acciones en pro de la mejoría de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Intersectorialidad. La segmentación de acciones entre órganos de Gobierno ha ocasionado hasta políticas contradictorias entre los mismos. La realización de la intersectorialidad es necesaria, pudiendo se dar inicialmente a través del uso de las mismas bases de datos informatizados. Salud, Seguridad Alimentaria, Agricultura, Agricultura Familiar, Medio Ambiente, Educación, Colonización y Reforma Agraria son sectores íntimamente relacionados, cuyas decisiones impactan directamente en los resultados de la política nacional de salud indígena. Problemas de desestructuración social de comunidades y grupos indígenas son notados en diversas partes del país impactando en sus indicadores de salud. Se puede citar la extrema pobreza de algunos grupos residentes en espacio urbano o peri-urbano, la violencia interna debido a factores como la presencia de mineros, tráfico de madera o tóxicos, limitación del espacio territorial de la tierra indígena etc. Es extremadamente urgente la identificación de las poblaciones en riesgo y la promoción de esfuerzos conjuntos para minimizarlo. De la misma forma, es necesaria una estrecha articulación para evitar divergencias en la orientación indigenista y promover una formación profesional conjunta para los agentes estatales, contratados y colaboradores. > Recursos Humanos. Los distritos sanitarios se encuentran hoy sin ninguna condición de ejercer su papel de gestor y autoridades sanitarias en las tierras indígenas, tanto por la falta de personal efectivo en los cuadros de la FUNASA, cuanto por la deficiente formación para la gestión. Entre los profesionales que actúan en salud en las áreas indígenas se destacan como principales problemas la alta rotación de los profesionales, la insuficiencia de cuadros en algunas categorías, diversidad de instituciones contratantes y de criterios de contratación, falta de participación del gestor y de los usuarios en la selección de los profesionales, insuficiencia de profesionales con perfil para el trabajo |



Análisis Estratégico

con poblaciones indígenas, deficiencias de formación y capacitación para la especificidad del trabajo, diferencias de remuneración entre regiones.

> **Infraestructura (Comunicación y transporte).** Algunas regiones del interior del país son completamente desprovistas de equipos sociales básicos e infraestructura. Un levantamiento para inversiones estratégicas que favorezcan a las comunidades indígenas y poblaciones rurales y ribereñas puede ser interesante si fuere adecuadamente dimensionado el impacto social de las medidas.

Oportunidades. Factores presentes en el contexto y que se considera que facilitarán las acciones en pro de la mejoría de la salud de los pueblos indígenas.

Amenazas. Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones en pro de la mejoría de la salud de los pueblos indígenas.

> **Intersectorialidad.** El Gobierno Luís Inácio Lula da Silva ha promovido un favorable clima de articulación de las acciones gubernamentales, con la firma de un Acuerdo de Cooperación Técnica entre los diversos ministerios con actuación con pueblos indígenas.

> Posibilidad de discontinuidad de inversiones y no garantía presupuestaria.

> No efectivización del control social.

> **Sistemas de Información.** El catastro de gran parte de la población y comunidades indígenas hechas por la FUNASA/MS en los sistemas informatizados SIASI y SISABI posibilita hoy pensar en la integración y desarrollo de funcionalidades específicas para las diversas áreas de Gobierno. La inexistencia de una base de datos de gobierno sobre las comunidades indígenas imposibilita tanto la formación de una evaluación coherente de la problemática cuanto posibilita la duplicidad de esfuerzos y acciones.

> Posibilidad de actuación ineficiente en políticas transversales como medio ambiente, sustentabilidad económica, educación, infraestructura etc.

> Existencia de proyectos económicos regionales que impacten en el ecosistema de las tierras indígenas.

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas en las Américas (población expresada en millares de habitantes)

| Población | Población Nacional | Población Indígena | % | Pueblos Número |
|-------------|--------------------|--------------------|------|----------------|
| Menos de 1% | 169.799.170 | 426.920 | 0,25 | 210 |

Fuentes: BRASIL - IBGE, 2004; FUNASA, 2004; FUNAI 2003.

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e iniquidades (parte 1)

Desafíos

Estrategias de salud y salud pública deben comprender y focalizar los factores estructurales y de riesgo, así como insertarse en los puntos fuertes o fortalezas de los pueblos indígenas:

La Política Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas considera las siguientes directrices, que deben orientar la definición de instrumentos de planeación, implementación, evaluación y control de las acciones:

- > Organización de los servicios de atención a la salud de los pueblos indígenas en la forma de Distritos Sanitarios Especiales y Polos-Base, en el nivel local, donde la atención primaria y los servicios de referencia se sitúan;
- > Preparación de recursos humanos para la actuación en contexto intercultural;
- > Monitoreo de las acciones de salud dirigidas a los pueblos indígenas;
- > Articulación de los sistemas tradicionales indígenas de salud;
- > Promoción del uso adecuado y racional de medicinas;
- > Promoción de acciones específicas en situaciones especiales;
- > Promoción de la ética en la investigación y en las acciones de atención a la salud involucrando comunidades indígenas;
- > Promoción de ambientes saludables y protección de la salud indígena;
- > Control social.

Factores a considerar

> **Localización:** Los pueblos indígenas están presentes en todos los estados brasileños, excepto en el Piauí y en el Rio Grande do Norte, viviendo en 579 tierras indígenas, ocupando cerca del 12% del territorio nacional. Cerca del 60% de la población indígena vive en el Centro-Oeste y Norte del País, donde están concentradas el 98,7% de las tierras indígenas. Los otros 40% de la población están en apenas 1,3% del total de las tierras destinadas a los pueblos indígenas, localizadas en las regiones Nordeste, Centro Oeste, Sudeste y Sur del País.

> **Heterogeneidad étnica y cultural:** Actualmente la población indígena brasileña comprende aproximadamente a 429 mil personas, pertenecientes a cerca de 210 pueblos que hablan más de 175 lenguas diferentes con diversas formas de organización social, aspectos que deben ser considerados en la promoción de acciones para la atención a la salud. Además de se distinguieron social, simbólica y culturalmente, los grupos indígenas difieren también en lo que dice respeto al tiempo y a la experiencia histórica en la relación con los frentes de colonización y expansión de la sociedad nacional, habiendo desde grupos con más de tres siglos de contacto hasta grupos con menos de diez años. Actividades de minería, extracción de madera, agropecuaria, aliadas a la falta de garantía de gran parte del territorio indígena y al intenso intercambio de personas entre las ciudades y las aldeas colocan



Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 2)

variadas situaciones de vulnerabilidad a las comunidades indígenas.

Actualmente, se puede constatar crecimiento demográfico entre los pueblos indígenas de Brasil, hecho este asociado, frecuentemente, a los esfuerzos de conservación del ambiente natural, estabilización de las relaciones interétnicas, demarcación de las tierras indígenas y mejoría del acceso a los servicios de atención básica de salud. Sin embargo, el perfil de la morbilidad es marcado por alta incidencia de infecciones respiratorias y gastrointestinales agudas, malaria, tuberculosis, enfermedades sexualmente transmisibles, desnutrición y enfermedades prevenibles por vacunas. Se nota también, en regiones donde la población indígena tiene una relación estrecha con las comunidades no indígenas, el apareamiento de nuevos agravios a la salud, relacionados a los cambios en sus modos de vida. Así, problemas como hipertensión arterial, diabetes, cáncer, alcoholismo, depresión y suicidio son cada vez más frecuentes. Se observa, así, un cuadro sanitario caracterizado por la ocurrencia de agravios que pueden ser significativamente reducidos con la adopción de medidas sistemáticas y continuadas de prevención y atención básica a la salud.

> **Atención culturalmente apropiada:** Entre los profesionales que actúan en salud en las áreas indígenas se destacan como principales problemas la alta rotación de los profesionales, la insuficiencia de cuadros en algunas categorías, diversidad de instituciones contratantes y de criterios de contratación, falta de participación del gestor y de los usuarios en la selección de los profesionales, insuficiencia de profesionales con perfil para el trabajo con poblaciones indígenas, deficiencias de formación y capacitación para la especificidad del trabajo, diferencias de remuneración entre regiones.

Hay la necesidad de formulación de una política nacional de recursos humanos para la actuación indigenista, también en el campo de la salud, definiéndose carrera específica, forma de contratación flexible que permita selección de perfiles adecuados, dimisión de los profesionales no adaptados al servicio, ágil selección de profesionales y reposición inmediata de puestos libres.

Inequidades

> **Pobreza:** En Brasil, el 38% de la población indígena está en situación de pobreza extrema (tiene renta per cápita familiar inferior al sueldo mínimo), mientras en la población no indígena esa proporción es del 15,5%.

La situación de los indígenas es heterogénea regionalmente.

En las regiones Norte y Centro-Oeste, el 62% y el 31%, de las poblaciones indígenas, respectivamente, están en situación de pobreza extrema, mientras ese número es menor (25% y 9%) para las poblaciones no indígenas en las mismas regiones.

Al compararse las proporciones de pobres entre las poblaciones indígenas y no indígenas en las grandes regiones, se observa que la proporción de pobres entre indígenas es siempre mayor que la de las poblaciones no indígenas.

En las regiones donde la población rural es mayor, también es mayor el número de indígenas que tiene renta inferior al sueldo mínimo.

El patrón de renta de la población indígena es similar o mismo más precaria que el de las poblaciones más desprotegidas de la sociedad brasileña.

La proporción de indígenas que tiene renta inferior al s.m. en domicilios rurales es del 64% en Brasil, mientras la proporción disminuye para la pobreza urbana (15%). O sea, 2/3 de los "indígenas rurales" están en situación de pobreza extrema.

La pobreza extrema entre indígenas es más de dos veces la de las demás poblaciones. Sin embargo, las medias nacionales esconden importantes heterogeneidades regionales: en el Nordeste el nivel de pobreza entre indígenas y no indígenas es similar (36,4% y 30,4%, respectivamente); en el Centro oeste la pobreza indígena es casi 4 veces mayor que la de las demás; en el Sur es 3 veces mayor; en el Sudeste es el doble. (SILVA, Frederico et al. "Diagnóstico de la situación de los pueblos indígenas en Brasil". Brasilia: IPEA, 2004).

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 3)

> **Analfabetismo:** En lo que se refiere a la situación de la educación formal, las sociedades indígenas encuentran un gran desafío en lo que se refiere a su organización, ampliación y a los cuidados necesarios sobre el respecto a las diferencias y a las diversas tradiciones culturales. La tabla 8 muestra que el número de años promedio de estudio de las poblaciones indígenas es inferior (4,4) al de los demás grupos étnicos. El promedio de años de estudio de los negros es cinco y la de la población blanca 7.

La tasa de analfabetismo es otro de los indicadores que expresa las desigualdades étnicas. El 26% de la población indígena sobre los 15 años es analfabeta, mientras el 20% de los negros y el 8% de los blancos están en la misma situación. En la región Nordeste la tasa de analfabetismo de los indígenas es menor que la de los negros y muy próxima a la de los blancos. El analfabetismo es 3 veces mayor entre los indígenas en relación a la población blanca. También aquí las diferencias regionales son importantes.

En lo que se refiere a la escolaridad, el 45% de los indígenas mayores de 15 años tienen hasta 3 años de estudio, el 37% completaron la enseñanza fundamental, el 13,5% la enseñanza media y apenas el 2,7% llegaron al 3er grado. Las regiones también presentan desiguales niveles de escolaridad. (SILVA, Frederico et al. - "Diagnóstico de la situación de los pueblos indígenas en Brasil". Brasilia: IPEA, 2004).

> **Desempleo:** No hay estadísticas sobre desempleo entre pueblos indígenas. Se sabe que hay precaria inserción en el mercado de trabajo como subempleados, trabajadores temporales o productores de bienes para venta en los mercados regionales casi siempre en condiciones desventajosas.

> Entre 2.362 comunidades indígenas (marzo de 2004) investigadas por la FUNASA, cuando fueron preguntadas que actividades desarrollaban con fines comerciales:

- > 1158 producían y vendían artesanías
- > 743 producían harina
- > 298 criaban gallinas y producían huevos
- > 263 criaban bovinos o caprinos
- > 158 criaban puercos
- > 119 tenían agricultura irrigada
- > 80 tenían apicultura

- > 54 criaban peces o crustáceos
- > 33 tenían viveros de plantas
- > 912 otras poseían otras actividades

> **Servicios básicos:** Una investigación entre 2.362 comunidades indígenas (marzo de 2004) constató que (Fuente: SISABI/FUNASA, 2004):

- > 866 poseen centro de salud.
- > 265 poseen puesto de la FUNAI.
- > 287 poseen algún tipo de casa comercial
- > 1.213 no poseen sistemas de energía eléctrica
- > 570 poseen red eléctrica
- > 515 poseen generadores a diesel o gasolina
- > 175 poseen energía solar
- > 224 poseen pistas de aviones
- > 546 se organizan en asociaciones indígenas
- > 1.421 poseen escuelas
- > 1.056 no poseen sistema de telefonía
- > 1.022 poseen radio transeptor
- > 224 poseen teléfono fijo
- > 207 poseen teléfono mueble

En un universo de 3.442 aldeas, 732 aldeas son atendidas con sistemas de abastecimiento de agua (más 283 están con sistemas en construcción).

La expectativa es alcanzar cerca de 2350 aldeas con sistemas de abastecimiento de agua hasta el 2006. (FUNASA, 2004)

> **Mortalidad infantil:** En 1998, en 16 (35,6) unidades administrativas de la Funai, el coeficiente promedio de mortalidad infantil alcanzó 96,8 por 1.000 nacidos vivos, prácticamente un óbito en el primer año de vida en cada grupo de diez nacidos vivos.

Desde entonces, el coeficiente de mortalidad infantil viene cayendo a una tasa promedio del 10,6% al año en relación a 1998, cuando alcanzó 96,8 óbitos por 1.000 nacidos vivos, llegando a 55,7/1000 en 2002 (variando de 17,8/1000nv en el DSEI Ceará a 185,2/1000nv en el DSEI Médio Purus) y a 43,35/1000nv en 2003.

Esto está seguramente asociado a la mejoría en la asistencia directa a las comunidades indígenas brasileñas con disminución considerable del obituario decurrente principalmente de las enfermedades infecciosas, principalmente las diarreas.



Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 4)

(FUNASA, "Reporte de morbilidad 2002-2003"; FUNASA, 2004). La tasa de mortalidad infantil de Brasil en el 2002 fue de 27,8/1000nv y en el 2003 de 27/1000nv.

> **Mortalidad materna:**

> **Desnutrición:** Con relación a las condiciones nutricionales, no se dispone de un cuadro consolidado, sobretudo con representatividad de las poblaciones indígenas de Brasil. En estudios nacionales, como el Estudio Nacional del Caste Familiar (ENDEF, 1975) y la Investigación Nacional sobre Salud y Nutrición (PNNS, 1989), no fueron incluidos los pueblos indígenas. Los estudios existentes no permiten establecer indicadores mínimos, como la esperanza de vida al nacer o la prevalencia nacional y regional de la desnutrición infantil, pero señalan grandes problemas nutricionales de diferentes grupos y regiones, indicando situaciones precarias cuando son comparados con otros segmentos de la sociedad nacional.

En general, los resultados apuntan para elevadas frecuencias de déficit de estatura para la edad (abajo de -2 scores z), interpretado como indicativo de desnutrición. Para la población brasileña, los datos de la Investigación Nacional sobre Demografía y Salud (PNDS\1996) indicaron una prevalencia del 10,5% de baja estatura para la edad en niños menores de cinco años, valor que contrasta con los valores observados en niños indígenas, en los estudios analizados.

En la población brasileña se estima que, de cada diez gestantes que hacen prenatal, tres son anémicas, alcanzando el 50% en los niños (Arruda, 1995).

En estudio realizado entre los Xavantes de Sangradouro, fue identificado el 48,3% de los hombres y el 62,9% de las mujeres examinadas con diagnóstico de anemia (Leyte, 1998). La prevalencia varió significativamente con la edad, siendo más elevada entre los menores de diez años (73,7%), entre los individuos de 10-15 años (63,6%) y en las mujeres entre 20-40 años (54,2%) (Leyte, 1998).

Entre los Tupi-Mondé, cerca del 60% de los niños de 0,5 - 10 años de edad y el 65% de la población general estaban anémicas (Coimbra Jr, 1989; Santos, 1991).

En Rio de Janeiro y São Paulo, Serafim (1997) detectó el 69% de anemia en los niños Guarani entre 0-65 meses, alcanzando el 82% en aquellos entre 6-24 meses. Vale mencionar que, para la población brasileña, se estima que las prevalencias de anemia varían del 22% al 45%. (FUNASA - Proyecto VIGISUS II, 2004)

> **Enfermedades Infecciosas:**

La malaria, aunque por temporadas, predominante de la región Amazónica, aún es un importante problema de salud para los indígenas brasileños y fue responsable por el 5,6% de las atenciones por DIP en 2002.

Si comparamos la ocurrencia de casos en los tres últimos años (2000 - 2002), de manera notoria hubo una reducción del número de casos de 26.941 para 12.393. Sin embargo, la prevalencia de la enfermedad cayó en los últimos dos años de 76,7, en el 2000, para 35,1 casos por 1.000 habitantes en el 2002, o sea, una caída anual del 27,1% en promedio. (FUNASA, "Reporte de morbilidad 2002", 2003).

Las enfermedades del aparato respiratorio representaron el 29,8% de las atenciones ambulatorias realizadas en 2002, siendo la segunda causa de demanda a los servicios de salud. Entre las Infecciones de las Vías Aéreas Superiores (IVAS) correspondieron al 90,5% de las atenciones. Las neumonías fatales incidieron más en los grupos de edad de los extremos de la vida en el 2002, siendo que los menores de cinco años correspondieron al 81,5% de todas las muertes por neumonías en el período. Los menores de un año representaron el 48,2% de los óbitos por neumonía, mostrando la gran importancia de esta patología en la mortalidad infantil entre los indígenas (FUNASA, "Reporte de morbilidad 2002", 2003).

> **Tuberculosis:** Fueron notificados, en el 2002, 897 casos de tuberculosis de todas las formas, distribuidos por 33 (97,0%) Distritos, siendo 854 (95,2%) pulmonares y 43 (4,8%) extrapulmonares. En el total de casos, el 42,8% eran formas pulmonares confirmadas por la baciloscopia en flemas.

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 5)

Entre los casos de localización pulmonar en mayores de 15 años (717), apenas 344 (48,0%) fueron confirmados por la baciloscopia, cuando se espera que por lo menos el 70% no lo sean. Este exceso de formas sin confirmación bacteriológica apunta para un bajo rendimiento de la baciloscopia. Los casos estarían siendo diagnosticados con base en aspectos radiológicos, sin empeño en la confirmación de la etiología por el encuentro del bacilo en la flemas. La tuberculosis aún figura entre las principales causas conocidas de óbito entre las comunidades indígenas, aunque ni siempre el diagnóstico haya sido confirmado bacteriológicamente en las muertes a ella atribuidas. Representó, en 2002, el 1,3% del total de óbitos por todas las causas. (FUNASA, "Reporte de morbilidad 2002", 2003).

> **Diabetes, obesidad, alcoholismo:** La disponibilidad de datos epidemiológicos de prevalencia del alcoholismo en las etnias indígenas en Brasil es limitada, apenas son conocidas algunas investigaciones puntuales realizadas en pocas etnias. Un estudio de prevalencia realizado entre los Terena del Mato Grosso do Sul en 1997 (Souza et al.) encontró una tasa del 10,1% en la población general, pero cuando son verificadas las proporciones de acuerdo con el sexo masculino, se observó que los valores fueron del 31% entre los indígenas aldeados y el 22,4% entre los no aldeados, sin diferencia estadística, y diferente estadísticamente, cuando son comparadas a la población no indígena. También los valores fueron semejantes a los de la literatura internacional, habiendo la confirmación de que los grupos de edad más alcanzados son los menores, siendo que más del 50% de los probables dependientes del sexo masculino presentaban menos de 30 años de edad, como son indicados por Shore et al. (1973); por Walker et al. (1994), lo que es reforzado por El'Nell y Tereza (1996). (FUNASA - Proyecto VIGISUSII, 2004).

No hay estudios que engloben la ocurrencia de Diabetes en toda la población indígena brasileña. Entre estudios parciales, "Vieira Filho (1977) relacionaba, ya en la década de 70, las bajas frecuencias de DMII encontradas en los indios Karipúna y Palikúr a la predisposición genética, a los cambios alimentares y a la obesidad. Pava et al

(1999) encontraron reducidos promedios de glicemia en los indios Amondaca, de Rondônia (55,1mg/dl).

Un estudio sobre salud cardiovascular realizado (entre los grupos indígenas Guarany-Mbyá que viven en el litoral del Rio de Janeiro) identificó prevalencias, variando de medias a bajas, de diversos factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, dislipidemias y obesidad (Cardoso, 2000; Cardoso et al., 2001). (CARDOSO, Andrey et al. in COIMBRA JR., Carlos (org.) - Epidemiología y salud de los pueblos indígenas en Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ / ABRASCO, 2003, pp.169 y 171).

En estudio realizado con 151 Guarani-Mbyá de Rio de Janeiro, Cardoso relata que "presentaron prevalencias elevadas de sobrepeso, de obesidad central, de hiperglicemia, de HDL-colesterol bajo, sobretudo en las mujeres. Se encuentran en una situación intermediaria entre los grupos poblacionales comparados en cuanto a la expresión de factores de riesgo cardiovasculares. Se encontró una tendencia de acumulación de los factores definidos como integrantes de la SRI [síndrome de resistencia insulínica], y que existe un riesgo aumentado para la presencia de la SRI entre los individuos sobre los 50 años de edad y obesos" (CARDOSO, Andrey et al. in COIMBRA JR., Carlos (org.) - Epidemiología y salud de los pueblos indígenas en Brasil. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ / ABRASCO, 2003, p.182).

> **Suicidio:** La incidencia de suicidios en la población indígena brasileña en el 2002 fue de 25,93/100.000 habitantes. De los 99 óbitos notificados por esta causa en el 2002 (4,47% de un total de 2.211 óbitos notificados), 56 (56,6%) fueron registrados en el DseI Mato Grosso do Sul y 22 (22,2%) en el DseI Alto Solimões. En otras palabras, el 78,8% de los suicidios ocurrieron en estos dos distritos. El suicidio ocurre principalmente en el grupo de edad de los 10 a los 40 años, alcanzando su pico máximo en la faixa de 15 a 19, eso es, en los adolescentes. (FUNASA, "Reporte de morbilidad 2002", 2003).



Mapa de localización de los pueblos indígenas de Brasil



| |
|----------------------------|
| > Número de DSEI: 34 |
| > Población Total: 426.920 |
| > Tierras Indígenas: 662 |
| > Etnias: 210 |
| > Lenguas: 170 |
| > Aldeas: 3.487 |
| > Municipios: 367 |

Fuentes: FUNASA, 2004. ELETROBRAS, 2004. 20/10/2004.





Canadá

1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Marco legal | Políticas de Salud | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|---|---|---|---|
| <p>Acuerdos internacionales</p> <ul style="list-style-type: none"> > Afiliación a instituciones multilaterales (por ejemplo, ONU, OEA, OPS, Consejo Árctico) > Memorando de entendimiento con los los Estados Unidos > Carta de Intención entre Canadá y México sobre colaboración en el sector salud | <p>Constitución / Políticas Nacionales</p> <p>Las responsabilidades de salud son de responsabilidad provincial. El gobierno federal reñene poderes residuales.</p> <p>Legislación clave:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Ley de la Constitución (1867) > Ley de la Constitución (1982) > Ley de Salud de Canadá (1985) http://www.justice.gc.ca/3625/ops/law/law02/1985.html > Ley Indígena (1985) http://www.justice.gc.ca/3625/ops/law/law02/1985.html > Ley del Departamento de Salud (1996) http://www.justice.gc.ca/3625/ops/law/law02/1996.html | <p>Políticas de Salud</p> <p>El mandato de FNHIHB (First Nations and Inuit Health Branch) se basa en:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Política Sanitaria Indígena (1979) http://www.hcsc.gc.ca/fnhiib-sip/pol/1979/1979.html > http://www.hcsc.gc.ca/fnhiib-sip/pol/1979/1979.html > http://www.hcsc.gc.ca/fnhiib-sip/pol/1979/1979.html > http://www.hcsc.gc.ca/fnhiib-sip/pol/1979/1979.html | <p>Información de contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> > Salud Canadá (Primeras Naciones y División de salud Inuit). > CIHR (Instituto Canadiense de Investigación en Salud) > Asuntos Indígenas del Norte de Canadá (agua eg. y aguas residuales). > Provincias y Territorios |

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 1)

| | |
|---|---|
| Convenios | <ul style="list-style-type: none"> > Memorando de entendimiento entre Salud Canadá del Gobierno del Canadá y el Departamento de Salud y Servicios Sociales del Gobierno de los Estados Unidos de América, 2002 > Convenio de cooperación entre los Institutos Canadienses de Investigación en Salud (CIHR), el Consejo Nacional de Investigación Médica de Australia (NHMRC) y el Consejo de Investigación en Salud de Nueva Zelanda (HRC), 2002 > Carta de la intención entre los Institutos Nacionales CIHR y los Institutos Nacionales de Salud de los EE.UU., 2004 |
| Proyectos nacionales, interinstitucionales/ intersectoriales | <p>EJEMPLO: Un abordaje tri-partito para el desarrollo de un nuevo modelo de atención primaria para la Primera Nación Eskasoni: Este proyecto será un piloto para probar la eficacia de un comité directivo tri-partito integrado por los representantes de MSB, el Gobierno de Nova Scotia y la banda Eskasoni. Se espera que este enfoque mejore la responsabilidad compartida y promueva el uso eficiente y eficaz de los recursos de atención de la salud. El mandato del comité directivo será conducir el piloto y la evaluación del enfoque del trabajo en equipo para proporcionar servicios de atención primaria a los residentes de Eskasoni. El equipo incluirá a dos médicos, una enfermera clínica, un educador de salud, un consejero y posiblemente un farmacéutico clínico, entre otros.</p> |
| Proyectos multipaís | <p>EJEMPLO: En el año 2002, los Institutos Canadienses de Investigación en Salud (CIHR), el Consejo Nacional de Salud e Investigación Médica de Australia (NHMRC) y el Consejo de Investigación en Salud de Nueva Zelanda (HRC) aceptaron emprender una colaboración a partir de una asociación trilateral para apoyar la investigación en el área de la salud de los pueblos indígenas teniendo como meta el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas en estos tres países. Mediante este acuerdo innovador, Canadá, Australia y Nueva Zelanda usarán el conocimiento y la nueva investigación existente para abordar las disparidades entre la salud de los pueblos indígenas y la salud de la población en general.</p> |
| Foros interinstitucionales/ intersectoriales | <p>Ver el portal de los pueblos aborígenes de Canadá, disponible en: http://www.aboriginalsmatai.gc.ca/ncsp/dito.nsf/en-franais/index.html</p> |
| Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas. | <p>Asamblea de las Primeras Naciones, Inuit Tapirit Kanatami, Consejo Nacional Métis, Organización Nacional Aborigen de Salud</p> |
| Redes | <p>EJEMPLO: La iniciativa emblemática en el Instituto de Salud Indígena (IAPH) de los Institutos Canadienses de Investigación en Salud (CIHR) es el establecimiento de ocho Entornos de Desarrollo de la Capacidad Indígena para la Investigación (ACADRE) en las instituciones académicas de Canadá. Juntos, estos centros de ACADRE representan una red de espacios de investigación que facilitan el desarrollo de capacidad indígena en la investigación en salud. Los ocho centros de ACADRE son los siguientes:</p> |

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 2)

- 1) Programa Atlántico Indígena de Investigación en Salud - Universidad Dalhousie
- 2) Instituto para la Salud Indígena - Universidad de British Columbia
- 3) Centro de investigación en salud de los pueblos indígenas - Universidad de Regina, Universidad de Saskatchewan, Universidad de las Primeras Naciones de Canadá.

Redes

- 4) Centro para la investigación en salud indígena - Universidad de Manitoba
 - 5) Centro Anishnawbe Meketendzone - Universidad de Ottawa
 - 6) La Red ACADRE de Alberta - Universidad de Alberta
 - 7) Programa de Desarrollo de Investigación en Salud de los Indígenas - Universidad de Toronto, McMaster University
 - 8) Centro Nasivvik - Universidad Laval
- En total, hay 92 proyectos de investigación en salud en marcha con las Primeras Naciones y los Inuit, financiados por CIHR, APH, El Consejo de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales (SSHRC), o la Iniciativa de Salud de la Población Canadiense (CPHI).

Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.

3. Atención primaria de la salud e interculturalidad (parte 1)

EJEMPLOS:

- 1) Programa Canadiense de Nutrición Pre-Natal (CPNP) http://www.hc-sc.gc.ca/nrc/naas/programas-mex/cpnp_matin_e.html
 ➤ El CPNP financia numerosos proyectos en las zonas aisladas, rurales y urbanas. Los usuarios de casi un cuarto del programa son las mujeres indígenas; y en algunas zonas del país representan hasta 80% de los usuarios. En muchos de estos proyectos, las mujeres indígenas gobiernan, administran y aplican los programas y los servicios. Son activas en los procesos de toma de decisiones, roles-modelos, enseñanza entre pares, comités consultivos y traducción.
 ➤ CPNP financia grupos de la comunidad para elaborar o mejorar programas para las mujeres embarazadas vulnerables. Mediante un enfoque de desarrollo comunitario, el CPNP se orienta a reducir la incidencia de nacimientos de bajo peso, mejorar la salud del niño y la madre y animar a los pesos al nacer insalubres, mejorar la salud de tanto lactante y la madre y promover la lactancia materna.
 ➤ CPNP mejora el acceso a los servicios y fortalece la colaboración intersectorial para apoyar las necesidades de las mujeres embarazadas que se enfrentan con condiciones del riesgo. Siendo un programa integral, los servicios que proporciona incluye: administración de suplementos alimentarios, orientación nutricional, consejería, educación, referencia y orientación en la salud y estilo de vida saludables.
- 2) *El grupo de Investigación de Salud y Curación de las Mujeres Indígenas es una red nacional de las Primeras Naciones, mujeres investigadoras Méritas e Investigadoras que tienen la misión de crear un contexto nacional propicio para las investigadoras indígenas en sus comunidades.*
- 3) *La política existente de evacuación de las mujeres de las comunidades remotas y aisladas en la última etapa del embarazo para los nacimientos médicamente seguros puede percibirse como extracción del contexto cultural, personal, familiar y de la comunidad. Como primera medida, las enfermeras que trabajan en la reserva aplican estrategias comunitarias para mejorar el reclutamiento durante los primeros trimestres de la atención prenatal y para introducir el concepto de parto planificado. La planificación del parto incluye diálogos abiertos con los hospitales de referencia y abogacía por las prácticas culturalmente seguras. Con estos primeros pasos, se espera reducir el riesgo general mientras se colocan los críos para más partos comunitarios en el futuro. Las parteras y las mujeres indígenas están llevando campaña para desarrollar servicios holísticos para las mujeres, los bebés y las familias aprovechando las prácticas tradicionales, y promoviendo servicios para que los niños nazcan en la comunidad. Al recuperar el control del nacimiento, las comunidades pueden empezar el proceso de restaurar el equilibrio y la armonía entre su pueblo. Al mismo tiempo garantizan la salud y la seguridad para las madres y los bebés indígenas y mejoran el bienestar de las comunidades.*

Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígenas y convencional.

EJEMPLO: Iniciativa de Integración en Salud

Financiado desde los años fiscales 2003/2004 a 2005/2006, la finalidad de la Iniciativa de Integración de Salud (IIS) es explorar, desarrollar y analizar modelos para mejorar la integración entre servicios de salud financiados federalmente, provincialmente o territorialmente a las Primeras Naciones e Inuit (incluidos servicios entregados por comunidades de las Primeras Naciones e Inuit). La intención es mejorar la accesibilidad y la calidad de estos servicios (incluyendo la adecuación cultural); hacer mejor uso de la capacidad existente; crear economías de escala; responder a las prioridades de la comunidad; y desarrollar soluciones que beneficien a todos los socios. El IIS está financiando el trabajo en tres áreas:

3. Atención primaria de la salud e interculturalidad (parte 2)

| | |
|--|--|
| <p>Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígenas y convencional.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Proyectos de integración para identificar mecanismos/modelos potenciales para la colaboración y la armonización entre las Primeras Naciones/Inuit y los sistemas de salud Provinciales/Territoriales y estimular su desarrollo. > Investigación y análisis para mejorar el conocimiento acerca de la integración y promover discusiones entre todos los interesados directos (gobiernos, las organizaciones de las Primeras Naciones/Inuit, los expertos, etc.) en estos aspectos. > Desarrollo de un marco de política para la División de Salud de las Primeras Naciones e Inuit de Salud Canadá para identificar las opciones para la ejecución de un abordaje paso a paso para la integración. <p>Según un ejemplo de armonización de los sistemas convencionales y de salud de los indígenas, un proyecto piloto de HUI (Consejo Tribal de Paz del Norte, Alberta) incluye el establecimiento de un Comité Consultivo de Ancianos para identificar los métodos culturalmente apropiados del cuidado de los pies de los diabéticos que mejorará la participación y el cumplimiento del tratamiento.</p> |
| <p>Asociaciones de terapeutas indígenas</p> | |
| <p>Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas)</p> | <p>EJEMPLOS:</p> <p>1) Programas de Carreras de Salud: El Programa Indígena/Inuit de Carreras de Salud (IIHCF) creado en 1984 en respuesta al desproporcionadamente bajo número de profesionales indígenas de la salud, apunta a incrementar la conciencia sobre las oportunidades en las carreras de salud y fomentar un interés en los estudios de la ciencias de la salud en los estudiantes aborígenes. El objetivo general del programa es aumentar el número de profesionales indígenas de salud.</p> <p>El Programa apoya las actividades comunitarias y regionales que incluyen de manera característica ferias para promover carreras, profesionales de la salud modelo, visitas a las escuelas, empleos de verano y campamentos de ciencia relacionados con las carreras. Algunas Regiones también apoyan a las Instituciones Secundarias para proporcionar programas culturalmente pertinentes y otros programas de apoyo a los estudiantes indígenas de las ciencias de la salud para asegurar su éxito en sus estudios.</p> <p>Los Programas de IHC también financian el Programa de Carreras y Becas y son administrados por la Fundación Nacional de Méritos Indígenas. Los aspirantes aptos son los estudiantes indígenas que cursan estudios post-secundarios en ciencias de la salud que los conducirán a una carrera en la salud.</p> <p>2) Mapeo de recursos: La Unidad de Programación Estratégica del síndrome foto-alcohol (FASD) en la División de Salud de las Primeras Naciones e Inuit (FNIHB) está usando una nueva herramienta de desarrollo de la comunidad que tenido mucho éxito a nivel comunitario. El mapeo de recursos ofrece un diferente método para abordar el síndrome foto-alcohol (FASD).</p> <p>Representa un cambio en la consideración anterior de los déficits y debilidades de la comunidad a centrarse en sus puntos fuertes. Un facilitador adiestrado de las Primeras Naciones o Inuit convoca a las personas de su comunidad para una reunión acerca del síndrome foto-alcohol; incluyendo a miembros del Consejo de los pueblos, enfermeras de salud comunitaria, ancianos tribales, profesores parvularios y padres de familia. El facilitador los conduce a desarrollar un mapa de los recursos de la comunidad. En vez de preguntar, ¿qué estamos perdiendo y cómo podemos conseguirlo? Se concentra en ¿qué tenemos y que podemos hacer bien ahora?</p> <p>El mapeo de recursos promueve el tratamiento y abordaje de la problemática de salud a través de la formación de redes y reflexión conjunta con la comunidad. Las comunidades indígenas están gozando de este enfoque porque es fácil de usar, accesible y requiere pocos recursos financieros.</p> <p>La unidad de FASD guió el primer curso de capacitación de capacitadores en el mapeo de recursos en diciembre de 2003 en Winnipeg, Manitoba. Desde entonces, ha estado adiestrando a facilitadores de las comunidades en las regiones del sur y está actualmente elaborando un plan para el adiestramiento en el norte.</p> |
| <p>Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas)</p> | |

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|--|--|
| <p>Información sobre el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas.</p> | <p>"Un Perfil Estadístico sobre la Salud de las Primeras Naciones en Canadá" Salud Canadá, 2003. Publicación disponible en la siguiente dirección electrónica: http://www.hc-sc.gc.ca/fnhb/ajppw/fnhb/</p> <p>Marco de Notificación en Salud de los Pueblos Indígenas (AHRF): actualmente en desarrollo. Se solicitó a los ministros de salud que elaboraran un marco de referencia acordado en conjunto con indicadores comparables sobre el estado de salud, los resultados de salud y la calidad de los servicios. Cada jurisdicción informará sobre los indicadores nuevos relacionados con la atención primaria de salud, recursos humanos y cobertura catastrófica de medicamentos, así como los indicadores anteriores. Salud Canadá informará sobre 18 indicadores centrales. FNHIB tiene la información sobre diez de estos.</p> <p>Los Primeros Ministros han solicitado a los Ministros de Salud a que consulten con los pueblos indígenas en el desarrollo de un Marco de Notificación en Salud de los Pueblos Indígenas que sea comparable. Ellos estuvieron de acuerdo en consultar con los pueblos indígenas en este esfuerzo, en usar los indicadores comparables y en desarrollar la infraestructura necesaria. Esta notificación informará a los canadienses sobre los resultados clave del progreso logrado. También informará a los canadienses sobre los programas actuales y los gastos, proporcionará una línea basal contra la cual se pueden monitorear las nuevas inversiones, así como los niveles de servicios y resultados.</p> |
| <p>Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país</p> | <p>Inuit: http://pccsdcpot-atatzen.ca/Datas/Maps/ThematicMaps/Aboriginal/National/Cdn_Aborig_Inuit_Ec_En.pdf Métis: http://pccsdcpot-atatzen.ca/Datas/Maps/ThematicMaps/Aboriginal/National/Cdn_Aborig_Metis_Ec_En.pdf Indígenas Norteameritanos: http://pccsdcpot-atatzen.ca/Datas/Maps/ThematicMaps/Aboriginal/National/Cdn_Aborig_NAI_Ec_En.pdf Total de Aborígenes: http://pccsdcpot-atatzen.ca/Datas/Maps/ThematicMaps/Aboriginal/National/Cdn_Aborig_TABP_Ec_En.pdf > Ver anexo mapa (págs. 97-100)</p> |
| <p>Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud.</p> | <p>Las opiniones expresadas en estas publicaciones son aquellas del autor, no reflejan necesariamente los puntos de vista del Gobierno de Canadá o de Salud Canadá.</p> <p>> Para una comparación del estado de salud entre las Primeras Naciones y la información acerca de los factores protectores y de capacidad de recuperación, véase: Chandler, M. J. & Lalonde, C. (1998). La continuidad cultural como un seguro contra el suicidio en las Primeras Naciones del Canadá. <i>Psiquiatría Transcultural</i>, 35, 191-219</p> <p>> Para un panorama de los desarrollos actuales véase a: "Quién hace qué": Una exploración ambiental de Organizaciones e Iniciativas Provinciales, Nacionales e Internacionales Seleccionadas Relacionadas con la Salud que pueden influir en la Política de Salud de las Primeras Naciones/Inuit. Documento de trabajo preparado para la Organización Nacional de Salud Indígena Última Revisión: abril 1, 2002</p> |
| <p>Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1) Revisión de Estudios Nativos - publicado por la Universidad de Saskatchewan 2) Revista de Salud Indígena - publicada por la Organización Nacional Indígena de Salud (NAHO) 3) Revista Internacional de Salud Circumpolar - publicada por un consorcio internacional con representatividad de Canadá 4) Pinatisiwit: Una Revista de Salud Aborigen y Comunitaria - publicada por la Red ACADRE de Alberta 5) Boletín de investigación sobre Políticas de Salud http://www.hc-sc.gc.ca/nhb-qpai/amat-dmas/anglais/rmdk/bulletin/bulletins-puf (Número específico sobre Salud Indígena) <p>1) FNHIB website: http://www.hc-sc.gc.ca/fnhb 2) NAHO website: http://www.naho.ca 3) CIHR Instituto para la Salud de los Pueblos Indígenas: website: http://www.cihr-nrc.gc.ca/c/6668.html</p> |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?
2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas del país en el ámbito nacional y subnacional?
3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

| Análisis Estratégico | |
|---|---|
| <p>Fortalezas: Características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <p>Canadá es líder en el campo de la salud. Nuestro sistema de atención de salud universal es un modelo, especialmente nuestro sistema fuerte de atención primaria, que se basa en los 5 principios de la Ley de Salud de Canadá de:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Administración Pública > Comprensividad > Universalidad > Facilidad de transferencia > Accesibilidad <p>La atención de salud es una prioridad del gobierno federal. Además, un compromiso que se contrajo en el Discurso de 2002 del trono para “cerrar la brecha en las oportunidades de vida entre los canadienses indígenas y no indígenas”.</p> <p>Para la Dirección de Salud de las Primeras Naciones/Inuit FNIHB, este compromiso se traduce a un presupuesto total de \$ 1.677 millones.</p> | <p>Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <p>El reto principal que afronta el Canadá es la coordinación interjurisdiccional. Es un proceso multiactor y de coordinación a través de las jurisdicciones y puede convertirse en un complicando factor que impida la ejecución de ciertas iniciativas.</p> <p>Un tema clave que enfrentan las Primeras Naciones/Inuit es el acceso difícil/costoso a la atención de salud debido al aislamiento geográfico.</p> <p>Aunque poseemos un sistema universal fuerte, para garantizar su sostenibilidad debemos afrontar los desafíos clave planteados por la coordinación a través de la jurisdicción y el acceso para todos.</p> |
| <p>Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <p>En septiembre 13, 2004, los Primeros Ministros y los Líderes Indígenas acordaron en la necesidad de formular un plan de acción para mejorar los servicios de salud para todos los indígenas y se comprometieron con:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Un Fondo de Salud Indígena de Transición para permitirles a los gobiernos y comunidades indígenas crear nuevas maneras de integrar y adaptar los servicios de salud existentes para satisfacer mejor las necesidades de todos los pueblos Indígenas; > Una Iniciativa Indígena de Recursos Humanos de Salud para aumentar el número de personas indígenas que elijan profesiones de salud; adaptar los programas de estudios de profesionales de la salud actuales para proporcionar un foco más culturalmente sensible; y a mejorar la retención de los trabajadores de salud que atienden a los pueblos indígenas. | <p>Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <p>La prestación de los servicios de salud a las personas Indígenas se administra mediante un mosaico complejo de arreglos jurisdiccionales, lo que hace desafiante abordar las brechas en la calidad y la accesibilidad de los servicios.</p> <p>Permanecen varios temas no resueltos dentro del ambiente intergubernamental que necesitan atención para cerrar las brechas en el estado de salud estado y en el acceso a los servicios entre los canadienses indígenas y no indígenas y para mejorar la integración, incluyendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Los desacuerdos jurisdiccionales con respecto a las funciones y responsabilidades para las Primeras Naciones, Inuit, Métis y los indígenas que no tienen el status de indígenas; y |



Tabla 2. Retos, factores a considerar, e inequidades⁶ (parte 1)

| Análisis Estratégico | | | |
|--|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> > Programas de promoción de la salud y prevención de enfermedades, centrándose en la prevención de suicidios, la diabetes, la salud materno-infantil y el desarrollo del niño en la primera infancia. > También se comprometieron al desarrollo de un Plan Detallado para mejorar el estado de salud de los pueblos y los servicios de salud indígenas en el Canadá, que: > Mejoraría la entrega de y el acceso a los servicios de salud para satisfacer las necesidades de todos los pueblos indígenas mediante la mejor integración y adaptación de todos los sistemas de salud; > Comprendería medidas que se asegurarán de que los pueblos indígenas se beneficien plenamente de las mejoras de los sistemas de salud canadienses; e > Incluiría un programa de prevención, promoción de la salud y otras inversiones a contracorriente para los pueblos indígenas. | <ul style="list-style-type: none"> > Las diferencias entre los servicios de salud federales/provinciales/territoriales que hacen la integración más difícil. <p>Con los muchos actores políticos involucrados en la salud indígena, la llegada a las soluciones viables puede ser compleja y lenta.</p> | | |

| Retos | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-------------------|--------|--------|--|-------------------|--------|--------|----------------|------|------|-----|----------------|------|------|-----|
| <p>Las estrategias de salud y salud pública deben incluir y abordar los factores estructurales, de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Factores a considerar | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>> Localización: El grado de aislamiento de una comunidad puede afectar los recursos que recibe para los servicios de salud públicos y comunitarios. 57% de Primeras Naciones y 73% de Inuit viven en las comunidades rurales, remotas o del norte. Un importante problema para las personas en las comunidades rurales, remotas y del norte es la distancia que tienen que viajar para acceder a los servicios médicos. Las personas indígenas tienen menos acceso a los servicios de atención de salud que la población en general porque sus comunidades tienden a ser pequeñas y ubicadas en las zonas remotas. Para 2/3 de la población en las comunidades rurales/remotas, los médicos están a una distancia de más de 100 km.</p> <p>64,2% de las comunidades de las Primeras Naciones son comunidades no aisladas, accesibles por caminos y están a menos de 90 kilómetros de los servicios de médicos. 14,4% son comunidades semiaisladas, es decir, la comunidad tiene acceso a caminos, pero los servicios de médicos más cercanos están a más de 90 kilómetros de distancia. 17,9% de las comunidades se consideran aisladas. Estas comunidades tienen vuelos programados y buen</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>servicio telefónico pero ningún acceso a caminos. Las comunidades aisladas remotas no tienen vuelos programados o acceso del camino y el servicio telefónico y de radio es mínimo, 3,5% de las comunidades de las Primeras Naciones se consideran remotas y aisladas (Health Canada, 2002).</p> <ul style="list-style-type: none"> > Personas indígenas registradas en las reservas: 445,428 > Personas indígenas registradas fuera de la reserva: 285,158 > Número de comunidades de las Primeras Naciones: 626 (Asuntos Indígenas y del Norte, 2003) > Comunidades de las Primeras Naciones de 1.000 o menos: 90% (Asuntos Indígenas y del Norte, 2001 - 2002) > Población menor de 20 años: 45% (Estadísticas de Canadá, Censo, 2001) > Población Inuit: 45.075 <p>> Heterogeneidad Étnica y Cultural: No existe información disponible</p> <p>> Atención culturalmente apropiada: Los temas clave incluyen los medios por los cuales las provincias/territorios y el gobierno federal podrían integrar la medicina tradicional en la atención de salud convencional. El tema de la diversidad cultural y los idiomas múltiples dentro de las comunidades indígenas debe reconocerse en la construcción de los programas y la prestación de los servicios.</p> | | | | | | | | | | | | | | | |
| Inequidades | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>> Esperanza de vida (años):</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Primeras Naciones</th> <th>Canadá</th> <th>Brecha</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Hombres</td> <td>68.9</td> <td>76.3</td> <td>7.4</td> </tr> <tr> <td>Mujeres</td> <td>76.6</td> <td>81.8</td> <td>5.2</td> </tr> </tbody> </table> | | | | | Primeras Naciones | Canadá | Brecha | Hombres | 68.9 | 76.3 | 7.4 | Mujeres | 76.6 | 81.8 | 5.2 |
| | Primeras Naciones | Canadá | Brecha | | | | | | | | | | | | |
| Hombres | 68.9 | 76.3 | 7.4 | | | | | | | | | | | | |
| Mujeres | 76.6 | 81.8 | 5.2 | | | | | | | | | | | | |

Favor notar las siguientes definiciones:

- ⁶ 1) Aborigen - Se refiere a aquella población que se reportó como Indígenas de Norte América, Metis y/o Inuit, y/o tiene estatus registrado de Indígena como se define en la Ley Indígena, y/o tiene membresía de una Banda o Primera Nación. (Estadísticas de Canadá, Censo 2001)
- ² Indígena Registrado - Se refiere a aquellas personas que reportaron que fueron registrados bajo la Ley Indígena de Canadá (Estadísticas de Canadá, Censo 2001)

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de las Américas (población expresada en miles de habitantes)

| Población Nacional | Población Indígena | % | Pueblos |
|--------------------|--------------------|------|---------|
| 31,414 | 976* | 3.11 | 3** |

* Identidad Aborigen (i.e. Primeras Naciones, Inuit y Metis)
 ** Pueblos Constitucionalmente Reconocidos



Tabla 2. Retos, factores a considerar, e inequidades (parte 2)

Tabla 2. Retos, factores a considerar, e inequidades (parte 3)

Desde 1980, la esperanza de vida para los hombres y mujeres de las Primeras Naciones ha aumentado de 12.6% y 13.1% respectivamente.

> **Pobreza (Ingresos bajos en 2000):**

- > Pueblos aborígenes - 34% (Iniciativa de Salud de la Población Canadiense: Mejoramiento de la salud de los canadienses. 2004)
- > Canadienses no aborígenes - 16% (Iniciativa de Salud de la Población Canadiense: Mejoramiento de la salud de los canadienses. 2004)
- > De 1990 a 1995, promedio de ingresos individuales entre todos los Indígenas Registrados, entre \$11,941 a \$14,833. (Asuntos Indígenas y del Norte, 2000).

> **Analfabetismo:**

(no existe información disponible)

> **Tasas de Empleo:**

Indígenas registrados en las reservas - 37%
Canadienses - 62%
En 2001, Indígenas registrados, entre 25-44 años de edad tienen la tasa más alta de empleo de 54.7%. (Estadísticas de Canadá, Censo 2001)

> **Desempleo:**

Pueblos aborígenes - 19%
Canadienses no aborígenes - 7%
(Iniciativa de Salud de la Población Canadiense: Mejoramiento de la salud de los canadienses. 2004)

> **Servicios básicos**

> **Agua:** En 1999-00, 41,4% de las comunidades de las Primeras Naciones (sur a 60 grados de latitud) informo que al menos 90% de los hogares estaban conectados a las plantas centralizadas de tratamiento de agua. En 1999, 65 comunidades de las Primeras Naciones e Inuit estuvieron bajo una advertencia de hervir el agua por períodos variables de tiempo un promedio de 183 días de advertencias de hervir el agua por comunidad infectada. En sólo 24% de los casos, se resolvió el tema de la calidad de agua en menos de una semana, lo que resultó en la remoción de la advertencia de hervir el agua.

> **Vivienda:** La vivienda es un importante problema entre las comunidades de las Primeras Naciones,

sólo 56,9% de los hogares se consideraron adecuado en 1999-00. El hacinamiento es una preocupación en el 19% de las viviendas en las reservas que tienen más de una persona por espacio, comparado con un 2% de las viviendas para la población de Canadá en su totalidad. La vivienda abarrotada de gente está asociada con un mayor riesgo de tuberculosis en la comunidad. El aumento del número promedio de personas por habitación, va en proporción directa al aumento de la tasa de tuberculosis. La tasa de tuberculosis en las Primeras Naciones fue de 8 a 10 veces mayor que el de toda la población canadiense en 1999.

> **Mortalidad Infantil: (Salud Canadá, 2003)**

La tasa de mortalidad infantil de las Primeras Naciones en el 2000 fue de 6,4 por 1.000 nacidos vivos en comparación a 2,6 por 1.000 nacidos vivos en 1979. La tasa de mortalidad infantil para los Inuit en Nunavik, con 25,5 defunciones por 1.000 nacidos vivos (2003), sobrepasa a la de las Primeras Naciones.

> **Mortalidad Materna:** No se reporta

> **Desnutrición:** No existen indicadores

> **Enfermedades Infecciosas: (Salud Canadá, 2000)**

Las Primeras Naciones tienen tasas elevadas de tos ferina (2,2 veces mayor), rubéola (7 veces mayor) y shigelosis (2,1 veces mayor) para el año 2000 comparado con la población en general. La tasa de notificación de clamidia genital fue casi siete veces mayor que la tasa nacional, mientras la tasa notificada de hepatitis C a partir de los informes de casos de hepatitis C crónica y aguda fue un tercio inferior que la tasa nacional. La giardiasis fue la mitad de la tasa nacional. (Health Canada, 2000)

> **Enfermedades Crónicas:**

Primeras Naciones en las reservas en comparación con el resto de de Canada (Estadísticas Canadá, Encuesta de los Pueblos Aborígenes, CCHS):
> Artritis o reumatismo - 36% más alta
> Presión arterial alta - 31% más alta
> Asma - 30% más alta
> Diabetes - 3.7 veces más alta

> **Tuberculosis:** La tasa de tuberculosis en las Primeras Naciones fue de 8 a 10 veces mayor que la del total de la población canadiense en 1999. El acinamiento de la vivienda está asociado con un mayor riesgo de tuberculosis en la comunidad (Salud Canadá, 2003).

> **Diabetes:** Con respecto a la autonotificación de la enfermedad, la Encuesta Regional de Salud de 1997 de las Primeras Naciones e Inuit notificó una prevalencia general de diabetes de 11% entre las Primeras Naciones e Inuit. En términos generales, la prevalencia estandarizada por edad de la diabetes entre las personas de las Primeras Naciones es de tres a cinco veces más que en la población general. La epidemia de diabetes ha sido más lenta para repercutir en la población Inuit comparada con las Primeras Naciones. En 1997, la Encuesta Regional de Salud de las Primeras Naciones e Inuit notificó una tasa de diabetes de 4,0% en los Inuit de Labrador, que fue mayor que la tasa canadiense comparable (Health Canada, 2003)
> 7% de la población aborígen fuera de las reservas reportó diabetes, comparada con 4,3% del total de la población canadiense.
La diabetes se reportó entre la población de 15 años de edad y más entre la población aborígen fuera de las reservas.

- > Indígenas de Norteamérica - 8.3%
- > Metis - 6%
- > Inuit 2.3%

> **Obesidad:** 25% de la población aborígen (fuera de las reservas) es obesa. Las tasas de obesidad de los aborígenes (fuera de las reservas) son dos veces más altas que las tasas canadienses. (Iniciativa de Salud de la Población Canadiense: Mejoramiento de la salud de los canadienses. 2004)

> **Alcoholismo: (Salud Canadá, 2003)**

Los datos sobre mortalidad por lesiones e intoxicaciones en las Primeras Naciones en Saskatchewan desde 1985 a 1987 mostró que la utilización del alcohol estaba implicada en el 92% de los accidentes automovilísticos, 46% de suicidios en el grupo de edad de 15-34 años, 38% de homicidios, 50% de defunciones por incendio y ahogamiento y 48% de defunciones en "otra" categoría.

En 1985-86, el uso de los centros de rehabilitación del consumo de alcohol y drogas por parte de los aborígenes en Notario fue 6 veces más de lo que se habría predicho a partir del número de personas aborígenes en la provincia o a partir de personas aborígenes y no aborígenes con ingresos per-cápita similares.

La Encuesta de Pueblos Aborígenes de 1991 reveló que 73% de las Primeras Naciones entrevistadas dijeron que el alcohol era un problema en sus comunidades. Más de la mitad de los entrevistados en la Encuesta de Salud de las Primeras Naciones e Inuit no informaron sobre ningún progreso para reducir el abuso de alcohol y drogas entre 1995 y 1997. (Health Canada, 2003).

> **Cáncer: (Salud Canadá, 2003)**

En 1999, la tasa de mortalidad canadiense por cáncer (186,5 defunciones por 100.000 habitantes) fue un tercio mayor que la tasa entre las Primeras Naciones de 141,5 defunciones por 100.000 habitantes. La tasa de mortalidad por cáncer de pulmón en las Primeras Naciones es inferior que las tasas canadienses, de 60,6 por 100.000 habitantes para los hombres y 33,4 para las mujeres (comparado con las tasas canadienses masculinas y femeninas de 70,3 y 34,8, respectivamente) sin embargo, la tasa de tabaquismo calculada de más de 60% para las Primeras Naciones es 3 veces más que para el resto de Canadá. (Health Canada, 2003)

> **VIIH/SIDA: (Salud Canadá, 2002)**

La proporción de los casos totales de sida en Canadá contraídos por personas indígenas a aumentado de 1,0% en 1990 a 7,2% en el 2001. La proporción de personas indígenas con VIH menores de 30 años, mujeres, o usuarias de drogas inyectables es más alta que la correspondiente entre los casos entre los no indígenas. (Health Canada, 2003).

Desde 1998 a 2001, se estima que 605 personas indígenas en Canadá tuvieron resultados positivos de la prueba del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), representando un 25,9% de todos los informes en Canadá que reportan la pertenencia étnica. (Health Canada, 2002).



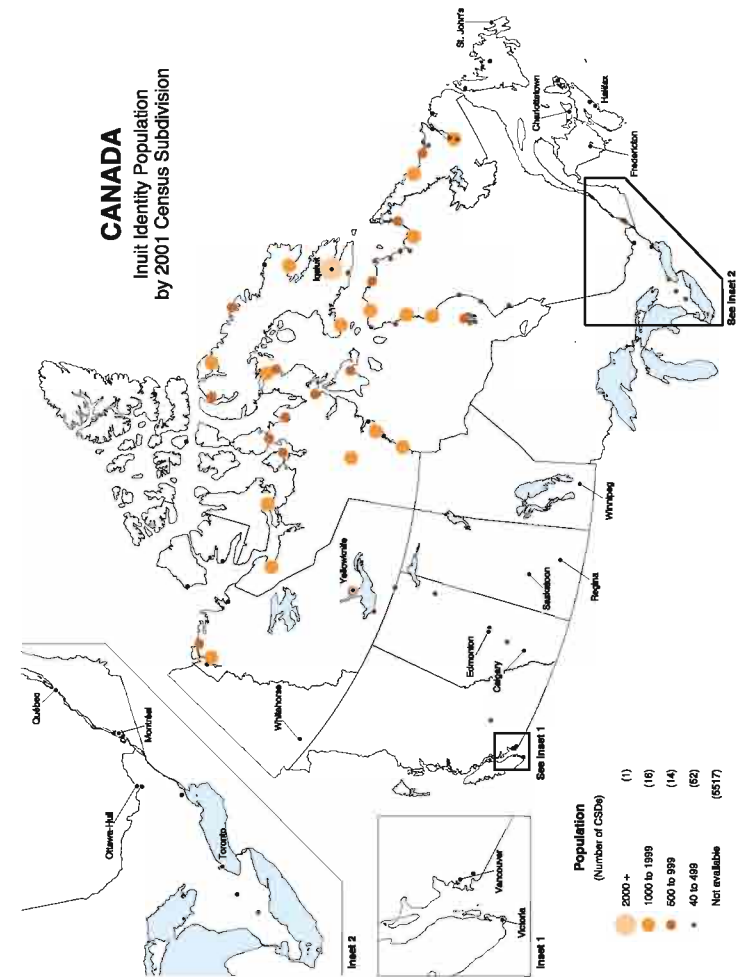
Tabla 2. Retos, factores a considerar, e inequidades (parte 4)

Suicidio: (Salud Canadá, 2003)

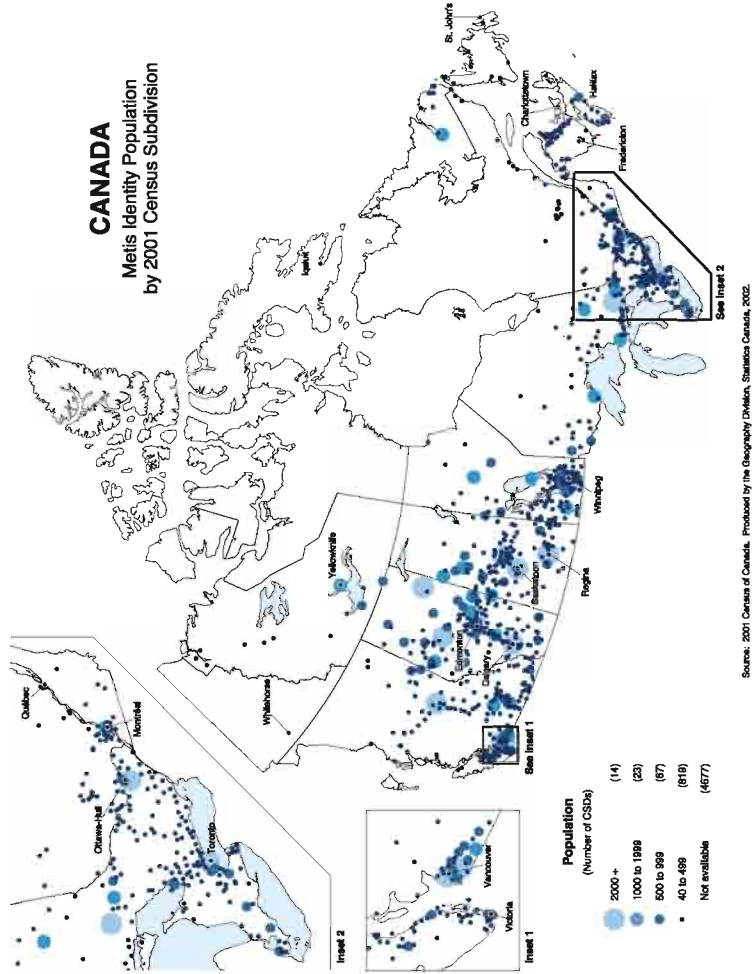
➤ La tasa cruda de suicidio entre las Primeras Naciones para 1999 fue 27,9 por 100.000, sobre dos veces más la tasa canadiense de 13,2. En 1999, el suicidio representaba un 38% de todas las defunciones entre los jóvenes de las Primeras Naciones y 23% de todas las defunciones entre los adultos jóvenes de las Primeras Naciones. El suicidio se ha identificado como la prioridad de salud

número uno entre los Inuit la tasa general es de 79 por 100.000 (la tasa entre los Nunavik es mayor, 82 por 100.000). (Salud Canadá, 2003)
 Para las Primeras Naciones de las reservas, en el 2000, el suicidio representaba 28% de todas las defunciones entre los jóvenes (10-19 años) y un 28% de todas las defunciones en los adultos jóvenes (años 20-44). La tasa de suicidio era de 24,1 de defunciones por 100.000 habitantes. (Salud Canadá 2000)

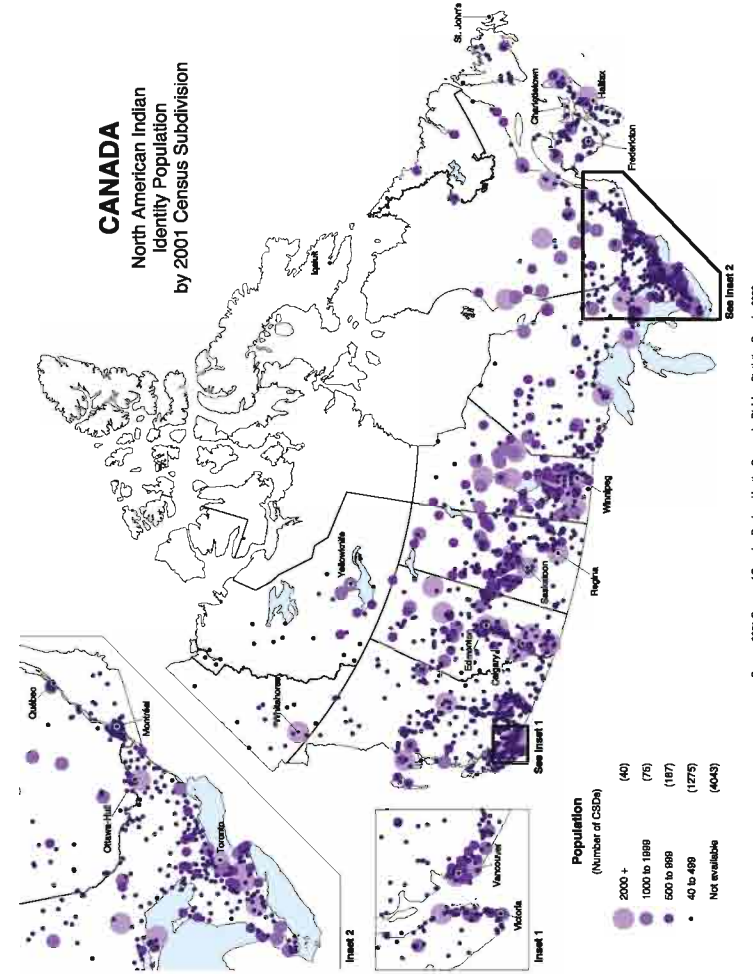
Mapa de localización de los pueblos indígenas de Canadá



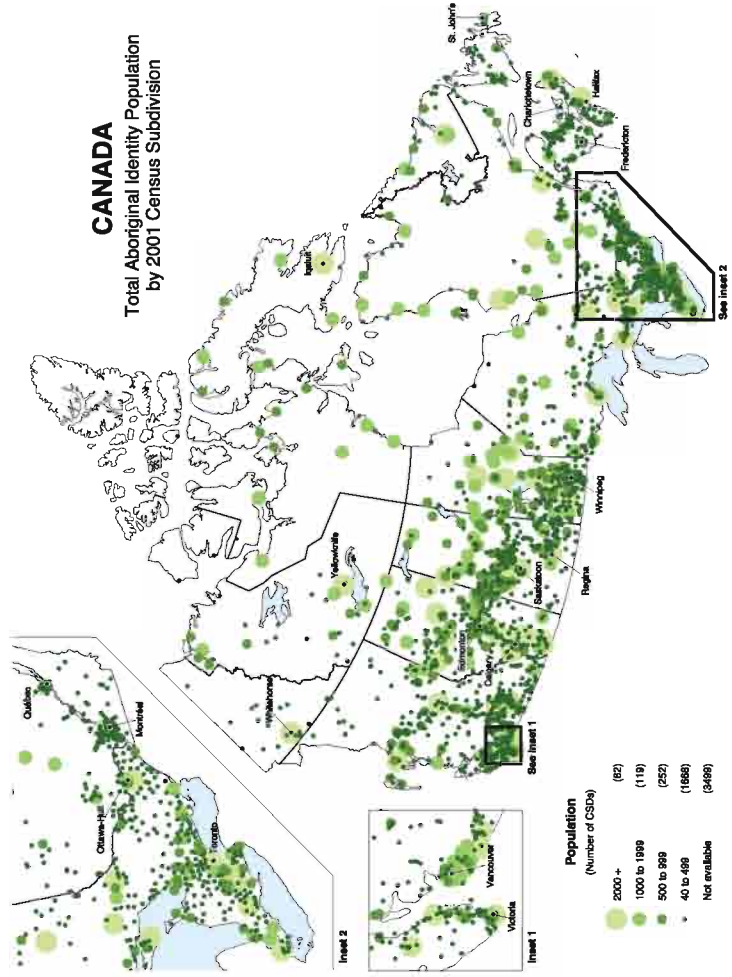
Mapa de localización de los pueblos indígenas de Canadá



Mapa de localización de los pueblos indígenas de Canadá



Mapa de localización de los pueblos indígenas de Canadá





Chile



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Marco legal | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|--|--|---|
| Constitución/ Políticas Nacionales | Políticas de Salud | Instancias Gubernamentales / Afiliadas |
| <p>Resolución CD37, R57 Resolución CD40, R6 Convenio de Diversidad Biológica⁷ - art. 8 j)</p> <p>Convención contra el racismo, la discriminación racial, la xenofobia y las formas conexas de intolerancia.</p> | <p>Política de Salud y Pueblos Indígenas, 2003.⁸ Ley de Autoridad Sanitaria N° 2763, 2004.¹²</p> | <p>Información de contacto</p> <p>➤ Lic. Margarita Sáez E-mail: msaez@minsal.gov.cl Mideplan CONADI</p> |
| Constitución/ Políticas Nacionales | Políticas de Salud | Instancias Gubernamentales / Afiliadas |
| <p>Ley Indígena N° 19.253 D. of 5-10-1993 Política Indígena de Gobierno⁹ "Verdad Histórica y Nuevo Trato", 2004.</p> | <p>Política de Salud y Pueblos Indígenas, 2003.⁸ Ley de Autoridad Sanitaria N° 2763, 2004.¹²</p> | <p>MIDEPLAN, Coordinación de Políticas y Programas Indígenas.¹³ Corporación Nacional de Desarrollo Indígena (CONADI) Unidad de Salud y Pueblos Indígenas, División de Nectoria y Regulación Sanitaria, Ministerio de Salud</p> |

7. Los 35 Estados Miembros de la OMS expresaron su compromiso de priorizar la atención de los pueblos indígenas de las Américas al firmar las Resolución CD37-R5 (1993) y CD40-R6 (1997).

8. "Convenio sobre la Diversidad Biológica", ratificado por Chile el 9 de Septiembre de 1994 y promulgado como Ley de la República en 1995.

9. "Ley Indígena N° 19.253" sobre "Protección, Fomento y Desarrollo Indígena". Octubre 1993 establece el reconocimiento, respeto y protección de las culturas e idiomas indígenas contemplará el uso y conservación de los idiomas indígenas, junto al español en las áreas de alta densidad indígena.

10. Política de Gobierno, como resultado de la Comisión Verdad Histórica y Nuevo Trato oficializada por el Presidente Ricardo Lagos a través del Decreto Supremo N° 19 del 18 de enero del año 2001.

11. "Política de Salud y Pueblos Indígenas". Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Programa de Salud y Pueblos Indígenas Gobierno de Chile. Enero 2003.

12. Incorporación de la población indígena como grupo prioritario en el Plan de Salud Pública. Continuidad del trabajo de salud y pueblos indígenas en las nuevas subsecretarías de Salud: de Salud Pública y de Gestión de Redes Asistenciales.

13. Ministerio de Planificación y Cooperación. "Informe Punal Grupo de Trabajo para los Pueblos Indígenas." Palacio de la Moneda, Mayo del 2000.

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | |
|---|--|
| Convenios | Programa Multifase de Desarrollo Integral de Comunidades Indígenas. Convenio N°1311/OC-CH |
| Proyectos nacionales, interinstitucionales/ intersectoriales | Programa Desarrollo Integral de las Comunidades Indígenas. Programa Orígenes. Componente Salud. Convenio CONAF/MINSAL. |
| Proyectos múltiples. | Convenio de intercambio exploratorio con Ecuador. Pasantías realizadas entre países. Grupo Nacional y Diseño Participativo del Programa de Salud Ambiental en Pueblos Indígenas participan: Ministerio de Salud, Ministerio de Obras Públicas y Ministerio de Planificación Nacional a través del Programa Orígenes. |
| Fondos interinstitucionales/intersectoriales | Consejo Nacional Aymara, Consejo de Pueblos Atacameños, Mesa Indígena de la Región Metropolitana, Parlamento Indígena Rapa Nui, Consejo Regional Indígena de Magallanes, Consejo de Caciques de Chiloé, Consejo de Caciques Buta Huilimapu, Consejo Picún Huilimapu. |
| Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas. | Red Salud Intercultural de carácter interinstitucional participan: profesionales, académicos, representantes indígenas, representación de OPS/OMS en Chile y MINSAL (organización de eventos, compartir información). |
| Redes | |



3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|---|--|
| <p>Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.</p> | <p>Las Políticas de Salud y Pueblos Indígenas¹⁴ definen como objetivos: contribuir al reconocimiento, protección y desarrollo de los conocimientos y las prácticas tradicionales de los pueblos indígenas en salud y avanzar en el desarrollo de experiencias locales de colaboración entre sistemas médicos, especialmente a nivel de atención primaria.¹⁵</p> <p>Políticas de Gobierno a partir de la Comisión de Verdad Histórica y Nuevo Trato. En octubre del 2004 se constituyó un grupo de trabajo ministerial para el reconocimiento, protección y desarrollo de los sistemas de salud indígena¹⁶. En el año 2005, se convocará a un grupo de trabajo con participación indígena y técnica que elabore medidas para avanzar en el reconocimiento de la medicina indígena. Igualmente, durante el segundo semestre del 2004, se inició un estudio de legislación comparada en materia de reconocimiento de la medicina indígena, que permitirá orientar las propuestas normativas y legales en esta materia.</p> |
| <p>Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional.</p> | <p>Centros de Salud Urbanos Consultorios donde se realiza atención de machi en la Región Metropolitana, Centro de Salud Complementaria en Kompu y Comuna de Panguipulli, X región; Borra Fihulawen, Hospital de Chol Chol y Hospital de Makewe, IX región; Hospital de Iquique, I región; Consultorio Ralco, VIII región. El componente de salud intercultural del Programa Orígenes está apoyando proyectos locales de rescate y difusión de la medicina indígena.</p> |
| <p>Asociaciones de terapeutas indígenas</p> | <p>Asociación de Machis y lawentuen Puerto Saavedra; Asociaciones de Curanderos en Parímacota; Asociación de Médicas, Lanco.</p> |
| <p>Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas)</p> | <p>Posítulo en Salud Intercultural Universidad Católica de Temuco; Programa de Capacitación en servicio Programa Orígenes y Programa Nacional; Universidad de Antofagasta otorga becas indígenas para Medicina Familiar; Universidad de Concepción, curso en Escuela de Enfermería; Universidad de la Frontera Internado de alumnos de Medicina; Programa de Formación en Bioética Intercultural de la Universidad de Chile; Universidad Arturo Prat de Iquique, Escuela de Enfermería.</p> |

¹⁴ "Políticas de Salud y Pueblos Indígenas". Ministerio de Salud, Fondo Nacional de Salud, Programa de Salud y Pueblos Indígenas. Gobierno de Chile, enero 2003

¹⁵ Ministerio de Salud. "De Consultorio a Centro de Salud". Santiago, Chile, marzo de 1993.

¹⁶ Con la presencia del Ministro de Salud Dr. Pedro García y del Subsecretario de Salud Dr. Antonio Infante se realizó el día 6 de octubre de 2004 la primera reunión de trabajo del equipo técnico ministerial que desarrollará, de forma paralela a las actividades que realicen los Servicios de Salud junto a los representantes indígenas regionales, de las comunidades, organizaciones y agencias de la medicina indígena a nivel local a lo largo del país, una propuesta de reconocimiento de la medicina indígena. Estos grupos de trabajo tienen por objetivo la formulación de una propuesta para avanzar en el reconocimiento de la medicina indígena en Chile, y del establecimiento de una estrategia nacional de mediano y largo plazo, que involucre la participación del mundo indígena en su elaboración.

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|--|--|
| <p>Información sobre el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas.</p> | <p>Estudios realizados por Victor Toledo¹⁷, Félix Aliaga¹⁸, Malva Pedrero¹⁹, Ana María Oyarce²⁰, Jaime Ibacache²¹, Margarita Sáez²²</p> <p>Talleres nacionales sobre Epidemiología e Interculturalidad.²³</p> |
| <p>Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable de etnicidad.</p> | <p>Encuesta CASEN y CENSO de población incluyen variable autoidentificación indígena.</p> |
| <p>Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país.</p> | <p>Ver anexo mapas. (ppm-115)</p> |
| <p>Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud.</p> | <p>Estudio de Caso Makewe (OPS), Sistematización Programa Orígenes²⁴, Estudio Mapuches Urbanos, Estudio VIH/SIDA²⁵</p> |
| <p>Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas.</p> | <p>Comunicación Social. Boletines.</p> |
| <p>Sociedad entre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica)</p> | <p>http://www.minsal.cl OPS/OMS en Chile (http://www.minsal.cl, http://www.minsal.cl/ProgramasOrigenes.cl)</p> |

¹⁷ OPS, 1997. Situación de Salud de los Pueblos Indígenas de Chile. Perfil Epidemiológico.

¹⁸ Aliaga, Félix, 2002. Perfil Epidemiológico de la Población Mapuche. IX Región. Documento inédito.

¹⁹ Pedrero, Malva, 2001. Sentando Bases para un Modelo Intercultural de Atención en Salud Sexual y Reproductiva entre las Mujeres Aymara del Norte de Chile. Documento inédito.

²⁰ Oyarce, Ana María y Susana Schkolnik, 1994. Los Mapuche: Una investigación multidisciplinaria en reducciones indígenas de Chile en Estudios Demográficos de Pueblos Indígenas.

²¹ CELADE-CIDOB; INTUAP-ICI Santiago, Chile.

²² Ibacache Jaime, Sara Mac Fally y José Quidel, 2002. Epidemiología de la Tragedia. Documento inédito.

²³ Ministerio de Salud, Programa de Salud y Pueblos Indígenas, Servicio de Salud Araucanía Sur. "Taller Nacional Salud y Pueblos Indígenas. Salud, Cultura y Territorio: bases para una epidemiología intercultural".

²⁴ Llanvier - Brotes de Luna Nueva, Región de la Araucanía, Chile, 1998.

²⁵ Minsal, 2004. Informe Síntesis Sistematización de Experiencias en Salud Intercultural. Programa Orígenes. Documento de Trabajo.

²⁶ Minsal, 2004. Estudio de Caracterización de los Factores de Riesgo y Vulnerabilidad al VIH/SIDA en Poblaciones Vulnerables Emergentes. Investigación en desarrollo.

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- El Ministerio de Salud desarrolla actualmente dos programas que cuentan con presupuestos específicos: Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas que se implementa desde 1996, actualmente tiene acciones en 22 de los 28 Servicios del país y Programa de Desarrollo Integral de las Comunidades Indígenas (Programa Orígenes) que se implementa desde el año 2001 y cubre 5 regiones con 9 Servicios de Salud.
- En materia de equidad en salud se han generado mecanismos de discriminación positiva en acceso, calidad y oportunidad de la atención: 102 facilitadores interculturales y asesores culturales en los distintos niveles del sistema de salud que posibilitan una atención oportuna y pertinente; señal ética culturalmente apropiada en establecimientos de la red de servicios y producción de material educativo validado con las comunidades.
- Contribución al logro de los objetivos sanitarios de los servicios de salud a través del mejoramiento de la estructura de postas, estaciones de salud rural, compra de medicamentos, financiamiento de exámenes de mayor complejidad, compra de servicios para exámenes de laboratorio, fondos de ojos y realización de operativos asistenciales. Avances en la resolutiveidad de los problemas de oftalmología, otorrino, odontología a través de la compra de servicios e insumos especialmente para la población indígena.
- Aumento de la dotación y frecuencia de las rondas rurales en regiones I, II, VIII, IX y X. Realización de campañas en salud para resolver problemas de atención de especialidades y controles de salud, como una manera de mejorar

la capacidad resolutive en lugares muy apartados. En las ADI Lleu Lleu y Alto Bio Bio se está implementando en conjunto entre FONASA y los Servicios de Salud Arauco y Bio Bio un plan de atenciones médicas de especialidades para los pueblos pehuenches y lafquenchos.

- Creación y apoyo a Hogares de Acogida donde se aloja población indígena rural para acceder a la atención de especialidad en centros urbanos, a través de la contratación de personal, compra de insumos y supervisión técnica. Implementación y habilitación de espacios de atención originados de propuestas conjuntas entre los equipos de salud y las comunidades indígenas.
- Desarrollo de programas de capacitación en cultura indígena a los funcionarios que tienen mayor contacto con población indígena en la red de servicios del sistema de salud. En el marco del Programa Orígenes se han capacitado y sensibilizado 4.400 funcionarios de establecimientos de salud en pertinencia cultural en las regiones I, VIII, IX y X. Producto de las capacitaciones han surgido propuestas de gestión en salud intercultural por parte de los funcionarios capacitados, involucrando a la comunidad indígena organizada.
- Asesoría y financiación de proyectos de las comunidades y organizaciones indígenas con el objetivo de recuperar y fortalecer la medicina indígena, mejorar el acceso y lograr pertinencia cultural en la atención de salud. Se han implementado a julio 2004 un total de 146 proyectos de rescate, fortalecimiento y desarrollo de la medicina indígena en el marco del Programa Orígenes. Los proyectos desarrollados se orientan a: validar y fortalecer el rol de los especialistas de la medicina indígena; a reeducar el "Kimun" (conocimiento) y capacitar en salud indígena a nivel intracomunidad; intercambio de saberes y experiencias entre comunidades; recuperación y

fortalecimiento de los ecosistemas; análisis y reflexión sobre el reconocimiento legal de la medicina indígena y sus implicancias.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas del país en el ámbito nacional y subnacional?

- Accesibilidad geográfica de comunidades indígenas a la atención de salud en regiones con alta ruralidad en población Aymara, Atacameño, Mapuche, Yámana y Kawashkar. En los pueblos Australes y Aymara la presencia de TBC constituye un problema de salud relevante, lo que está siendo estudiado a través de un proyecto de diagnóstico epidemiológico sociocultural con la participación de los propios pueblos originarios.
- Baja adhesividad a programas de salud por falta de pertinencia cultural. Aún cuando se han modificado instrumentos para mejorar la pertinencia cultural de los siguientes programas de salud, a nivel de experiencias locales: Salud de la mujer (embarazo, parto y puerperio), desarrollo psicomotor del niño, problemas de alcoholismo, pautas alimentarias, sigue siendo prioridad el perfeccionar e institucionalizar los mecanismos de transversalización del enfoque intercultural en el quehacer del sistema de salud.
- En relación al pueblo Rapa Nui, la tarea prioritaria es mejorar los resultados del Programa de Control de Aedes aegypti en Isla de Pascua, a través del fortalecimiento de la participación comunitaria y el ordenamiento ambiental, mejorando el trabajo intersectorial, promoviendo la participación activa de las instituciones y organizaciones locales, aplicando un enfoque de trabajo intercultural. El Ministerio de Salud está participando en el Comité Interministerial de las Zonas Extremas y

Especiales (CIDEZE), dependiente de la Subsecretaría de Desarrollo Regional y Administrativo, respecto a la situación de Isla de Pascua. Se estudiará la viabilidad de las propuestas respecto a: mejorar la capacidad resolutive del Hospital de Hanga Roa; crear un fondo especial para ser utilizado en los costes de las evacuaciones aeromédicas; establecer los procedimientos a seguir respecto del fondo especial y las emergencias médicas; y establecer que los pacientes trasladados desde Isla de Pascua deberán ser atendidos en un Hospital de la Región Metropolitana, actualmente las urgencias son atendidas en Santiago, en la Posta Central y luego son referidos a la V Región, dado que la Isla pertenece administrativamente al Servicio de Salud Valparaíso/San Antonio.

- Desde el punto de vista sanitario, se requiere abordar la situación de las comunidades indígenas respecto al acceso a agua para consumo humano segura y las condiciones de saneamiento básico. En base a los antecedentes con que se cuenta, se constata el desmedro en que se encuentran los pueblos originarios, tanto a nivel nacional como en comunas de alta concentración de población indígena, ya que un alto porcentaje no dispone de las condiciones mínimas necesarias para el consumo de agua potable, lo que redundará en una exposición mayor al riesgo de contraer enfermedades entéricas: como el cólera, hepatitis, fiebre tifoidea y paratifoidea, diarrea, etc.

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

²⁶ ADI: Área de Desarrollo Indígena.

²⁷ Respecto a los Pueblos Kawésqar y Yagán la Política de Nuevo Tratado plantea que "con el objeto de asegurar la sobrevivencia de los pueblos kawésqar y yagán, en riesgo de extinción, se llevarán a efecto con urgencia y celeridad todas las acciones sociales, asistenciales, de rescate y revitalización de sus lenguas y culturas y de reparación simbólica que sean necesarias para que con ello repararemos en parte el daño que con estos pueblos se ha cometido."

²⁸ Otro de los resultados de este Proyecto es la producción de una Guía Metodológica para Investigación Epidemiológica con Enfoque Intercultural.

- La mayor parte de las estrategias y acciones desarrolladas en materia de salud y pueblos indígenas están a nivel de Atención Primaria, es desde allí que se construye la relación con las comunidades indígenas y con la red de servicios de salud. El Modelo de Atención Integral y Familiar es uno de los pilares fundamentales para el proceso de Reforma. Están en desarrollo experiencias locales que vinculan la Atención Primaria con enfoque familiar a la salud intercultural, en Ralco (mapuche pehuenche) y en San Pedro de Atacama (atacameños), las que constituyen experiencias pioneras para estudiar su replicabilidad.
- En relación a las Metas del Milenio, los mayores desafíos están en disminuir las inequidades, siendo las regiones de mayor concentración de población indígena las que presentan brechas importantes en equidad. La meta de disminuir la mortalidad materna se vincula a población indígena como parte de una estrategia preventiva de casos de parto domiciliario en población Aymara en el norte del país, para lo cual se están desarrollando estrategias específicas de parto con pertinencia cultural a nivel hospitalario (Hospital de Iquique).

En relación a reducir la propagación del SIDA, considerando los casos de población indígena en zonas rurales y pobres, se está realizando un estudio que permitirá caracterizar los factores de riesgo y vulnerabilidad frente al VIH/SIDA en pueblos indígenas, que pretende generar

estrategias de prevención pertinentes y validadas.

- En materia de mejoramiento del acceso al agua potable y saneamiento básico de las comunidades indígenas rurales, se ha creado un programa especial orientado a promover la participación y la intersectorialidad para enfrentar el problema. Se han establecido coordinaciones intra e intersectoriales para sentar las bases de este programa. Donde se ha iniciado un trabajo colaborativo con SUBDERE, MOP y Ministerio de Vivienda y Urbanismo en la materia. El Ministerio se ha adjudicado un proyecto CEPIS/OPS de apoyo a esta iniciativa.
- Respecto a la población indígena urbana en la Región Metropolitana, para el año 2005 se elaborará una línea base de situación sociodemográfica, acceso, utilización de servicios y percepción de calidad de atención de salud, en base a la consolidación de estudios existentes, realizados a nivel comunal.
- Otro de los desafíos se refiere al diseño, validación e incorporación de mecanismos de consulta e información en los procesos de inversión que involucren, directa o indirectamente, a comunidades originarias. La gestión de los proyectos de inversión de establecimientos de salud en comunas de alta concentración de población indígena deberán generar mecanismos de consulta, que permitan incorporar elementos de pertinencia cultural en los modelos médico arquitectónicos de los establecimientos de la red de servicio de salud.

Análisis Estratégico

| Fortalezas: Características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas. | Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas. |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Apoyo de autoridades del Ministerio de Salud, Secretarios Regionales Ministeriales y Directivos de Servicios de Salud hacia la incorporación de un enfoque intercultural en salud. Personal de salud capacitado en interculturalidad, que cuenta con herramientas para orientar acciones en salud con pertinencia cultural. Líderes y dirigentes con una disposición positiva frente a los esfuerzos que implica la construcción de un modelo de salud intercultural. Participación indígena en la elaboración y evaluación de los planes de trabajo en salud intercultural. Organización con las comunidades de actividades de intercambios de conocimientos médicos con los cultores de medicina tradicional. Cultores de medicina tradicional validados y reconocidos en los espacios de encuentros de fortalecimiento de la medicina indígena por la propia comunidad indígena. Mesas Regionales y Provinciales de Salud Intercultural funcionando con participación sistemática de dirigencia social indígena. Existencia de una amplia red de servicios de salud con cobertura nacional. 22 servicios de salud con Planes de Salud y Pueblos Indígenas y con equipos técnicos responsables del Programa de Salud y Pueblos Indígenas. | <ul style="list-style-type: none"> Los sistemas de registros en salud no consideran la variable de pertenencia étnica. La participación de las comunidades es aún relativamente baja. Actitudes de individualismo de algunos dirigentes por sobre los intereses comunes de las agrupaciones y comunidades indígenas. Dificultad en la institucionalidad pública para responder en forma oportuna en las materias comprometidas, especialmente por la complejidad administrativa de los servicios de salud. Insuficientes horas de recursos humanos destinadas a la implementación de los programas de salud y pueblos indígenas. Sobrecarga laboral de equipos locales. Dificultad en lograr consensuar conceptos en torno a la salud intercultural. Insuficiente capacitación de equipos dedicados a la ejecución de los proyectos. Escaso desarrollo de la comunicación social sobre las acciones derivadas de los programas. Programa protegido, que no ha logrado transversalizar suficientemente el sistema de salud. |
| <p>Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Contexto político favorable, respaldado por marco legal: Ley Indígena y Política de Nuevo Trato. Reforma en Salud: Uno de los objetivos de la Reforma es la formulación de políticas que permitan incorporar un enfoque intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración indígena. | <p>Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> No existencia de un marco de derechos indígenas que de soporte claro a las políticas públicas dirigidas al mundo mapuche. |

Análisis Estratégico

- Trabajo desde universidades con el fin de introducir el enfoque intercultural en los currículum de formación básica y postgrado de formación profesional y técnica.
- Tratados internacionales que promueven el reconocimiento de los pueblos indígenas y su particularidad.
- Voluntad política de Gobierno no ha logrado respaldo político en hitos más demandados por los pueblos indígenas: Ratificación del Convenio 169 de la OIT, ni el reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas. Ambas iniciativas no han sido aprobadas aún por el parlamento.
- Presencia de brecha entre lo que Estado conoce de los pueblos indígenas y lo que efectivamente son hoy día.
- Manipulación ideológica del tema.
- Inseguridad de apoyo financiero sostenido.
- Programas actuales son de gobierno no de Estado, lo cual no garantiza su continuidad.
- Escasa coordinación entre los distintos sectores del Estado: El tema de salud de los pueblos originarios continua siendo un tema marginal dentro de la instituciones del Estado.

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Chile (población expresada en miles de habitantes)

| Población Nacional | Población Indígena | % | Pueblos |
|--------------------|--------------------|-----|---------|
| 15.116 | 692 | 4,6 | 8 |

Fuente: INE. CENSO, 2002.

Nota: Se preguntó por pertenencia étnica a ocho pueblos y los resultados no son comparables con el Censo de 1992 que estimó una población indígena de 998.385 bajo el criterio de autoidentificación con tres pueblos.

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 1)

Desafíos

- Estrategias de salud y salud pública deben comprender y abordar los factores estructurales, de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas:
- Visión holística del bienestar del individuo, de la familia, la comunidad y el entorno.
- Capacidades culturales, lingüísticas, organizativas, de negociación y liderazgo.
- Adherencia a principios comunitarios de reciprocidad, solidaridad y respeto y conocimiento ancestral.

Factores a considerar

- **Localización Chile:** Diversidad en la localización de los pueblos indígenas, que tienen además, características y necesidades diferentes. Se encuentran localizados tanto en zonas rurales (algunas de difícil acceso), como en sectores urbanos. Si bien las regiones I (aymara), IX y X (mapuche) son las que mayoritariamente siguen teniendo presencia indígena en asentamientos tradicionales, la Región Metropolitana concentra el 23,7 del total de población indígena del país.
- **Heterogeneidad étnica y cultural:** Según el último Censo, la población indígena se estima en 692.192 personas pertenecientes a ocho pueblos que constituye 4,6% de la población total. La población indígena está presente en todo el país. En la Ley indígena se reconocen los siguientes pueblos: Aymara, Quechua, Atacameño, Colla, Rapa Nui, Mapuche, Yagán y Kawashkar. No se incorpora a los diaguitas, pero está en estudio su reconocimiento. Actualmente se hablan cinco lenguas originarias en distinta condición: aymara, quechua, mapuche (mapudungun), kawashkar y rapa nui.

- **Atención culturalmente apropiada:** Participación y pertinencia cultural como eje de la formulación, ejecución y evaluación de políticas públicas en salud y pueblos indígenas. En el Reglamento de Autoridad Sanitaria se establece que es función del Ministerio de Salud formular políticas que permitan incorporar un enfoque de salud intercultural en los programas de salud en aquellas comunas con alta concentración de

población indígena, permitiendo y favoreciendo la colaboración y complementariedad entre la atención de salud que otorga el Sistema y la que provee la medicina indígena, que permita a esas personas obtener resolución integral y oportuna de sus necesidades de salud en su contexto de salud.

Inequidades

- **Pobrezas:** Las zonas de mayor carencia (medida a través de las necesidades básicas) coinciden con las comunas de alta concentración indígena (OPS, 1997). La pobreza es mayor entre los indígenas que entre la población no indígena, los niveles de pobreza entre los indígenas superan en 12 puntos porcentuales, 32,2% comparada con 20,1% de la población no indígena. En cuanto a la indigencia, en la población indígena es más del doble que en la población no indígena, situación que se mantiene en el medio rural y especialmente en la Región de la Araucanía (CASEN 2000).

- **Analfabetismo:** La tasa de analfabetismo entre la población indígena es 8,4% y supera en más del doble a la tasa de analfabetismo de la población no indígena, 3,8% (CASEN 2000).²⁹

- **Desempleo:** Mayor tasa de desocupación entre los indígenas, 13,3% comparada con el 10,2% de la población no indígena (CASEN 2000).

- **Servicios básicos:** Un 86% de la población está conectada al servicio de agua potable, sin embargo en comunas rurales de alta concentración de población indígena, sólo 5,25% de los Atacameños, 18,4% de los Aymara, y 17,9% de los Mapuches dispone de estos servicios. En las mismas comunas, 70% de la población posee alcantarillado, sin embargo solo 6,6% de los mapuches, 8,7% de los Aymara y 9,9% de los Atacameños disponen de este servicio (OPS, 1997). Según la Encuesta CASEN 2000, el indicador de saneamiento en población indígena es de 53,9% comparado con un 77,4 en la población no indígena.

²⁹ Resultados de la Encuesta CASEN 2000. Etnias y pobreza en Chile. www.mideplan.cl

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 2)

- > **Mortalidad infantil:** La mortalidad infantil es superior en áreas indígenas en relación al promedio nacional, así en 1981, de cada mil niños Mapuches nacidos, unos veintidós mueren antes de cumplir un año, en comparación con 19 niños no Mapuches que fallecen a esa edad. Este estudio coincide con otro en áreas de alta concentración indígena que muestra que la mortalidad infantil para el período entre 1992 y 1998 era 15 para el país y de 40 por 1000 NV en Aymará, 57 por 1000 NV en Aitacameños, y 43 por 1000 NV en Mapuche (OPS, 1997).
- > **Mortalidad materna:** No hay datos epidemiológicos sobre población indígena.
- > **Enfermedades infecciosas:** La muerte por bronconeumonía en niños indígenas menores de 5 años es proporcionalmente más alta comparada con niños no indígenas. Por otra parte la tuberculosis es considerablemente más alta en las zonas de alta concentración indígena, en la I región la tasa de

- tuberculosis en Aymará es casi el doble que la tasa de tuberculosis a nivel nacional. En la XII región la tasa de tuberculosis en Puerto Edén donde un 90% pertenece a un grupo indígena, la tasa se eleva a 46.8 comparada con la tasa nacional de 20,3 para el año 2001.
- > **Desnutrición:** No hay datos epidemiológicos sobre población indígena.
- > **Diabetes, obesidad, alcoholismo:** No hay datos epidemiológicos, estudios parciales basados en casos muestran un aumento de diabetes.
- > **Suicidio:** La tasa de suicidio es menor en población mapuche comparado con el promedio nacional.
- > **Violencia intrafamiliar (VIF):** En la Región IX, la prevalencia de VIF es de 55% en poblaciones Mapuche y 45% en no Mapuche (SERNAM. Detección y análisis de la prevalencia de VIF. Santiago, 2001).

Comentarios

El presente informe es una breve síntesis del trabajo realizado por más diez años en Chile donde progresivamente en nuestro país se ha estado viviendo un profundo proceso de cambio cultural en salud y en el mundo indígena. Intenta presentar una visión de los procesos y antecedentes recabados en un corto plazo, en respuesta a la solicitud de la Organización Panamericana de la Salud, con motivo de la Evaluación del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo.

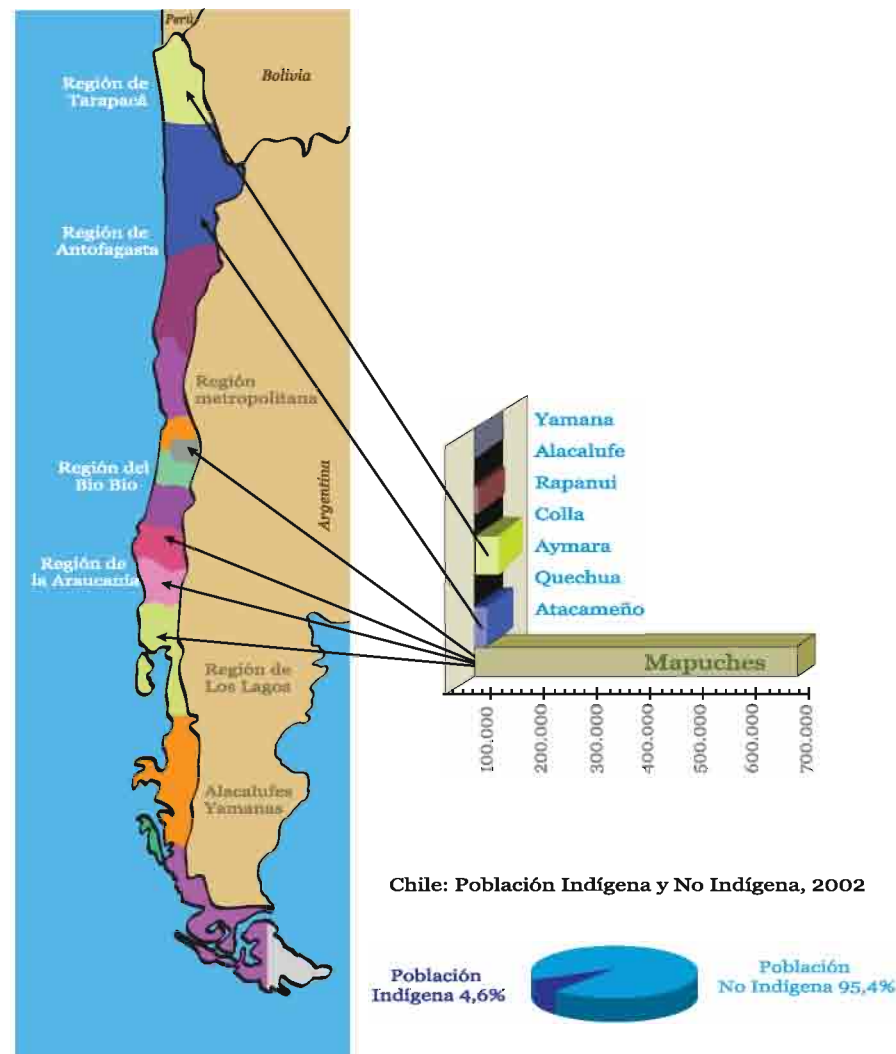
El documento ha sido elaborado por un equipo de trabajo, integrado por: Margarita Sáez, Encargada de la Unidad de Salud de los Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud; Yolanda Nahuelcheo, representante del pueblo mapuche y Coordinadora del Componente Salud Intercultural de la Secretaría Regional de Salud de la IX Región y el Dr. Christian Darras, Consultor de la Representación en Chile de OPS/OMS y Punto Focal de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas.

Cabe señalar que gran parte de la información aportada corresponde a diversas evaluaciones realizadas en las numerosas reuniones, estudios y talleres nacionales, regionales y locales, entre el mundo indígena y el sector salud. Los encuentros y procesos han sido documentados, adquiriendo la forma de informes, orientaciones técnicas, políticas, programas y planes estratégicos; y han sido oportunamente enviados a la Iniciativa.

Agradecemos la oportunidad y deseamos el mayor de los éxitos en el desarrollo de los planes regionales de la Organización.

³⁰ UFRU et al, 1999. Población Mapuche de Chile Análisis del Censo de Población de 1992. Temuco, Chile.
³¹ Oyarce, A.M. y Ibañache, J., 1998; Oyarce y Bustos, 2004. Características Socioculturales de la Mortalidad por Neumonía en Niños Mapuches, 1996-2003. Doc. Inédito.
³² Proyecto Epidemiología, Unidad de Salud y Pueblos Indígenas, MINSAL, 2004.
³³ Neira, J., 1998. Tasas de Suicidio en Población Mapuche y No Mapuche. Doc. Inédito

Mapa de localización de los pueblos indígenas de Chile





Colombia



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Constitución / Políticas Nacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas | Instancias Gubernamentales / Ministerio | Información de contacto |
|---|--|--|--|--|-------------------------|
| <p>Convenio 169 de la OIT. Ratificado mediante Ley 21 de 1991, que establece la obligatoriedad del Estado colombiano de extender el régimen de seguridad social a los pueblos indígenas y tribales, así como el ofrecimiento de éstos adecuados a su condición cultural y de igual manera que su organización y servicios se presten bajo la dirección de estos pueblos, respetando su territorialidad.</p> <p>Resoluciones: CD37, R5 (1993); CD40, R6 (1997) de la OPS</p> | <p>Constitución Política de 1991. Artículo 7. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana.</p> <p>Ley 100 de 1993. Crea el Sistema de Seguridad Social Integral. Plantea un plan obligatorio de salud (POS) para todos los habitantes del territorio nacional.</p> <p>Ley 715 de 2001. En su artículo 83 define la distribución y administración de los recursos para los Resguardos Indígenas, entre ellos, las necesidades básicas de salud, incluyendo la afiliación al Régimen Subsidiado.</p> <p>Ley 812 de 2003. Aprueba el Plan Nacional de Desarrollo 2003-2006, "Hacia un Estado Comunitario", que establece que se buscarán esquemas de concertación con las comunidades indígenas y afrocolombianas para el mejoramiento de sus condiciones de vida.</p> | <p>Políticas de Salud</p> <p>Decreto 1811 de 1990. Sobre la prestación de servicios gratuitos para las comunidades indígenas, la adecuación institucional y del talento humano, respetando su cultura (aún vigente).</p> <p>Ley 691 de 2001. Reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social, en condiciones dignas y apropiadas, respetando la diversidad cultural de la nación y sus estilos de vida, protegiendo sus derechos en salud y garantizando su integridad cultural.</p> <p>Acuerdo 244 de 2003. Define la forma y condiciones de operación del Régimen Subsidiado. Prioriza a los indígenas como beneficiarios del régimen a través de la presentación de listados censales elaborados por las autoridades tradicionales, acorde con lo establecido en la Ley 691/01.</p> <p>Circular 018 de 2004. Establece que cuando existan grupos étnicos legalmente reconocidos la formulación del PAB debe incluir los procesos de consulta y concertación que establezca la normatividad vigente, orientada a la adecuación étnocultural de las acciones a realizar.</p> | <p>> Grupo Equidad y Género, Dirección General de Promoción Social, Ministerio de la Protección Social.</p> | <p>> Gina Carrioni Bogotá D.C. Tel (572)336-5066 ext.1236</p> <p>E-mail: gcarri@minproteccionsocial.gov.co</p> | |

Nota: La información presentada es un resumen de un documento más amplio elaborado por el país. Este documento se encuentra en los archivos del Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas en la Sede de la OPS.

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | |
|--|---|
| <p>Convenios del Programa Salud Indígena.</p> | <p>> Convenio 221 de 2003, suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y la OPS, para elaborar una propuesta de lineamientos de política de extensión de la protección social en salud a los grupos étnicos del país.</p> |
| <p>Proyectos interinstitucionales/intersectoriales del Programa Salud Indígena.</p> | <p>> Proyecto: Definición de criterios e insumos necesarios para la elaboración de lineamientos de política en materia de protección social para los grupos étnicos ubicados en zonas de frontera y/o en condición de desplazamiento.</p> <p>> Proyecto: Análisis de la Situación de Salud de Colombia. Convenio de cooperación técnica entre el Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud y la Universidad Nacional. Busca recolectar, procesar y analizar datos de diversas fuentes del sector salud, entidades territoriales y otros sectores que suministren información de carácter sociodemográfico en referencia a la población indígena.</p> |
| <p>Multipais</p> | <p>> Proyecto de cooperación técnica entre países: "Sistematización e intercambio de experiencias en la organización y gestión de servicios de salud descentralizados para poblaciones indígenas Colombia-Ecuador". Organización Panamericana de la Salud OPS, Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Promoción Social, Secretaría Departamental de Salud del Cauca, Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca, Colombia, Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Asuntos Indígenas, Dirección Provincial de Salud de Imbabura, Área de Salud de Cotacachi, Ecuador.</p> |
| <p>Foros interinstitucionales/intersectoriales.</p> | <p>> Foro de discusión en la página web: www.etniasdecolombia.org, coordinado por la Fundación Hemera.</p> <p>> Grupo Nacional de Trabajo del proyecto: "Abastecimiento de Agua y Saneamiento Básico para poblaciones indígenas de Colombia".</p> |
| <p>Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas.</p> | <p>> Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC).</p> <p>> Movimiento Autoridades Indígenas de Colombia (MAICO).</p> <p>> Organización de los Pueblos Indígenas de la Amazonia Colombiana (OPIAC).</p> <p>> Organización Indígena de Antioquia (OIA).</p> <p>> Organización Zonal Indígena del Putumayo (OZIP).</p> <p>> Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN).</p> |
| <p>Redes</p> | <p>> Red de Salud Indígena de la Amazonia (REDSIAMA).</p> |



3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

Primera parte

Políticas que promuevan la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.

> **Resolución 10013** de 1981 surge por iniciativa de los Servicios Seccionales de Salud que atienden población indígena en los antiguos territorios nacionales y establece la gratuidad de la atención, el respeto de su estructura política, organizativa, administrativa, de sus valores y tradiciones, y la creación de modelos conductores a integrar la medicina tradicional autóctona con la medicina occidental o especializada. Posteriormente dentro de la reglamentación de la Ley 10 de 1990, se promulga el Decreto 1811 de 1990, que marca un hito en la atención a las comunidades indígenas orientando la legislación posterior hasta culminar en la Ley 100 de 1993 y en sus reglamentos.

> **Ley 691**, reglamenta la participación de los grupos étnicos en el Sistema General de Seguridad Social en condiciones dignas y apropiadas, respetando la diversidad cultural de la nación y sus estilos de vida, protegiendo sus derechos en salud y garantizando su integridad cultural.

> **Programa de Salud 2002-2006 del Ministerio de la Protección Social**, que entre otras metas, plantea un proceso de adecuación sociocultural del Sistema General de Seguridad Social en Salud a las particularidades de los pueblos indígenas y grupos étnicos.

> **Sistema de Protección Social** se concretan mediante la identificación e implementación, de ser necesario, de estrategias de reducción, mitigación y superación de los riesgos que puedan provenir de fuentes naturales y ambientales, sociales, económicas y relacionadas con el mercado de trabajo, ciclo vital y la salud (Decreto 205 de 2003, que determina los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de la Protección Social).

> **El Servicio Seccional de Salud del Vaupés** ha conformado y consolidado equipos extramurales de promoción de la salud, que cumplen la función de ser acompañantes y asesores de los indígenas en la adecuación cultural de la atención.

> **Entidades Promotoras de Salud Indígenas (EPSI)**: en la actualidad existen siete (7): Asociación de Cabildos del Resguardo Indígena Zenú de San Andrés de Solvento MANEXKA EPS con sede en San Andrés de Solvento (Córdoba); Asociación de Cabildos Indígenas del Cesar y Guajira DUSAKAWI EPS con sede en Valledupar (Cesar); ANAS WAYUU EPS con sede en Mateao (Guajira); Entidad Promotora de Salud PIAO SALUD EPS con sede en Ibagué (Tolima); Entidad Promotora de Salud GUAITARA EPS con sede en Ipiales (Nariño); Asociación Indígena del Cauca AIC EPS con sede en Popayán (Cauca) y Entidad Promotora de Salud MALLAMAS EPS con sede en Ipiales (Nariño, que tenían para continuidad a diciembre de 2003, 331.208 cupos para indígenas y con ampliación de 333.562 cupos en el año 2004, para un total de 364.770 de los 546.442 cupos para indígenas que aparecen en la base de datos del Ministerio de Protección Social.

Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional.

Asociaciones de terapeutas indígenas.

> **Fundación CAPARE**. Organización no gubernamental, sin ánimo de lucro, fundada en el año 2003, cuyo objetivo es el fortalecimiento del bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida del ser humano, las comunidades, especialmente las más vulnerables y su entorno, desde una orientación espiritual, con todos los saberes culturales, disciplinas científicas y tecnológicas, y campos de acción posibles, sin distinción de sexo, raza, origen nacional o familiar, lengua, religión, opinión pública o filosófica y dentro de la libertad de cultos que promulga la Constitución Nacional.

> Desde 1995, capacitación de promotores seleccionados por sus comunidades

> A través del Programa de Atención en Salud a las Comunidades Indígenas del Ministerio de Salud se han celebrado convenios con resguardos indígenas con el fin de desarrollar centros de salud indígenas y se desarrollaron talleres de capacitación sobre los elementos básicos del Sistema de Seguridad Social.

> Escuela de Salud de la Asociación de Cabildos Indígenas del Norte del Cauca (ACIN), donde se preparan promotores de salud de los municipios y resguardos indígenas.

Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas).



4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

Primera parte

| | |
|--|---|
| <p>Información sobre el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Censo 1993. > Documento técnico no oficial elaborado en el 2002 por la antigua Dirección de Asuntos Étnicos adscrita a la Dirección de Salud Pública del Ministerio de Salud. > Documento "Caracterización de la situación de la población indígena en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud". > Documento producto del Convenio 221 suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y OPS (2004). > Perfil Epidemiológico del departamento del Vaupés. |
| <p>Sistemas de información, monitoreo, evaluación de la salud de los pueblos indígenas. Incluye la variable de etnicidad.</p> | <p>Los sistemas de información son una debilidad en el sistema de salud, ya que generalmente no registran la información sobre los pueblos indígenas y otras etnias, ni mucho menos registran actividades de medicina tradicional; en ese sentido, a nivel oficial no se cuentan con datos específicos que permitan determinar las principales causas de morbilidad debido a que el sistema de información no incluye la variable de pertenencia étnica en el registro individual de atención.</p> |
| <p>Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país</p> | <p>Mapa del libro "Los Pueblos Indígenas de Colombia" publicado por el DNP en el año 2004 (anexo). Ver mapa Anexo (pag.137)</p> |
| <p>Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y mantenimiento y restauración de su salud.</p> | <p>Documento resultado del Convenio 221 suscrito entre el Ministerio de la Protección Social y OPS (2004).</p> |
| <p>Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas.</p> | <p>Periódico Actualidad Étnica. Periódico Unidad Indígena (ONIC).</p> |
| <p>Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica).</p> | <p>http://www.redsiama.org http://www.col.ops-oms http://www.etniasdecolombia.org</p> |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?
2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?
3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

Análisis Estratégico

Fortalezas: Características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Desarrollo constitucional, legislación y normativa garante de los derechos de los pueblos indígenas y otros grupos étnicos.
- > Reconocimiento de los pueblos indígenas como sujetos colectivos de derechos y como resultado de ello, el reconocimiento de un tratamiento diferencial en la implementación de políticas encaminadas a la satisfacción de dichos derechos.
- > En el campo de la Seguridad Social en Salud:
 - a) Los miembros de pueblos indígenas han sido incluidos en el esquema de seguridad social en salud;
 - b) Existe una concepción para el desarrollo del bienestar, que incluye a los grupos étnicos;
 - c) Existe abundante normatividad que aborda la temática de la salud y sobre el modelo, la cual crea los cimientos para la implementación de un modelo de atención propio, y en desarrollo del entendimiento intercultural;
 - d) Hay un reconocimiento al derecho de estos grupos a ejercer su derecho a la participación en todos los procesos;
 - e) Existen normas que tratan de la administración y la financiación de las ARS Indígenas.

Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Para efectos de la universalidad en la cobertura, el Estado debe destinar muchos más recursos humanos, financieros y logísticos, especialmente para las regiones de población dispersa y de difícil acceso, como selvas y llanos, de mínima atracción para el mercado de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) e Instituciones Prestadoras de Salud (IPS).

Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Las normas existentes no han obedecido necesariamente a un proceso de consulta o al desarrollo de una política integral en materia de salud para pueblos indígenas y otros grupos étnicos, sino que dicho proceso ha sido una suerte de respuesta a acciones reivindicatorias promovidas principalmente por los pueblos indígenas.
- > No existe una política integral que asuma el derecho a la salud, como un derecho humano imprescindible para la realización eficaz de los derechos de los grupos étnicos.
- > Existe la tendencia a asimilar mecánicamente a los pueblos indígenas a sectores de gran vulnerabilidad, lo que se traduce en un menosprecio por el componente cultural y de diversidad.
- > No existe la disponibilidad presupuestal o es insuficiente para atender las obligaciones derivadas del espíritu normativo.
- > Existe una política de descentralización, que no encuentra aplicación práctica para los territorios de los pueblos indígenas.
- > A pesar de las disposiciones constitucionales y legales que obligan al Estado al cumplimiento de los derechos de los pueblos indígenas, la falta de voluntad política y limitaciones de tipo cultural, surgen como obstáculos importantes para su ejercicio pleno.

Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Pérdida de territorio, la destrucción de recursos naturales, el deterioro del medio ambiente y los cultivos ilícitos; los abruptos cambios socioculturales asociados al incremento del contacto e interacción con el entorno social; el abandono progresivo de la medicina tradicional y su mercantilización; las dificultades para acceder a los servicios de la medicina facultativa y la precariedad de estos servicios en los territorios étnicos; la pobreza y marginalidad social, geográfica; el conflicto armado.

Análisis Estratégico

- > La aplicación del enfoque intercultural que pretende el mutuo reconocimiento y colaboración a partir del respeto, reconocimiento y valoración de ambos enfoques sobre la salud y donde se tenga la garantía de acudir tanto a la medicina facultativa como a su medicina tradicional.
- > Estudios que se nutren con la perspectiva étnica y la apertura de las ciencias de la salud. En particular, con el estudio de los recursos culturales y naturales de la medicina tradicional y la formación de profesionales que valoren, dialoguen e interactúen con los agentes de la medicina tradicional.
- > Participación de la comunidad en las propuestas de salud.
- > El reconocimiento de la diversidad cultural multiculturalismo de la población colombiana que en el campo de la salud, se expresa en las muy diversas formas tradicionales de entender y manejar la salud y la enfermedad, a partir de una racionalidad que difiere de los parámetros científicos de la medicina facultativa. El derecho a la identidad y la obligación del Estado de proteger la diversidad cultural, implican también el reconocimiento de esos otros sistemas de medicina tradicional y su articulación al sistema nacional de salud, como opciones alternativas que, conjuntamente con la medicina facultativa, contribuyen a la realización del derecho a la salud. La tendencia en salud derivada del multiculturalismo es hacia el pluralismo médico.

> En cuanto a los riesgos relacionados con la salud, en las comunidades indígenas sería necesario hablar también de la categoría enfermedad entendida como la ruptura del equilibrio o la armonía como consecuencia de la quebrantamiento de las leyes dejadas por los ancestros. El riesgo, entonces, se concretaría en la ruptura del equilibrio y sus efectos tanto individuales como colectivos.

- > En lo relativo a los riesgos derivados del sistema de seguridad social:
 - a) Los pueblos indígenas han sido incluidos dentro del subsistema público destinado a los grupos poblacionales con menores niveles de ingreso y con altos grado de vulnerabilidad, descartando cualquier consideración relativa a sus particularidades culturales y en especial en el tema de salud;
 - b) Existe una incorporación inadecuada de la medicina institucional en las comunidades indígenas;
 - c) Existe mercantilización de la salud;
 - d) Inadecuada incorporación del enfoque de la interculturalidad en materia de salud.
- > En lo relativo a los riesgos derivados de factores ambientales existe:
 - a) Saneamiento básico deficiente;
 - b) Explotación indiscriminada e inconsulta de recursos naturales;
 - c) Fumigación de cultivos de uso ilícito cuyos riesgos se relacionan con las alteraciones que dichas sustancias producen sobre los cultivos y los impactos ambientales que sufren los parques naturales, los cuales en muchos casos coinciden con territorios habitados por comunidades indígenas.



Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Colombia (población expresada en miles de habitantes)

| Población Nacional | Población Indígena (estimado) | % | Pueblos |
|--------------------|-------------------------------|------|---------|
| 43.000 | 877 | 2,04 | 82 |

Fuente: DANE con base en proyecciones de los datos del Censo de 1993; DNP con base a datos con corte 1997 - Acumulado a 30 de junio de 2002.

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 1)

Desafíos

Las estrategias de salud y salud pública deben comprender y abordar los factores estructurales, de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas.

Documento publicado por DNP (2004) indica que es necesario mejorar la infraestructura comunitaria de servicios de las comunidades indígenas, en especial, en los campos de la salud, la educación, la producción, la recreación y el deporte. Es urgente focalizar la atención en salud a las comunidades indígenas, ampliando la cobertura de las inmunizaciones y la protección de la población infantil y desarrollar líneas programáticas orientadas a mejorar y consolidar las economías de los territorios indígenas, teniendo en cuenta la utilización sostenible de los recursos naturales y a fortalecer los sistemas propios de seguridad alimentaria.

De igual manera es importante la adecuación del sistema de salud a la vida y necesidades indígenas:

- > Derecho al ejercicio de las propias instituciones médicas.
- > Accesos a los servicios médicos institucionales. Acceso a la salud institucional preventiva, en especial la dirigida a la niñez y a programas de vigilancia nutricional.
- > Formación de recursos humanos de la comunidad en la medicina institucional.

- > Administración y manejo de los servicios médicos institucionales que se prestan al interior de los territorios indígenas.
- > Recuperación, mantenimiento y fomento de huertos medicinales.

Factores a considerar

- > **Localización:** Los indígenas conforman poblaciones dispersas, siendo esta dispersión más acentuada en las regiones de selva y sabana (Amazonía, Orinoquía y Pacífico) que en la zona andina o en la Costa, donde viven en condiciones de minifundio y pequeña propiedad. En general, la población indígena tiene un importante peso poblacional en las regiones del país en las que dominan los biomas de selva y de sabanas naturales propios de la Amazonía y la Orinoquía; la Serranía del Baudó en el Litoral Pacífico; la península de La Guajira; el noreste del departamento del Cauca al sur de Los Andes, y la Sierra Nevada de Santa Marta.

En otras regiones los indígenas viven dispersos en pequeñas comunidades o en áreas en las que predomina población campesina mestiza. Los pueblos indígenas a lo largo de todo el territorio nacional, están asentados en parcialidades o comunidades y principalmente en resguardos, ubicados en 29 departamentos del país y en el Distrito Capital de Bogotá, ocupando 695 resguardos

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 2)

de los cuales 70 son de origen colonial y 448 constituidos por el INCODER principalmente en las áreas rurales, zonas selváticas, con escasa presencia en los cascos urbanos; conformando grandes asentamientos como en el Departamento del Cauca y la Guajira, en pequeños asentamientos o en forma dispersa como ocurre en la región de la Orinoquía y Amazonía. Encontrándose departamentos como el Vichada, Vaupés y Guainía donde el 70%, 90% y 80% respectivamente es población indígena, convergiendo diferentes etnias, lenguajes y culturas.

- > **Heterogeneidad étnica y cultural:** Según el DANE con base en proyecciones de los datos del Censo de 1993, la población indígena estimada para junio de 2004, de aquella que vive en resguardos legalmente reconocidos, es de 743.899 personas; si a ello le sumamos la población indígena que habita por fuera de los resguardos (es decir en parcialidades), que según el DNP es de 132.781 personas (datos ajustes con corte 1997 - Acumulado a 30 de junio de 2002), el total de población indígena en Colombia estaría alrededor de las 876.680 personas, correspondientes al 2,04% del total de la población nacional de aproximadamente 43 millones de habitantes. Han sido oficialmente reconocidas 82 etnias indígenas, de las cuales las más numerosas son: los Wayúu (La Guajira), los Páez o Nasa (Cauca), los Embera (incluyendo también los Embera Chamí y Embera Katíos) y los Pastos (Nariño). Contrasta lo anterior, con cerca de 40 etnias con menos de 1.000 personas cada una. Estos pueblos hablan 64 lenguas diferentes, pertenecientes a 22 familias lingüísticas.

Inequidades

- > **Pobreza:** No se conoce la dimensión real de la pobreza en los pueblos indígenas ya que las metodologías existentes que tienen un marcado sesgo urbano (DNP, 2004). Sin embargo varios estudios indican que los indígenas son altamente vulnerables ante las enfermedades y epidemias importadas. Por esta razón han afrontado históricamente dramáticas crisis demográficas, siendo reciente el caso de los Nukak quienes hasta 1988 se mantuvieron aislados en los profundo de la selva amazónica. En solo 15 años pasaron de 1.500 a

400 personas. La morbilidad indígena está caracterizada por enfermedades carenciales o de la pobreza (Documento producto del Convenio 221, 2004).

- > **Analfabetismo:** Según datos del Censo de 1993, del total de la población indígena censada, 405.187 personas, el 78,6% habla español. No lo habla el 21,4%, y el 27,3% habla sólo castellano como su única lengua. La población bilingüe mayor de 5 años que habla castellano y lengua indígena es el 51,2%. El 9,5% es monolingüe en lengua indígena. El 33,4% del total de las personas indígenas mayores de 5 años que habla castellano (318.458) y que representa el 59,8% del total de esta población, no lo sabe leer ni escribir. De estas personas, el 32,4% se encuentra en las áreas rurales, donde habita el 96,1% del total de la población de más de 5 años. La población analfabeta indígena es de 106.221 personas, que corresponde al 24,7% de la población total indígena y al 0,37% de los analfabetos del país que son el 12,7% del total de la población nacional. La mayoría de los grupos étnicos tienen niveles de analfabetismo superiores al 20,1%. Los grupos Bara, Coconuco, Coreguaje, Desano, Guanaca, Cañamomo, Kamëntsa, Matapí y Okaina, tienen una tasa de analfabetismo entre el 10,1 y el 20,0. Los grupos étnicos cuya tasa de analfabetismo se encuentra por debajo de 10, son el Música y el taiwano. El grupo Makaguaje sólo registra un individuo. (Documento publicado por DNP 2004). El alfabetismo en la lengua propia sigue siendo deficiente. Hoy en día casi todos los indígenas son hablantes del español, especialmente en la zona andina. Hay sin embargo dificultades y pocos desarrollos metodológicos para la enseñanza del español como segunda lengua. Algunas iniciativas hacen énfasis en la enseñanza en la lengua materna pero sin una revisión a fondo de los contenidos educativos. Existe una preocupación por la pérdida de referentes culturales en la niñez indígena. Un reciente informe realizado por la Fundación Rafael Pombo en asociación con Save the Children (2002), entre los grupos Muisca de Cota, (Cundinamarca); los Pastos de Potosí, Córdoba y Alto Zuras (Nariño); Embera Chamí del Alto Cauca (Marsella y Risaralda), Paeces y Guambianos de Santa Leticia y Silvia (Cauca), y los

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 3)

Pijao de Coyaima y Natagaima (Tolima), reveló que los niños indígenas están perdiendo gradualmente las bases y fundamentos culturales de sus pueblos. Muestra la encuesta que el 96% de los niños y niñas asistía a la escuela o colegio. Los niños y niñas encuestados, en su mayoría, no conocían la historia del origen de su pueblo (65% de los encuestados). Entre los niños y niñas que sabían sobre su pasado los profesores se encontraban en segundo lugar como transmisores, después de los padres. Adicionalmente, observa la encuesta, que la lengua también se ha perdido ya que el 77% de los niños y niñas indígenas encuestados no hablaba la lengua de su pueblo.

> **Desempleo/empleo:** Según datos del Censo 1993, al analizar la división del trabajo por sexo, las actividades a las cuales se dedican fundamentalmente los hombres, son en su orden: agricultura 58,2%, estudio 13,6%, ganadería 6,6%, a una diversidad de trabajos el 16,9% y a nada el 4,9%. Las mujeres por su parte, en un 56,4% se ocupan en el hogar, un 13,7% en la agricultura, el 11,9% estudian, el 6,8% son artesanas, el 6,7% se ocupan en varias labores y el 4,6% dicen que no hacen nada. Desde el punto de vista de la distribución de ocupaciones por área, en las cabeceras municipales, donde se encuentra el 3,3% de los hombres mayores de 10 años, se dedican principalmente a la agricultura en 28,9%; al estudio, 25,3%; no hacen nada, el 9,8%, y el 36% restante, en actividades diversas. Por su parte, el 3,7% de las mujeres que se hallan en las cabeceras municipales se dedican a actividades, como el hogar, en 48,2%; a estudiar, el 21,7%; a la agricultura, el 8,3%; y las restantes, a diversos oficios. Fuera de las cabeceras municipales, o sea, en el resto donde se encuentra el 96,5% de la población indígena mayor de 10 años, los hombres se dedican en 59,2% a la agricultura; el 13,2%, a estudiar; el 6,8%, a la ganadería; el 4,8%, a nada; el 3,1%, a la caza y pesca; y el 13% restante, a diversas actividades. Por su parte, el 56,7% de las mujeres se ocupa en labores del hogar; el 13,9%, en la agricultura; el 11,5%, estudia; y el resto de ellas, se desenvuelve en diversas tareas. De acuerdo con el tipo de actividades realizadas por departamento, la agricultura que es practicada por

todos los grupos indígenas, representa dentro del conjunto de ocupaciones, el 36,2% a escala nacional, y se realiza principalmente (98,3%) en el área rural. La agricultura es una actividad fundamentalmente masculina (79,9%). Las actividades del hogar constituyen la ocupación más importante donde participa el 93% de las mujeres indígenas a escala nacional. Es una actividad donde la mayor participación masculina se da en el departamento del Magdalena (13,4%). El 12,7% de la población indígena mayor de 10 años estudia. La participación masculina en esta actividad, en la mayoría de los departamentos, es superior a la femenina, excepto en el Magdalena y Caquetá. La artesanía es una actividad que se realiza en forma complementaria dentro de la economía indígena; sólo es desarrollada por el 4% de la población. En ella, la participación masculina es baja (16,6%), siendo, entonces, desempeñada principalmente por las mujeres, excepto en los departamentos de Vaupés, Guaviare y Tolima, donde es ejercida en más del 60% por los hombres. En Amazonas y Vichada, hombres y mujeres participan en ella por igual. La ganadería la desarrollan el 3,6% de los indígenas y constituye una fuente de sustento importante especialmente para el 18,1% de la población Wayuu. Es principalmente una labor masculina. La caza y pesca son actividades que realiza únicamente el 1,7% de los indígenas, especialmente de los departamentos de La Guajira, Guainía, Amazonas, Arauca y Vaupés. Es esencialmente masculina, excepto en el departamento de Sucre donde la practican igualmente tanto hombres como mujeres. La minería es una actividad que ocupa solamente el 0,8% de la población activa indígena. Es desarrollada principalmente por los hombres (76%). En el departamento del Chocó la realizan fundamentalmente las mujeres (88%). La docencia es ejercida por el 0,7% de la población indígena y se presenta principalmente en el área rural (91,3%). Los departamentos que cuentan con mayor número de docentes indígenas son Cauca (600), La Guajira (296), Nariño (178), Vaupés (153), Putumayo (119), Vichada (116), Chocó (114), Amazonas (110). Por lo regular es una profesión masculina, aunque en los departamentos de La Guajira, Tolima, Norte de Santander, Casanare, Huila y Santander, es ejercida principalmente por mujeres.

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 4)

El comercio es una actividad secundaria (0,7%) con relación a otras. Se ejerce fundamentalmente en las áreas rurales (88,3%). En general es una actividad masculina, aunque en el Meta la realizan por igual hombres y mujeres y en Arauca es un oficio predominantemente femenino. La construcción es un oficio que, dentro del conjunto de actividades, sólo ocupa el 0,3%. Es eminentemente rural (88,2%) y lo realizan exclusivamente los hombres, salvo en Risaralda donde la participación femenina es del 37,5%, en Antioquia el 16,7% y en Chocó el 25%. En el área de salud se ocupa el 0,2% de la población indígena. Es un oficio que realizan hombres o mujeres de acuerdo con la cultura donde se desarrolle. El oficio de transportador ocupa el 0,2% del total de las actividades. Es una actividad eminentemente masculina (98%). La extracción de maderas sólo la realiza el 0,2% de la población indígena a escala nacional y es una actividad masculina preferentemente. La población indígena que goza de una pensión o jubilación es únicamente el 0,1%, siendo beneficiarios principalmente los hombres.

> **Servicios Básicos:** De acuerdo a datos del Censo de 1993. El 70,8% de las viviendas indígenas en el territorio nacional carece de servicio de energía eléctrica, razón por la cual recurren a distintas formas para iluminar el interior de sus viviendas, entre las que se destacan: mechero (27,5%) consistente en una lámpara de fabricación casera, generalmente hecha con una botella a la cual se agrega brea, neme, estiércol de animales, gasolina o petróleo y una mecha, vela de cebo o cera (24,6%) y lámpara o recipiente donde se almacena combustible, como gasolina, gas, aceite, etc. (10,1%). El combustible para cocinar es por excelencia la leña en el 80,9% de las viviendas indígenas del país, ubicadas en su inmensa mayoría en las áreas rurales. Las principales fuentes de abastecimiento de agua de las viviendas indígenas proviene directamente de quebradas o nacimientos aledaños, donde el líquido es acarreado, en muchos casos, por medio de instalaciones improvisadas o construidas rudimentariamente con caña, guadua, etc.; esta forma de aprovisionamiento cobija el 50,8% a escala nacional. Le sigue el suministro a través de acueducto (el cual predomina en las cabeceras

municipales) en el 25,2%. La recolección de agua proveniente de aljibes, pozos profundos cavados en la tierra que sirven como depósito de agua lluvia o de nacimiento, se realiza en el 15,1%. El acopio de agua lluvia que es recogida directamente o a través de canales en el techo, en tanques o canecas instaladas en la vivienda, se hace en el 5,2%. El agua que procede de jagüey o represa donde ésta no circula, es del 2,3%. En menor medida, el agua es en el 1,0% abastecida en pozos donde se utilizan molinos o en pilas públicas de acceso libre a donde recurre el 0,4% de las viviendas. El 62,1% de las viviendas indígenas elimina las basuras arrojándola en una zanja, patio o lote a cielo abierto. Este tipo de prácticas corresponde al 43,3% de las viviendas ubicadas en las cabeceras municipales y el 62,8% a las de las áreas rurales. La quemar o la entierran, en 29,3% del total de las viviendas indígenas; esta costumbre se realiza en el 20,5% en las cabeceras municipales y en el 29,7% de las áreas rurales. El 66,5% de las viviendas indígenas del país no cuenta con un sistema de eliminación de excretas; el 19,4% cuenta con letrina o pozo con o sin taza sanitaria, pero desprovisto de agua circulante; el 11,4% de las viviendas cuenta con inodoro con descarga de agua; y, el 2,6% las deposita directamente en un río, quebrada, mar.

> **Mortalidad infantil:** De acuerdo a datos del Censo de 1993, se muestra una tendencia descendente en la mortalidad infantil. La tasa de mortalidad infantil total fue de 102,4 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos en dicho año, para el período 1981-1982; 95,4 por mil para el 1983-1984; 91,7 por mil para el período 1986-1987 y 91,1 por mil nacidos vivos para el 1988-1989, lo que permite concluir que la tasa de mortalidad infantil para el año 1993 estuvo alrededor de 90 defunciones de menores de un año por mil nacidos vivos en dicho año. Estos niveles contrastan con los promedios nacionales que presentan para los mismos años los siguientes niveles: 48,2, 43,6, 39,9 y 38,9 por mil nacidos vivos. Estos resultados están recalando que la mortalidad infantil en los pueblos indígenas es, aproximadamente, tres veces superior a la de la población nacional en promedio y muy cercana a la observada en el departamento del Chocó.



Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 5)

El diferencial por sexo, muestra que la mortalidad en los niños es 22% más alta que la de las niñas. Las tasas de mortalidad infantil para los niños indígenas fueron las siguientes: 112,5% para los años 1981-1982, 103,1% para los años 1983-1984, 100,3% para los años 1986-1987 y 98%, para los años 1988-1989. Para las niñas fueron las siguientes: 89,0% para los años 1981-1982, 84,9% para los años 1983-1984, 79,2 para los años 1986-1987 y 90,4 para los años 1988-1989.

> **Mortalidad materna:** Un aspecto importante de resaltar es la orfandad materna con relación a los niños menores de 5 años (datos del Censo de 1993). En ciertos grupos indígenas ésta es muy alta; por ejemplo, en 1993, de cada 100 niños indígenas menores de 5 años en el departamento del Magdalena, 10 tenían a su madre muerta; en Sucre de cada 100, 5 niños son igualmente huérfanos de madre. En Santander y Arauca, 4 de cada 100. Los departamentos donde la pérdida de la madre no llega al 1%, son: La Guajira, Tolima, Amazonas y Guaviare. En Caldas, Cúcuta, Meta, Huila, Valle del Cauca y Cauca, cada 2 niños de 100 no tienen a su madre viva, mientras que en departamentos como Casanare, Putumayo, Guainía, Vichada, Antioquia y Córdoba, 1 de cada 100 niños menores de 5 años es huérfano de madre. Del estudio demográfico de 1998 que analizó algunos aspectos en comunidades indígenas de tres regiones de Colombia y Tierradentro en el Cauca, sobre la base del censo de 1993 y de una encuesta realizada entre 1993 y 1994 sobre una muestra de 11.522 indígena, se concluye lo siguiente: La tasa bruta de mortalidad fue de diez defunciones por cada mil habitantes, considerada alta para este tipo de poblaciones. La tasa de crecimiento (tasa bruta de natalidad menos mortalidad) se calculó en 31 por cada mil habitantes.

El estudio muestra una mayor y preocupante mortalidad femenina en menores de cuatro años.

> **Desnutrición:** La nutrición ha variado, pues ahora muchas comunidades consumen alimentos con bajo contenido en proteínas, como arroz, pastas, plátano, etc., que antes no estaban en su dieta alimenticia (Periódico Unidad Indígena 1990).

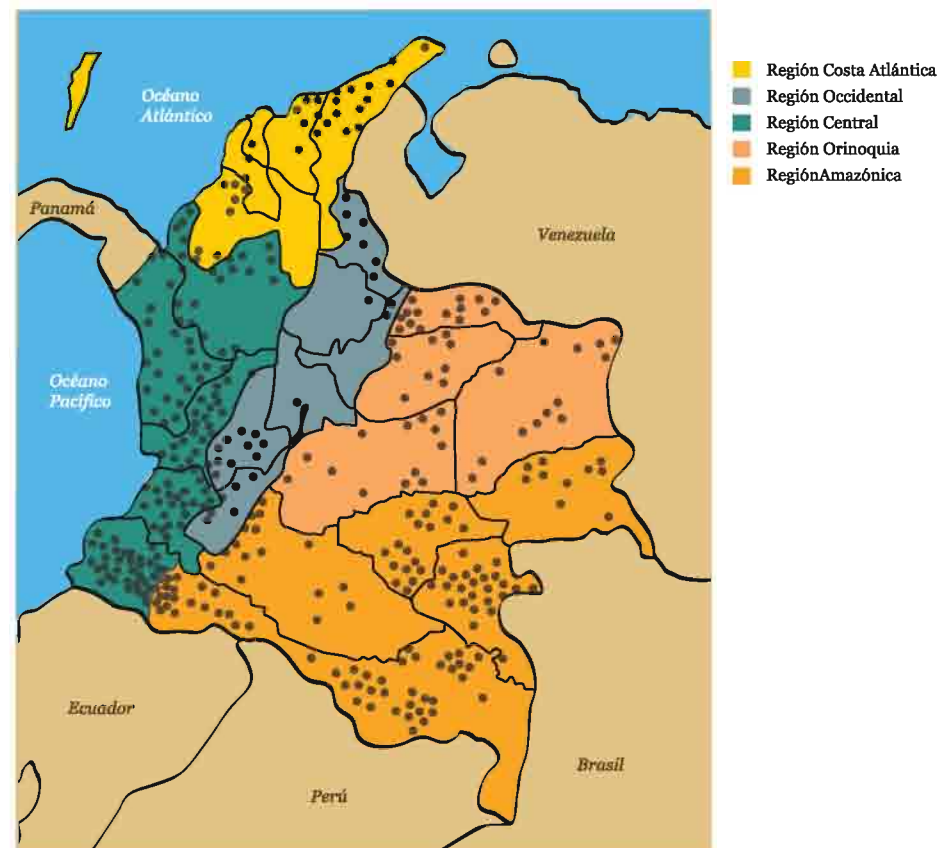
Hay a juicio de muchos, sin que se tenga una evaluación específica, una incidencia de la desnutrición, fenómeno que afecta de manera especial a la niñez en las comunidades cuyos sistemas productivos se han visto alterados por la expansión de los cultivos ilícitos y la violencia (DNP, 2004).

> **Enfermedades infecciosas:** Existe una preocupante situación de salud por la incidencia en la población indígena de enfermedades contagiosas con una alta incidencia y prevalencia de enfermedades asociadas a condiciones de pobreza como el poliparasitismo intestinal (PPI), la enfermedad diarreica aguda (EDA), enfermedades que afectan gravemente a la población infantil, la infección respiratoria aguda (IRA) y la Tuberculosis (TCC). Señalan los especialistas un incremento preocupante en los casos de Hepatitis B y Malaria con un recrudecimiento de la incidencia de casos de malaria por Plasmodium Vivax y Plasmodium falciparum (DNP, 2004).

> **Diabetes, obesidad, alcoholismo:** (no se reportan datos).

> **Suicidio:** Hay estudios específicos sobre mortalidad indígena. Se puede inferir información de la situación general de departamentos con una considerable población indígena. En aquellos afectados por la violencia y la expansión de los cultivos de uso ilícito, los homicidios ocupan un lugar importante (DNP 2004).

Mapa de localización de los pueblos indígenas de Colombia





Costa Rica



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Constitución / Políticas Nacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|--|--|---|--|
| <p>Convenio 107 de 1957 sobre poblaciones indígenas y tribales. Art: 19, 20</p> <p>Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación Racial. Nueva York, EUA, 1966 Art: 5.</p> <p>Convenio No. 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Art: 7, 25, 30 Resolución CD37/R5/OPS. Resolución D37/R5/OPS.</p> | <p>Constitución Política de la República de Costa Rica, del 7 de noviembre de 1949.</p> <p>Ley General de Salud: Nº 5395, octubre de 1973. Art: 1, 2, 3.</p> <p>Ley 3844. Ratificada en enero 1997. Aprueba la Convención Internacional sobre la eliminación de todas las formas de discriminación racial. Artículo 5.</p> <p>Ley 7316 de Noviembre 1992, ratificado en abril de 1993. Aprueba el Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes.</p> <p>Plan Nacional de Desarrollo. Costa Rica 2002-2006.</p> | <p>Políticas de Salud</p> <p>2002-2006 Política Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas.</p> <p>Contribuir al mejoramiento de las condiciones de salud y la calidad de vida de los pueblos indígenas a partir del desarrollo de planes, programas, proyectos y acciones específicas, con criterios de interculturalidad.</p> | <p>Instancias Gubernamentales / Ministerio</p> <p>> "Equipo Técnico Asesor en Salud de los Pueblos Indígenas" Ministerio de Salud. Conformado por representantes de instituciones del Sector Salud, Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados y Ministerio de Planificación y Política Económica), con la fiscalización de la Defensoría de los Habitantes, y el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud.</p> <p>E-mail: xgomez@cosiarricense.cr</p> |

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 1)

| | |
|---|--|
| <p>Convenios</p> <p>Proyectos nacionales, interinstitucionales/ intersectoriales.</p> | <p>> Convenio de desarrollo integral para el área de salud entre la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), la Comisión Nacional de Asuntos Indígenas (CONAI) y las Asociaciones de Desarrollo Integral Indígena (ADI).</p> <p>> Proyecto mejoramiento del saneamiento básico ambiental en las escuelas de la reserva indígena Chirripó-Cabécar, Alcantarillados, Defensoría de los Habitantes).</p> <p>> Proyecto de seguridad alimentaria en comunidades indígenas. Ministerio de Salud/OPS.</p> |
| <p>Proyectos multipais.</p> | <p>> Proyecto de cooperación técnica entre países, TCC Costa Rica-Guatemala-Panamá, 2003. Saneamiento básico en comunidades indígenas.</p> <p>> Proyecto fortalecimiento de la vigilancia epidemiológica interfronteriza. Costa Rica/Panamá.</p> <p>> Proyecto saneamiento básico en las comunidades indígenas de los territorios Bribrí y Cabécar de Talamanca. Ministerio de Salud/ Cooperación Japonesa, 2004.</p> <p>> Proyecto de cooperación técnica entre países Costa Rica/Jirasil. Fortalecimiento del modelo de salud costarricense para la atención de la salud indígena. FUNASA/Ministerio de Salud, 2004.</p> |
| <p>Foros interinstitucionales/intersectoriales.</p> | <p>> Equipo técnico asesor en salud de los pueblos indígenas. Ministerio de Salud.</p> <p>> Grupo nacional de trabajo del proyecto: "Abastecimiento de agua y saneamiento básico para poblaciones indígenas de Costa Rica".</p> |
| <p>Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas.</p> | <p>> Asociación Regional Indígena del Diques (ARADIKES). ONG indígena, sin fines de lucro.</p> <p>Objetivos generales: mejorar la calidad de vida (socioeconómica, cultural y ambiental) de la población indígena del cantón de Buenos Aires. Objetivos relacionados con la salud: fortalecer el ámbito de salud, higiene y recreación escolar entre las comunidades indígenas con iniciativas que apuntan a una disminución de los indicadores de enfermedades en la Región.</p> <p>> Fundación Iritia Tsochok (FIT). Proyecto Namasol. ONG indígena sin fines de lucro, tiene personería jurídica. Objetivos relacionados con la salud: contextualizar la medicina tradicional indígena y la prevención de drogas y alcoholismo.</p> <p>> Fundación Tierras Unidas Vecinales por el Ambiente (Fundación TUVA). ONG, sin fines de lucro, con personería jurídica. Actividades en salud: apoyo a la negociación e implementación de programas locales de salud por parte de las Instituciones del estado que responden la situación específica del pueblo Ngöbe y cuenta con su participación activa. Apoyo a la recuperación del conocimiento de la medicina tradicional</p> <p>> Asociación para la Atención Integral Indígena. ONG sin fines de lucro. Objetivos relacionados con la salud: impulsar proyectos de apoyo para las gestiones locales del equipo de salud.</p> <p>> Instituto de Estudios de las Tradiciones Sagradas de Abía Yala (IETSAY). ONG sin fines de lucro, con personería jurídica. Objetivos relacionados con la salud: dar énfasis en la auto-capacitación de los Sábidos, parteras y médicos indígenas.</p> |



2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 2)

| | |
|--|--|
| <p>Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas.</p> | <p>Intercambio con la participación de médicos tradicionales Ngöbes y buscar y hacer convenios con otras organizaciones que trabajan este tema.</p> <p>> Centro de documentación de las etnias (CEDOE). ONG sin fines de lucro, con personería jurídica. Objetivos relacionados con la salud: fortalecer la medicina indígena.</p> <p>ORGANIZACIONES INDÍGENAS DE BASE</p> <p>> Asociación de Mujeres Indígenas Cabécares (AMUICA). Organización indígena de base, no lucrativa, sin personería jurídica. Objetivos relacionados con la salud: Luchar contra la desaparición de la medicina indígena. "Curar con lo que Dios dejó según la naturaleza".</p> <p>> Asociación comisión de mujeres indígenas Bribri de Salamanca (ACOMITA). Organización de base, no lucrativa, con personería jurídica. Objetivos relacionados con la salud: fortalecer la medicina tradicional, para que los niños y jóvenes puedan adquirir el pleno conocimiento del uso y manejo de las plantas medicinales.</p> <p>> Asociación Cultural de Mujeres Huetares De Quitirrisí. Organización indígena de base, no lucrativa, sin personería jurídica. Objetivos relacionados con la salud: revalorar la medicina tradicional y difundirlo entre la gente indígena y no indígena.</p> <p>> Grupo Kekepa Salitre-Cabagra. Organización Indígena de base, sin personería jurídica, sin fines de lucro, agrupa a los médicos tradicionales. Objetivos relacionados con la salud: brindar servicios de curación y consejo a las familias indígenas en base al conocimiento natural indígena.</p> <p>> Asociación cultural indígena Teribe (ACTI). Organización indígena de base, con personería jurídica, no lucrativa. Objetivos relacionados con la salud: capacitar y procesar plantas medicinales para la atención al público y buscar el autofinanciamiento de las familias indígenas.</p> |
| <p>Redes</p> | <p>Red de ONG indígenas del Pacífico Sur</p> <p>Organizaciones indígenas del cantón de Buenos Aires (sur de Costa Rica). Objetivo: coordinar acciones que promuevan el desarrollo de la región; así como para enfrentar diversas actividades desestabilizadoras que desde la ciudad de San José (capital costarricense), promueven el regreso de estrategias manipuladoras propias de las décadas pasadas y que se creían casi superadas: 1. Asociación Sika Diköl de Cabagra, 2. Centro para el Desarrollo Indígena, 3. Asociación de Mujeres Bribris de Salitre, 4. Asociación Regional Aborigen del Dike, 5. Comité de Mujeres Artesanas de Térraba, 6. Asociación de Mujeres Mano de Tigre de Térraba, 7. Tribunal de Derecho Comunitario de Cabagra, 8. Asociación para el Desarrollo Turístico de Térraba, 9. Asociación de Artesanas Indígenas La Flor de Boruca, 10. Asociación de Mujeres con Espíritu de Lucha de Rey Curré, 11. Asociación de Desarrollo del Territorio Indígena de Cabagra, 12. Asociación de Desarrollo del Territorio Indígena de Rey Curré, 13. Asociación para la Defensa de los Derechos Indígenas de Térraba, 14. Asociación de Mujeres Indígenas Amigas de la Naturaleza de Calderón de Salitre.</p> |

3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|--|--|
| <p>Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas, terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.</p> | <p>> La Política Nacional de Salud para los pueblos indígenas 2009-2013 del Ministerio de Salud de Costa Rica, incluye dentro de sus estrategias:</p> <p>> Desarrollo de un proceso de sensibilización a los funcionarios de salud que atienden población indígena sobre las particularidades económicas, sociales y culturales de esta población.</p> <p>> Promoción de prácticas tradicionales saludables de la alimentación, la producción agrícola y la medicina indígena.</p> <p>> Apertura de espacios de amplia participación indígena en el análisis, investigación y diseño de estrategias para la solución de problemas y necesidades de salud y la promoción de los factores protectores de la salud en esta población.</p> |
| <p>Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional.</p> | <p>Programa para la atención integral indígena/Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Institución gubernamental, pública. Los objetivos generales son: 1) generar un servicio de salud con características preventivas y curativas; 2) mejorar la calidad de vida por medio de la salud integral; 3) implementar un servicio de salud específico para la realidad indígena.</p> |
| <p>Asociación de terapeutas indígenas.</p> | <p>Asociación AWAPA indígena de Costa Rica. Organización de base, no lucrativa, con personería jurídica (agrupa a los médicos tradicionales).</p> <p>Objetivos generales: Fortalecer la práctica de las costumbres, la sabiduría indígena y la salud comunitaria.</p> <p>Actividades en salud: Capacitación a niños, jóvenes y mujeres. Tratamiento de bronquitis, diarrea, asma, reumatismo, parto, picadura de culebra y otros.</p> |
| <p>Programa de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas)</p> | <p>Investigación:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Instituto de Investigaciones en Salud (INISA). > Universidad de Costa Rica. > Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). > Caja Costarricense de Seguro Social. <p>Capacitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Instituto de Investigaciones en Salud (INISA). > Universidad de Costa Rica. > Caja Costarricense de Seguro Social. > Instituto Sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA). > Comisión Nacional de Asuntos Indígenas (CONAI). > Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE). > Asociación de Servicios Médicos Costarricenses (ASEMECO), Hospital Clínica Bíblica. > Asociación para la Atención Integral Indígena. > Instituto de Estudios de las Tradiciones Sagradas de Abia Yala (IETSAY). > Centro de Documentación de las Etnias (CEDOE). > Asociación de Mujeres Indígenas Cabécares (AMUICA). > Asociación Awapa Indígena de Costa Rica. > Asociación Comisión de Mujeres Indígenas Bribri de Talamanca (ACOMITA). > Asociación Cultural Indígena Teribe (ACTI). |



4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|---|
| <p>Información sobre perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo de Población Costa Rica 2000. Universidad de Costa Rica. Centro Centroamericano de Población. cp.ucr.ac.cr > Proyecto Estado de la Nación. Informes Anuales. > Ministerio de Salud. Dirección de Vigilancia de la Salud. > Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). Archivo de Hospitalizaciones y Defunciones. www.ccp.ucr.ac.cr |
| <p>Sistemas de información, monitoreo y evaluación de los pueblos indígenas incluye la variable de etnicidad.</p> | <p>Instituto Nacional de Estadística y Censos. Censo Nacional de Población www.inec.go.cr</p> |
| <p>Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país.</p> | <p>Ver Anexo mapa (págs. 144-145)</p> |
| <p>Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Proyecto Estado de la Nación. Informes Anuales. > Defensoría de los habitantes de Costa Rica. Informes Anuales. > Ministerio de Salud. Dirección de Desarrollo de la Salud. Direcciones Regionales. > Ministerio de Educación. Departamento de Educación Indígena. > Ministerio de Trabajo y Seguridad Social. > Ministerio de Planificación y Política Económica. > Comisión Nacional de Asuntos Indígenas (CONAI). > Ministerio de Cultura Juventud y Deportes. Proyecto de Desarrollo Cultural en Territorios Indígenas. > Organización Panamericana de la Salud. Costa Rica. > Laboratorio de Etnología > Escuela de Antropología y Sociología. Universidad de Costa Rica. |
| <p>Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas.</p> | <p>Boletín del Centro para el Desarrollo Indígena (CEDIN). Para información general, correo electrónico: cedin@cehinr.org</p> |
| <p>Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica)</p> | <p>No</p> |

Segunda parte

1. **¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el periodo 1995-2004?**
 - > Política Nacional de Salud 2002-2006 con lineamientos y estrategias específicos para mejorar el acceso y la calidad de la atención de la salud de los pueblos indígenas e indígenas migrantes.
 - > Creación del “Equipo Técnico Asesor en Salud de los Pueblos Indígenas” cuya principal función es promover, asesorar y apoyar la organización y gestión planes, programas y proyectos, dirigidos a mejorar la salud y la calidad de vida de los pueblos indígenas.
 - > Promoción del desarrollo de un modelo de salud con criterios de calidad e interculturalidad.
 - > Inicio de procesos de consulta de la Política Nacional de Salud para los pueblos indígenas a las Asociaciones de Desarrollo Integral Indígena.
 - > Establecimiento de compromisos Ministerio de Salud/Caja Costarricense de Seguro Social, para la planificación de acciones basadas en la estrategia de la política con criterios de interculturalidad.
 - > Curso de interculturalidad y salud, dirigido a funcionarios del nivel regional y local, para el desarrollo de un trabajo basado en el respeto a la cultura y el saber indígena.
 - > Caja Costarricense de Seguro Social (Prestador de servicios).

Políticas de promoción de la participación de los pueblos indígenas: (Capacitación de los indígenas como promotores de salud, participación de las comunidades en los Análisis de Situación de Salud (ASIS) 2002-2006.
2. **¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el periodo 1995-2004?**

- > Dificultad de acceso de la población indígena e indígena migrante a una atención en salud, efectiva oportuna, funcional y de calidad.
 - > Falta de observación a la legislación vigente en las acciones en salud dirigidas a la población indígena.
 - > El modelo de atención en salud imperante en el país, parte de una visión institucional que no considera las particularidades de la población indígena.
 - > No existe un mecanismo que incorpore de forma permanente a las poblaciones indígenas en los análisis de situación de salud y toma de decisiones.
 - > Las condiciones de vida en los territorios indígenas mantienen un perfil epidemiológico con predominio de enfermedades infectocontagiosas y desnutrición.
 - > El sistema de información en salud existente no permite obtener datos comparables y análisis que apoyen la vigilancia de la salud en poblaciones indígenas.
3. **¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?**
 - > Desarrollo de una estrategia de comunicación social dirigida a los pueblos indígenas sobre sus derechos en salud.
 - > Desarrollo de un proceso de capacitación y sensibilización a los funcionarios de salud con enfoque intercultural para el desarrollo de un trabajo basado en el respeto a la cultura y el saber indígena.
 - > Apertura de espacios de amplia participación indígena en el análisis, investigación y diseño de estrategias para la solución de problemas y

- necesidades de salud y la promoción de los factores protectores de la salud en esta población.
- > Mejoramiento de las coberturas de salud en los territorios indígenas, con énfasis en los de mayor aislamiento geográfico.
 - > Fortalecimiento de la capacidad resolutoria local en la atención y promoción de la salud de las comunidades indígenas, mediante la capacitación de personal local, la formulación de protocolos de atención primaria y urgencias y la planificación de visitas de atención y promoción.
 - > Promoción de prácticas tradicionales saludables de la alimentación, la producción agrícola y la medicina indígena. Introducción de tareas específicas dirigidas a la población indígena con apego a la legislación vigente, en la planificación operativa de cada institución.
 - > Coordinación binacional en todos los niveles de gestión para la atención de la salud de la población indígena migrante.
- > Promoción del desarrollo de infraestructura física en general y sanitaria en particular, con apego a criterios técnicos y de consulta a las comunidades.
 - > Desarrollo de procesos educativo-formativos para mejorar la cultura sanitaria general en los territorios indígenas.
 - > Fortalecimiento de programas de abordaje de las enfermedades infectocontagiosas.
 - > Establecimiento de mecanismos que permitan mejorar la seguridad alimentaria, y la vigilancia epidemiológica de la desnutrición en las poblaciones indígenas.
 - > Implementación mediante consulta a expertos de un sistema que responda a las necesidades de información para la vigilancia de la salud en las poblaciones indígenas.

Análisis Estratégico

Fortalezas: Características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Un Sistema Único de Seguridad Social con una cobertura ampliada de servicios de salud.
- > Porcentaje relativamente pequeño de población indígena 1,7% de la población total.
- > País signatario de convenios internacionales que protegen los derechos de la población indígena.
- > Legislación Nacional en materia indígena.

Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Ineficiencia e ineffectividad del Sistema de Atención en Salud y prevalencia de barreras de acceso para la población indígena.
- > Falta de una política de Estado que le dé sostenibilidad a las acciones dirigidas a mejorar la salud de los pueblos indígenas.
- > Ausencia de un enfoque intercultural de la salud.
- > Participación comunitaria limitada por las relaciones interorganizacionales de cooperación y conflicto alrededor de la CONAI, las ADI, las organizaciones civiles y entidades públicas.
- > Desconocimiento de parte de administradores públicos, funcionarios judiciales y los propios indígenas de la normativa existente para los pueblos indígenas.

Análisis Estratégico

- > Falta de definición de políticas de autonomía y liderazgo en los pueblos indígenas.
- > 58% de la población indígena se encuentra ubicada fuera de los territorios indígenas.

Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Plan Nacional de Desarrollo 2002-2006 con políticas específicas para los pueblos indígenas
- > Política Nacional de Salud 2002-2006 con lineamientos y estrategias específicas para mejorar el acceso y la calidad de las acciones de salud.
- > Fortalecimiento de la temática indígena en el ámbito internacional.

Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Alternabilidad de partidos políticos en los gobiernos de turno.
- > Creciente pérdida cultural en los pueblos indígenas (idioma, agricultura, medicina tradicional) como efecto de la ingerencia de no indígenas en sus territorios.
- > Pueblos indígenas a merced de la imposición de modelos de gestión y desarrollo ajenos que no son consultados.
- > La población indígena poseen sólo el 57% de las tierras a las que tienen derecho.
- > Ingreso de organizaciones foráneas con proyectos asistencialistas con atenciones indiscriminadas sin coordinación con instancias oficiales de salud.

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Costa Rica

| Población Nacional | Población Indígena (estimado) | % | Pueblos |
|--------------------|-------------------------------|------|---------|
| 3.810.179 | 63.876 | 1,7% | 8 |



Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 1)

Desafíos

Estrategias de salud y salud pública deben comprender y abordar los factores estructurales de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas: Fortalecimiento de la participación indígena en salud y de la capacidad resolutoria local en la atención y promoción de la salud, procesos educativo-formativos para mejorar la cultura sanitaria general en los pueblos indígenas, mejorar la seguridad alimentaria y la vigilancia epidemiológica de la desnutrición en las pueblos indígenas.

Factores a considerar

> **Localización:** Aunque hay presencia indígena en todas las provincias del país, más de las tres cuartas partes (77,4%) de la población indígena habita en las provincias de Limón, Puntarenas y San José y está concentrada en las zonas de Talamanca y Pacífico Sur. Sólo, 27.032 (42,3%) personas se ubican dentro de los 24 territorios indígenas, las restantes 36.844 (57,7%) se asientan fuera de los territorios.

> **Heterogeneidad étnica y cultural:** La población indígena se agrupa en 8 pueblos indígenas (Bribri, Cabécares, Brunca, Ngöbes, Huetares, Malekus, Chorotegas y Térrabas o Telires). Los pueblos Bribri, Cabécar y Ngöbe representan el 81,6% de toda la población dentro de los territorios. Las poblaciones indígenas actuales, son herederas de ricas tradiciones culturales, mantienen diversos grados de conservación de sus respectivas culturas, la cosmovisión, tradiciones e idioma. Un 58% de los indígenas dentro de los territorios hablan la lengua indígena. La amplia gama de plantas, comidas, cerámicas, artesanías y vocablos, sugieren que el área costarricense era un territorio de convergencia de culturas de las regiones mesoamericanas y sudamericanas.

> **Atención culturalmente apropiada:** La respuesta institucional a las necesidades y demandas de la población indígena es insuficiente, el modelo de atención es carente de especificidad indígena, irrespetuoso de su dignidad, su medicina tradicional y sus autoridades médicas indígenas.

La medición de las Funciones Esenciales de Salud Pública realizada hasta el momento en 6 de las 9 regiones del país, ubicó al indicador de desarrollo de los recursos humanos "Perfeccionamiento de los recursos humanos para la entrega de servicios apropiados a las características socioculturales de los usuarios" en un desempeño medio inferior (26-50%) en cinco regiones y mínimo (0-25%) en la restante.

Inequidades

> **Pobreza:** Los pueblos indígenas están ubicados en los distritos más deprimidos del país, con índices de desarrollo social inferiores a 55. El 92,4%, de los indígenas reportan carencias en comparación con el 85,6% de los no indígenas que viven en los territorios. Sufren exclusión social en salud por barreras geográficas, idiomáticas y culturales y marginación por la burocracia. Varias investigaciones han revelado que muchos indígenas llegan en mayor estado de gravedad por factores de inaccesibilidad geográfica. Cerca de 2.500 indígenas, (10%) de la población indígena están excluidos en las zonas de Alta Talamanca y Tayn, Telire y áreas Ngöbes.

> **Analfabetismo:** El analfabetismo promedio es del 30%, contra 4,5 % en el resto del país. Entre los cabécares el promedio es 50% (en Telire 95%). La escolaridad promedio en los territorios indígenas es 3,6 años (y es menos de un año en Telire, Alto Chirripó y Bajo Chirripó). La asistencia a la educación general básica de la población de 5 a 15 años en los indígenas dentro de los territorios es 56% (la de no indígenas del resto del país es 85%). En la zona de Talamanca y Pacífico Sur, muy pocos indígenas terminan el colegio y sólo excepcionalmente cursan la universidad.

> **Desempleo:** El 55% de los hombres mayores de 17 años (Censo año 2000), laboran en actividades agrícolas familiares. El 35% de los hombres de este grupo se encontraron laborando en actividades no calificadas (peón agrícola). Fuera de los territorios el 50% los hombres indígenas mayores de 17 años se encontraron laborando en actividades no calificadas.

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 2)

En cuanto al desempleo 24% de los hombres mayores de 17 años fuera de territorios indígenas no realizaba actividades remuneradas y 11% de los de dentro de los territorios se encontraba sin realizar actividades remuneradas.

> **Servicios Básicos:**

> **Vivienda:** Según datos del Censo del año 2000, al interior de los territorios indígenas predomina la vivienda propia en un 79%, mientras que en la población no indígena fuera de los territorios la propiedad de la vivienda se da sólo en el 59%. Fuera de los territorios las viviendas ocupadas por indígenas en calidad de préstamo fueron el 24% y el 46% de las viviendas ocupadas por indígenas fuera de los territorios eran propias.

> **Agua:** El 62% de las viviendas ocupadas por indígenas dentro de los territorios no tienen agua intradomiciliar, 23% en las ocupadas por indígenas fuera de las reservas y 8% en las habitadas por no indígenas y se desconoce la calidad del agua para consumo humano.

Las fuentes de agua son 69% de ríos y quebradas y 23% de acueductos rurales (Censo 2000).

> **Disposición de excretas:** Las viviendas que tienen tanque séptico son sólo 21%, proporción que contrasta apreciablemente con el resto del país (más del 90%). Igualmente sobre los servicios de eliminación de excretas, las viviendas dentro de territorios que tienen letrina son sólo 65%. A nivel nacional, es el 97%.

> **Mortalidad infantil:** A pesar de la tendencia decreciente de la tasa de mortalidad infantil, sigue dándose una marcada diferencia respecto al promedio nacional. (17 y 7 respectivamente en el quinquenio 1995-1999) En el año 2001, mientras

que el promedio nacional era de 10,8 por mil nacidos vivos, en los cantones con mayor población indígena las tasas fueron: Corredores 21,1, Talamanca 17,2, Coto Brus 17,1, Golfito 16, entre otros.

> **Mortalidad materna:** La tasa de mortalidad materna promedio nacional es de 2,56 por mil nacidos vivos. En los cantones de Turrialba, Buenos Aires y Matina con población indígena la tasa de mortalidad materna es de 7,5; 11,0 y 12,1 respectivamente.

> **Desnutrición:** Se conoce que los escolares de primer grado de los distritos con mayor porcentaje de población indígena muestran prevalencias de retardo en talla moderado y severo más alta (16%) que las observadas en los restantes distritos (7%).

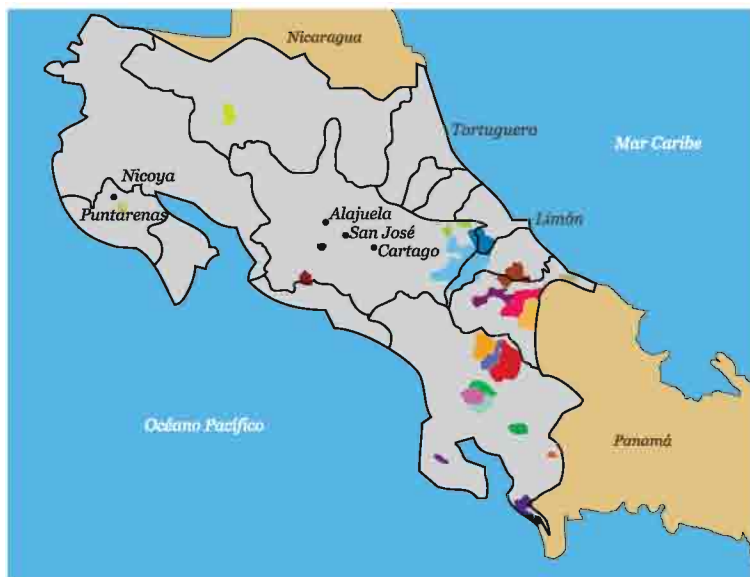
> **Enfermedades infecciosas:** Las muertes por enfermedades infectocontagiosas han cedido a las causadas por enfermedades crónicas y traumatismos, a un ritmo similar al experimentado por la población nacional, no obstante la brecha entre ambas poblaciones continúa: En el quinquenio 1970-1974 las muertes por enfermedades infectocontagiosas representaron una tasa de 63 por 10.000 habitantes en los 7 distritos con mayor porcentaje de población indígena y en los restantes distritos fue 27. En el quinquenio 1995-1999 las tasas fueron 24 y 10 respectivamente.

> **Diabetes, obesidad, alcoholismo:**

> **Suicidio:** La tasa de muertes por accidente y suicidio en los siete distritos con mayor porcentaje de población indígena merecen especial atención, puesto que en los 7 distritos con mayor tasa de indígenas en el quinquenio 1970-1974 la tasa fue 9 y pasó a 17 para el quinquenio 1995-1999, en tanto que en los restantes distritos la tasa se mantuvo alrededor del 12 por 10.000 habitantes.

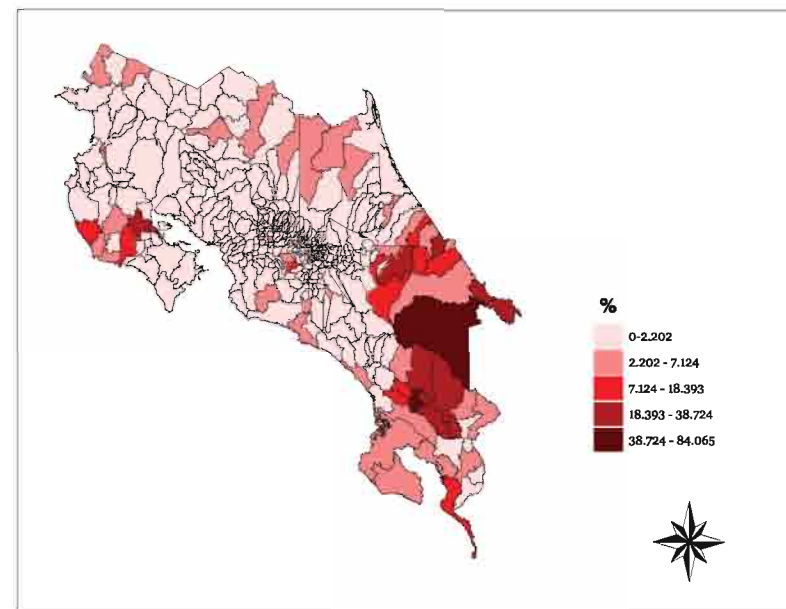


Mapa de localización de los pueblos indígenas en Costa Rica



- | | |
|---|--|
| ■ Guaymí de Coto Brus | ■ Cabécar de Chirripo (Duchi) |
| ■ Guaymí de Osa | ■ Cabécar de Nairi-Awari |
| ■ Huétar de Quitirrisi | ■ Cabécar de Talamanca |
| ■ Huétar de Zapaton | ■ Cabécar de Tayni |
| ■ Bribri de Cabagra | ■ Cabécar de Telire |
| ■ Bribri de Keköldi (Cocles) | ■ Cabécar de Ujarras |
| ■ Bribri de Salitre | ■ De Guatuso |
| ■ Bribri de Talamanca | ■ De Matambu |
| ■ Bunka de Boruca | ■ De Terraba |
| ■ Brunka de Curre (Rey Curre) | ■ Guaymí de Abrojos-Montezuma |
| ■ Cabécar de Bajo Chirripo | ■ Guaymí de Conteburica |

Población Indígena según distritos y densidad de población de Costa Rica Censo 2000



Comentarios

La información solicitada por la OPS en esta evaluación es de suma importancia para evidenciar las brechas existentes entre la población nacional y la población indígena. Proporciona elementos para una mejor comprensión de los problemas y desafíos que enfrentan tanto los pueblos indígenas como los planificadores de salud.

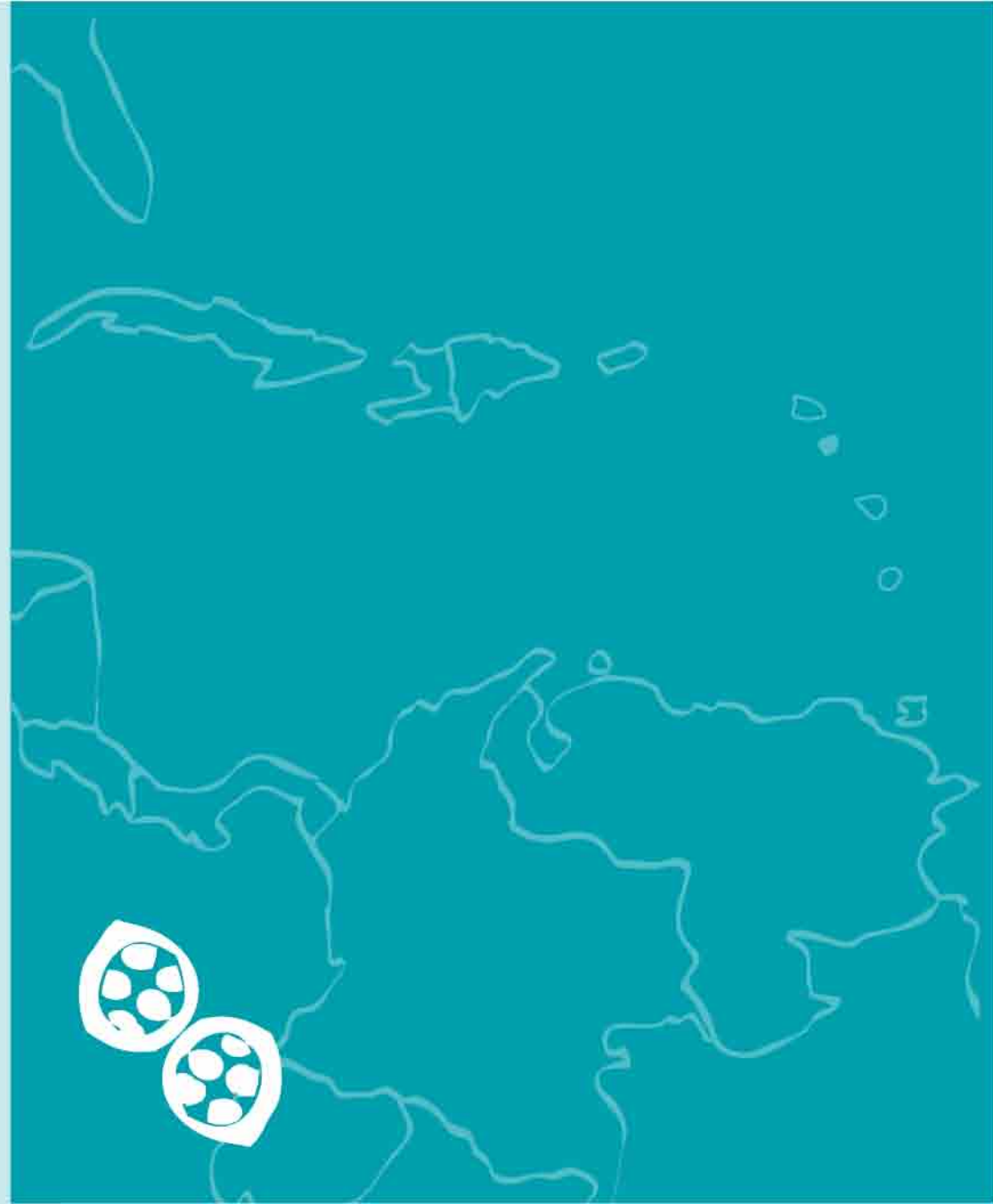
Uno de las principales limitaciones del país en materia de salud indígena es la ausencia de la variable de pertenencia étnica en los registros de las instituciones de salud, lo que dificulta la obtención de información oportuna y confiable para caracterizar su perfil de salud y garantizar la vigilancia de salud de este grupo de población.

Factor que constituyó a la vez la principal limitación para el llenado de esta evaluación.

Esta evaluación concentra información muy variada que no se encuentra en una sola institución, ni organización, por lo que se requiere del aporte de diferentes personas y grupos que trabajan con población indígena, lo cual no fue posible lograr en la mayoría de los casos. Por esta razón, este documento debe verse como una versión preliminar, que se espera pueda ser mejorado.

Xinia Gómez Sarmiento
Dirección de Desarrollo de la Salud





Dominica



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|--|---|---|
| <p>Constitución / Políticas Nacionales</p> <p>Plan de Desarrollo de los Caribes (ratificado por el Gabinete en 2003)</p> | <p>Políticas de Salud</p> <p>Plan estratégico 2002-2006, MSSS ³⁶ El Ministerio de Salud desarrolló un Plan de Acción 2002-2006 en el cual identificó la salud de los Caribes como una prioridad.³⁷</p> <p>En la página 21 declara lo siguiente: <i>Nuestros programas tienen como finalidad trasladar a los Caribes de un estado de dependencia, a donde ellos lleguen a estar más involucrados en su propia atención de salud.</i></p> | <p>Información de contacto</p> <p>> Patrick Cloos, CMO, Tel: 1(767)448-2401, 3521, 3258. E-mail: cmo@cwdom.dm</p> <p>> Dr. Charles J. Corbette Jefe del Departamento de Asuntos Caribes Tel: 1-767-4498192 Fax: 1-767-4486753 E-mail: caribaffairs@cwdom.dm</p> |

³⁶ El país desarrolló un documento detallado que se encuentra en los archivos del Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas.

³⁷ Ministerio de Salud y Seguridad Social.

³⁷ El abuso de drogas, el embarazo en adolescentes, el incesto, la violencia y el suicidio fueron identificados por el MSSS como prioridades para los Caribes.

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | |
|---|---|
| <p>Convenios</p> <p>> Plan Nacional de Desarrollo del Pueblo Caribe (2003).</p> <p>> 1995-97: JNSP (Programa Conjunto de Nutrición) financió un proyecto para reducir la infestación de helmintos y la desnutrición en el Territorio Caribe. La educación fue ejecutada por el MSSS en colaboración con otros sectores. Actualmente, la desnutrición es rara.</p> <p>> Las organizaciones religiosas, la Comisión Canadiense de Alto Nivel, Robinson TRUST (Cultura y Salud, del Reino Unido), Ross University y Maritima proporcionaron los fondos para construir un hospital que está ubicado en el Territorio Caribe.</p> <p>> La organización religiosa Buenas Noticias; construyó casas, proporcionó ropa y suministros médicos. Financió un taller sobre la prevención de drogas en el cual participaron los trabajadores de salud de Kalinago (2003); se continuó con la educación y se formó un grupo de alcoholicos anónimos.</p> <p>> El Fondo de Niños Cristianos: Prestan asistencia (visitas domiciliarias para estimulación temprana); proporcionan suministros (suministros médicos y para la educación); programa de tratamiento de piojos; renovación domiciliaria; patrocinio de la educación y actividades educativas para niños.</p> <p>> Organización religiosa: proyecto de saneamiento (1998).</p> <p>> DEREPE (Empresa Rural Ambiental Dominicana, ONG dominicana); proyectos agrícolas financiados en el Territorio Caribe (1998-99);</p> <p>> Programa para erradicar la anemia y el embarazo entre los adolescentes, programa nutricional elaborado por una enfermera y la Unidad de Promoción de la Salud (MOHSS), patrocinados por el Consejo Nacional de Mujeres de Dominica y financiados por el ICA.</p> <p>> La unidad de Prevención de Drogadicción del MSSS está trabajando en colaboración con una organización comunitaria ubicada en el Territorio Caribe;</p> <p>> La Asociación Dominicana de Paternidad Planificada proporciona educación sobre la infección por el VIH/sida y planificación familiar.</p> | <p>Proyectos nacionales, interinstitucionales/intersectoriales.</p> <p>2003: Proyecto ambiental regional de los Caribes: las propuestas han sido presentado a CREP para la eliminación de desechos (no existe un sistema de recolección de desechos actualmente), y de construcción de instalaciones de inodoros en el Territorio Caribe.</p> |
| <p>Proyectos multipaís.</p> <p>Foros interinstitucionales/intersectoriales.</p> <p>> El Foro para el Desarrollo Nacional tiene un componente orientado a los Kalinago.</p> <p>> Un Foro Indígena Internacional se organizó en Dominica en el 2000; algunos participantes opinan que los países más grandes dominaron el debate y nada concreto resultó para los pueblos Kalinago.</p> | <p>Agencia de Desarrollo Wai tukuwuli kari funa (Waikada) financiada por fuentes diferentes, tiene un componente cultural.</p> |
| <p>Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas.</p> <p>Redes</p> <p>Existe una Organización de los Pueblos Indígenas Caribes que está inactiva actualmente.</p> | |



3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|--|---|
| Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud. | La perspectiva de salud de los pueblos de Kalinago no se considera, aunque hay un cierto nivel de incorporación de las realidades de los Kalinago a nivel de política. Debe existir un método más holístico de la salud. Las tradiciones Kalinago y las necesidades se expresan pero no son consideradas necesariamente. Las medicinas tradicionales deben incorporarse en las políticas sanitarias. A comienzos de los años 80, el sistema de Atención Primaria de la Salud incluyó al Territorio Caribe dentro de los dos distritos de salud (Castillo Bruce y Mangot). Consecuencias: hay dificultades al adaptar lo a la situación de los pueblos. Los Caribe comparten los establecimientos con las personas de pueblos circundantes. Existe una falta de representatividad de un Distrito y disparidades en cuanto a los servicios. |
| Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional. | Ver arriba |
| Asociaciones de terapeutas indígenas | Ninguna |
| Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas) | No existe un programa específico para los Kalinago; No existe programas de «acción afirmativa». Es necesario que un gran número de Kalinagos reciban formación. Hay un cierto nivel de discriminación percibida para obtener acceso a trabajos y becas, aunque recientemente, 6 estudiantes fueron a Cuba para estudiar. Actualmente en Dominica, hay 1MD y 8 enfermeras de origen de Kalinago. |

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|--|
| Información sobre el perfil demográfico, socio-económico y epidemiológico de los pueblos indígenas. | El Censo del 2001 incluyó la variable de pertenencia étnica; no existe un perfil epidemiológico específico para los Kalinago. |
| Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable de etnicidad. | No se incluye la variable de pertenencia étnica en la recolección de información (Unidad de Información en Salud). La vigilancia de enfermedades infecciosas existe basada en datos de los servicio de salud de cada Distrito. |
| Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país. | No |
| Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud. | El Censo del 2001 incluye la variable de pertenencia étnica; datos disponibles por ejemplo, en cuanto a demografía, educación, ingresos, empleo, condiciones de vida y vivienda. |
| Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas. | No |
| Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica). | No |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > Atención primaria de salud (comienzos en los años ochenta): Salud maternoinfantil/PAI/ planificación familiar, salud ambiental; educación sanitaria; atención médica; servicios dentales;
- > Las actividades de educación sanitaria emprendidas por las ONG (Consejo Nacional de Mujeres de Dominica, Fondo de Niños Cristianos, ICA y ADRA) en el abordaje del maltrato de menores, infestación de helmintos, anemia durante el embarazo, violencia doméstica, saneamiento, ITS/infección por el VIH/sida y enfermedades transmisibles (tuberculosis).
- > Estudiantes obtuvieron becas para estudiar medicina en el extranjero.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas del país en el ámbito nacional y subnacional?

- > Plan Estratégico 2002-2006 (Ministerio de Salud y Seguridad Social);
- > Servicios de ambulancia para el Territorio Caribe
- > Mejoramiento de la infraestructura de salud
- > Promoción de la Salud (planificación familiar /embarazo en adolescentes/helmintiasis)
- > Salud Mental (violencia/abuso de drogas/ incesto/suicidio)
- > Mejoramiento de Recursos Humanos
- > Pueblo Kalinago;
- > Falta de establecimientos de salud y suministros médicos;

- > Falta de recursos humanos de la salud;
- > Salud ambiental (ninguna recolección de residuos sólidos en el Territorio Caribe; abastecimiento de agua contaminada);
- > Pobreza;
- > Estado deficientes de vivienda;
- > Falta de acceso a los servicios de salud en la isla (debido a falta de transporte y recursos financieros);
- > El Territorio Caribe debe considerarse un Distrito de Salud.

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

- > Falta de suministros médicos y medicamentos;
- > Falta de enfermeras y auxiliares de enfermería capacitadas;
- > Falta de equipo médico (mamografía, ultrasonografía, frotis de Papanicolaou)
- > Falta de apoyo en salud ambiental/recursos /recolección de residuos sólidos;
- > Ningún servicio público;
- > Necesidad de ambulancia;
- > La falta de apoyo logístico (transporte para trabajadores de salud);
- > Necesidad de garantizar el acceso a servicios de salud (equidad);
- > Pobreza

| Análisis Estratégico | |
|---|---|
| Fortalezas: Características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas. | Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas |
| <ul style="list-style-type: none"> > Servicios de atención primaria de salud. > Aceptación de los programas de salud por los pueblos. > Disposición para aprender nuevas tecnologías. > Comunidad capaz identificar sus propios problemas de salud. > Disposición de participar. > Voluntad de las ONG para patrocinar. | <ul style="list-style-type: none"> > Pobreza y desempleo; > Creencias del pueblo Kalinago (relacionadas con los medicamentos); > Establecimientos de salud inapropiados; > Falta de equipo médico; > Falta de recursos humanos de la salud; > Falta de recursos financieros |
| Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas. | Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas. |
| <ul style="list-style-type: none"> > Servicios de atención primaria > ONGs > Hospitalidad de los pueblos Kalinago | <ul style="list-style-type: none"> > Racismo o actitudes negativas hacia los pueblos Kalinago. > Pobreza. > Falta de comunicación entre los Kalinago y los no Kalinago. |

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Dominica

| Categorías | Territorio Kalinago |
|----------------------|-----------------------------|
| > Población | 2,208 (3,1%) |
| > Pertenencia étnica | (autoidentificación) |
| > Caribe | 53% |
| > Caribe (isla) | 2,9% |

Fuente: Censo, 2001



Tabla 2. Retos, factores a considerar, e inequidades

Retos

Las estrategias de salud y la salud pública deben incluir y abordar los factores estructurales, de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas.

> **Localización.** Dominica fue el nombre dado a 289,8 millas cuadradas de tierra, por Cristóbal Colón, cuando llegó a la isla el 3 de noviembre de 1493. En el Nordeste de esta selva tropical bella insular están 3782,03 acres de tierra conocida como el Territorio Caribe. Está situado entre dos ciudades, Atkinson al Norte y Castillo Bruce al sur, y es el hogar de aproximadamente 2000 Caribes³⁸, sobrevivientes de los primeros habitantes de la isla. Los Caribes llamaron *Waiitukubui* a la isla (Alto es su cuerpo), y se autodenominaron Kalinago. Los europeos los llamaron Caribes.

> **Heterogeneidad étnica y cultural**

Atención de salud culturalmente apropiada Los Caribes, siendo las primeras naciones han luchado por su supervivencia desde la llegada de los europeos en 1493. Han perdido la mayoría de sus tradiciones, prácticas religiosas e idioma por la discriminación europea durante más de quinientos años (500). Lo que es más importante han perdido su libertad para viajar libremente en todas las islas. Sin embargo, han retenido ciertos aspectos de su cultura, que incluye la construcción de canoas, tejido de cestas, la

elaboración de productos de yuca y medicina tradicional.

> **Pobreza** El Territorio Caribe ha sido muy descuidado y se ha identificado como una de las comunidades más pobres en la isla. La reciente Evaluación de la Pobreza en Dominica,³⁹ registró 70% de incidencia de la pobreza en el Territorio Caribe, valor muy alto en comparación a que se obtuvo en el ámbito nacional. No fue sino hasta 1965 que un camino transitable fue construido. El área carece de servicios básicos.

La Evaluación de la Pobreza del País de 1996 describe que el Territorio Caribe padece no solo de pobreza económica sino también de una forma de privación que 'proviene de ser una minoría de categoría baja con una larga historia del descuido, pérdida de la cultura y lucha por mantener su identidad'.

> **Analfabetismo.** Porcentaje de personas que asistieron a la escuela en la semana previa a la encuesta: Territorio Kalinago 9%; Territorio no Kalinago 10%

> **Empleo**

Porcentaje de personas empleadas en la semana previa a la entrevista: Territorio Kalinago 55%; territorio no Kalinago 51%

| Servicios Básicos | Territorio Kalinago | Territorio no-Kalinago |
|---|----------------------|------------------------|
| Tipo de abastecimiento de agua Abastecimiento de agua (público o privado) en vivienda | 2.3% | 52.6% |
| Tipo de inodoros W.C. (inodoro nivelado) Inodoro principal | 4.6% Letrina: 90% | 55% W.C.: 55% |
| Tipo de alumbrado Electricidad Kerosene | 56.3% 39.3% | 90% 7% |
| Tipo de cocina Gas Leña | 34% 63.2% | 81.9% 10% |

³⁸ De acuerdo al Censo del 2001

³⁹ Halcrow Group Limited. (2003). En el Banco de Desarrollo del Caribe & Gobierno de Dominica, Análisis de la Pobreza en el País: Dominica.

Comentarios

Esta evaluación fue coordinada por el Dr. Patrick Cloos, Médico Jefe, Ministerio de Salud y Seguridad Social (MSSS). Se celebraron reuniones con los siguientes interesados directos: Dr. C.J. Corbette, Director del Departamento de Asuntos Caribe; Dr. Worrel Sanford, Sra. Warrington, Sra. P. Thomas y Ms. Vigilant⁴⁰. Sra. Joan Henry, Directora de la Unidad de Promoción de la Salud (MSSS) y la Asociación de Paternidad Responsable proporcionó algún insumo también.

Los participantes tuvieron algún conocimiento sobre la Década Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, pero no estuvieron completamente informados sobre los objetivos de la Década. Además los participantes no tuvieron conocimiento sobre las Resoluciones CD 37.R5 y CD40.R6 de la OPS.

⁴⁰ Médicos y enfermeras Kalinago trabajando en el Territorio Caribe.





Ecuador



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos Internacionales | Marco legal | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|---|--|---|
| <p>Constitución / Políticas Nacionales</p> <p>Constitución de la República</p> <ul style="list-style-type: none"> > Artículos 4, 44, 84 > Mandatos de los pueblos indígenas | <p>Políticas de Salud</p> <p>1999. Creación de la DNSPI. 2002. Regularización presupuestaria y dotación de RRHH para intervenciones en 18 provincias del país. 2004. Desarrollo de los componentes estratégicos operativos Desarrollo Corporativo Institucional. Modelos Interculturales de Salud y Subsistemas de las Medicinas Ancestrales y Tradicionales.</p> | <p>Información de contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> > Dr. Juan Naula Correio-e: Tel. 095-00-3345 > Dr. Germán Ochoa Dávila E-mail: g8daviaa@yahoo.es > Dr. Guillermo Barragán Quito, Ecuador Tel. 09837-2354 |

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 1)

| | |
|--|---|
| <p>Convenios del Programa Salud Indígena.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Acuerdo de integración binacional para el desarrollo de corredores relacionados al corollón amazónico Ecuador/Perú para la organización de modelos de atención integral y proyectos para las poblaciones nativas fronterizas. Cancelleria. > Experiencias locales en APS y Seguridad Alimentaria y Nutricional en el Pueblo Saraguro. > Capacitación a redes demandantes de las nacionalidades Kichwa, Shuar en aspectos de APS. > Constitución de los Consejos de Sabios por nacionalidades y pueblos. > Validación cultural y socio organizacional de los mediadores de las medicinas tradicionales y ancestrales de las nacionalidades y pueblos. > Recuperación de la Geografía Sagrada CEE-Francia DNSPI. > Reformas curriculares con enfoque intercultural del pregrado de la escuela de Medicina, Universidad Central del Ecuador. > Reforma Curriculares de la Universidad Indígena de los Pueblos Indígenas. > Recuperación del jardín botánico fitoterapéutico de las nacionalidades Shuar de la Provincia de Zamora. > Vigilancia Común con Enfoque Intercultural, pilotaje en la provincia amazónica de Pastaza en siete nacionalidades. | <p>Proyectos internacionales/intersectoriales del Programa Salud Indígena.</p> <ul style="list-style-type: none"> > TCC-Colombia-Ecuador: "Sistematización e intercambio de experiencias en la organización y gestión de servicios de salud descentralizados para poblaciones indígenas". Caso Cotacachi en procesos descentralizados. > TCC Implementación del Sistema de Salud Intercultural de los pueblos indígenas de la región amazónica. > TCC México > P1. Manejo de patentes y derecho intelectual en la salud intercultural y biodiversidad indígena. > P2. Principios activos y plantas promisorias para el desarrollo de una lista alternativa de genéricos. > P3. Sistema de intercambio de saberes y prácticas ancestrales y tradicionales de las medicinas tradicionales de los pueblos y nacionalidades indígenas. |
| <p>Foros interinstitucionales/intersectoriales.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Primer Congreso Internacional de soberanía y seguridad alimentaria y nutrición infantil, noviembre de 2004. > Seminario-taller "Avances en los procesos de mejoramiento de calidad y adaptación cultural de los servicios de salud sexual y reproductiva con enfoque intercultural", noviembre de 2004. > II Asamblea mundial de la salud de los pueblos. > Preparación del "III Congreso para el desarrollo etnia y salud", junio de 2005. > I Congreso nacional "La Medicina Ancestral de los Pueblos Andinos". Loja 2005 | <p>Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE), ECUADOR RINACUNAFAC RICCHARIMUI > Confederación de los Pueblos de Nacionalidad Kichua del Ecuador (ECUARUNARI), Confederación de Nacionalidades Indígenas de la Amazonia Ecuatoriana (CONFENIAE), CONAISE, Frente de Defensa de los Pueblos Indígenas Campesinos y Negros del Ecuador (FEDEPICNE), Confederación Nacional de Organizaciones Campesinas Indígenas y Negros (FENOCIN), y filiales. |



2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 2)

| |
|--|
| <p>Redes</p> <ul style="list-style-type: none"> > La red de salud indígena de Pastaza, región amazónica, redes de salud de Loreto en el Alto Sucumbios y Orellana. > Red de salud intercultural Archidona - Napo. > Red de mujeres líderes de UCCP de la provincia del Cañar. > Red de mediadores de la medicina ancestral y tradicional de los pueblos de Chibuleo, Salasaca, Pilahún, Tomabela, Quispinchá de la provincia de Tungurahua. > Red de parteras tradicionales imbayas en colaboración con la Escuela de Obstetricia de la Universidad Central de Ecuador. |
|--|

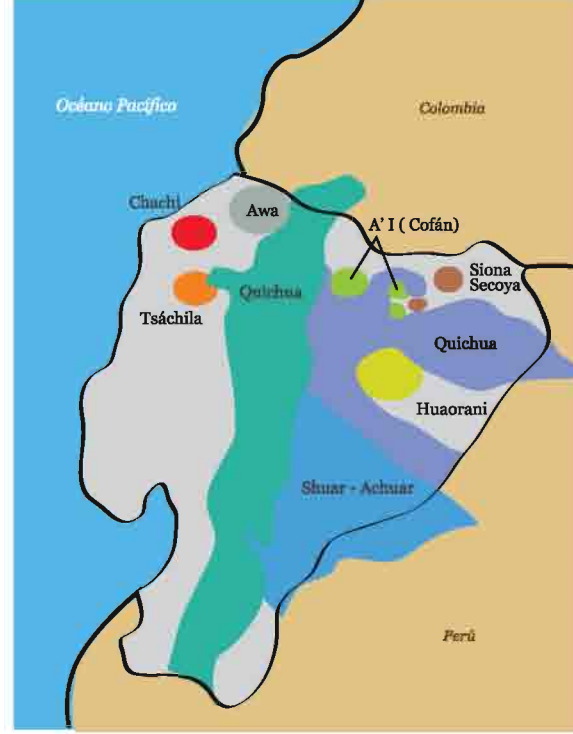
3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|--|---|
| <p>Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > En las políticas y estrategias de salud sexual y reproductiva, con enfoque intercultural. > Plan Operativo Nacional del componente materno perinatal con enfoque intercultural 2004. > Mandatos de las políticas de salud y modelos de gestión y atención intercultural propuestos por el Congreso por la Salud y la Vida Ecuador, septiembre de 2004. > Reformas al Código de la Salud (incorporación de los saberes y prácticas de las Medicinas Tradicionales Indígenas) e inclusión del enfoque intercultural en los artículos de la Ley del Consejo Nacional de Salud. > Propuesta de Ley de las Medicinas Tradicionales de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador en primera de Debate en el Honorable Congreso Nacional. > Reconocimiento de espacios sagrados en la territorialidad de pueblos indígenas incorporado en la Ley de Medio Ambiente y Biodiversidad en segunda de debate del Honorable Congreso Nacional. > Programa de Extensión de Cobertura (PROECO) en parroquias de pobreza crítica mediante la aplicación de un modelo de atención integral con enfoque intercultural para las Áreas de Salud del Ministerio de Salud Pública (MSP). > Segunda reforma estratégica y operativa para la ejecución de políticas de salud para pueblos y nacionalidades de la Dirección de Salud Indígena del MSP – Mapa Estratégico 2005-2009 (en fase de publicación). |
| <p>Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Aportes para la primera Propuesta de Integración para la Organización del Sistema Provincial de Salud de Pichincha desde el Consejo Provincial de Pichincha. > Creación del Consejo de Salud Intercultural Metropolitano de Quito. > Brigadas interculturales de salud en 18 provincias del país en lugares de inadecuado acceso a los servicios. > Primera experiencia de integración operativa con los estudiantes de pregrado de la Escuela de Medicina de la Facultad de Ciencias Médicas (Universidad Central del Ecuador). > Incorporación de la consejería kichwa y acompañamiento a los usuarios del Hospital Indígena de Chimborazo. > Experiencias desde la comunicación intercultural en medios de comunicación desde la red racialit kichwa, Pichincha. > Manejo de la Promoción Intercultural de Salud en pueblos migrantes kichwas ubicados en zona de frontera de la provincia de El Oro. |
| <p>Asociaciones de terapeutas indígenas</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Precojesos de hombres y mujeres de sabiduría de las Medicinas Tradicionales Indígenas en 18 provincias del país. > Asociación de Yachacs de Oravalo, Ecuador. > Fundación de Yachacs y Mamas del Ecuador. |
| <p>Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas)</p> | <p>Primera propuesta de maestría en Salud Familiar, con enfoque de género e intercultural (MODERSA MSP 2004).</p> |

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|---|
| Información sobre el perfil demográfico, socio-económico y epidemiológico de los pueblos indígenas. | |
| Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable de etnicidad. | Propuesta de línea de base y primer plan piloto de la vigilancia común con enfoque intercultural en la provincia de Pastaza Equipo. |
| Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país | Refiérase a Sistema de Información e Indicadores (SIIE), capítulo Ecuador, para obtener lo relacionado a mapas dinámicos y temáticos. Ver mapa Anexo (pág. 165) |
| Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud. | |
| Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas. | Promoción de la salud en medios de comunicación en 18 provincias del país. |
| Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica). | |

Mapa de localización de los pueblos indígenas en el Ecuador



| Población Estimada de Indígenas en el Ecuador | |
|---|-----------|
| Costa Pacífico | |
| Awa | 1.600 |
| Chachi | 4.000 |
| Tsáchila | 2.000 |
| Sierra | |
| Quichua | 3.000.000 |
| Amazonas | |
| Quichua | 60.000 |
| Cofán | 800 |
| Siona - Secoya | 1.000 |
| Shuar | 40.000 |
| Achuar | 500 |
| Huaorani | 2.000 |



El Salvador



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|--|---|---|
| <p>Resolución CD37. R5/OPS. Resolución CD40. R6/OPS. Convención Internacional para la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial. Convención Americana sobre Derechos Humanos.</p> | <p>Políticas de Salud</p> <p>No existen políticas específicas para la atención de los pueblos indígenas.</p> | <p>Información de contacto</p> <p>Ministerio de Salud. No se cuenta con una instancia nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas que dependa de la Presidencia de la República.</p> <p>➤ Sandra de Marroquín Tel: 247-7851</p> |

Nota: El Salvador presentó dos evaluaciones realizadas por el Ministerio de Salud y por el Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño. En esta sección se presenta un resumen combinado de las dos evaluaciones.

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | |
|---|--|
| Convenios del Programa Salud Indígena. | ➤ No existen. |
| Proyectos interinstitucionales/intersectoriales del Programa Salud Indígena. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Fortalecimiento de las Juntas de Agua y Saneamiento (JAAS) de cinco comunidades indígenas: Nahuizalco, Tacaba, Guatagua, Cacatera y Tonacatepeque. ➤ Plan de trabajo integrado en salud (modelo tradicional y occidental) de los pueblos indígenas con el Ministerio de Salud en ejecución en el departamento de Sonsonete, Santa Ana y Ahuachapán. ➤ Proyectos de agua y saneamiento, cobertura nacional, 1996-2001. ➤ Diplomado hacia una maternidad segura desarrollado en la zona occidental, 2003. |
| Proyectos multipaís. | ➤ No existen. |
| Foros interinstitucionales/intersectoriales. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Foro nacional sobre las condiciones de saneamiento básico desde la perspectiva de los pueblos indígenas de Cuisnahuat, Izalco y Nahuizalco realizado en la ciudad de San Salvador, noviembre 2003. ➤ Grupo Nacional de Trabajo y CTMPI del Proyecto de agua y saneamiento con comunidades indígenas. |
| Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas. | ➤ Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS). |
| Redes | Comité Técnico Multisectorial en Apoyo a los Pueblos Indígenas. El modelo de organización es mediante el Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño (CCNIS) en el cual están integradas diferentes organizaciones indígenas del país. |

3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|--|---|
| Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud. | No existen. |
| Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional. | Primer encuentro de coordinación de la cosmovisión de pueblos indígenas y el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, realizado en Apaneca, Ahuachapán el 3 de noviembre, 2003. |
| Asociaciones de terapeutas indígenas | No existen. |
| Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (Investigación y becas) | No existen. |

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|--|
| Información sobre el perfil demográfico, socio-económico y epidemiológico de los pueblos indígenas. | Perfil de los pueblos indígenas de El Salvador, editado en enero 2004. Talleres Gráficos de la UCA. |
| Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable de etnicidad. | No existe un sistema de información específico sobre los pueblos indígenas. |
| Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país | El perfil de los pueblos indígenas de El Salvador incluye mapas de localización geográfica de los pueblos indígenas. Ver mapa Anexo 0099. 0740 |
| Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud. | Esfuerzos propios de las organizaciones indígenas con el apoyo de la OPS/OMS El Salvador. |
| Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas. | No existen. |
| Serción sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica). | OPS/OMS El Salvador. |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > Visualización de la problemática indígena
- > Caracterización de los pueblos indígenas de El Salvador
- > Reconocimiento de la vigencia del conocimiento indígena en la atención de salud

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > Falta de acceso a los servicios de salud
- > Falta de acceso a agua y saneamiento

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

- > Participación de los pueblos indígenas en la gestión en salud.

Tercera parte

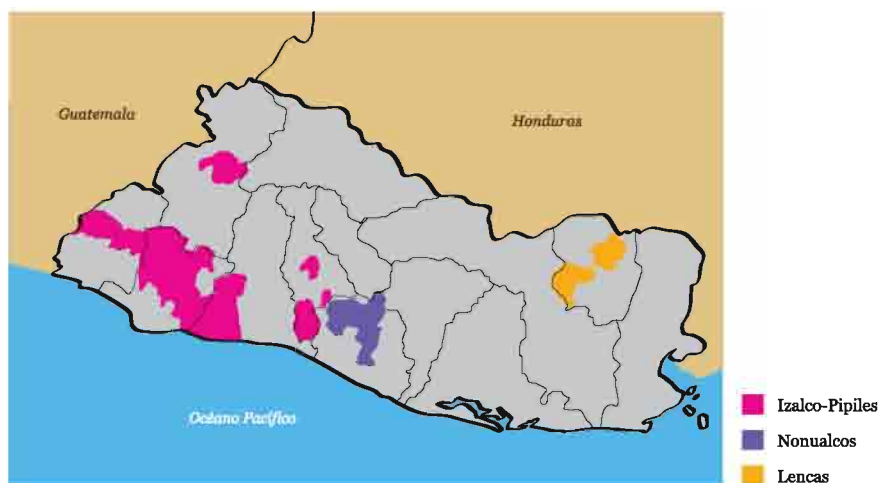
Tabla 1. Población y pueblos indígenas de El Salvador (población expresada en miles de habitantes)

| Población Nacional | Población Indígena (estimado) | % | Pueblos |
|--------------------|-------------------------------|----|---------|
| 6,757 | 743 | 11 | 3 |

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades

| Desafío | Inequidades |
|--|---|
| <p>Estrategias de salud y salud pública deben comprender y abordar los factores estructurales, de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas: Visión holística de bienestar del individuo, la familia y el medio ambiente, respetando la interculturalidad de todos los pueblos indígenas.</p> | <p>> Pobres: El 38% se califica como pobreza extrema, el 61% en pobreza, el 0,6% con cobertura de sus necesidades básicas de salud (Perfil Nacional de los Pueblos Indígenas de El Salvador).</p> |
| <p>> Factores a considerar</p> <p>La población indígena es dispersa en todo el territorio nacional, con mayor población en los asentamientos en la zona rural de occidente, zona sur y norte de San Salvador y el oriente del país. Áreas de difícil acceso.</p> | <p>> Analfabetismo: De 10-65 años. El promedio nacional es de 21,5% y en los pueblos indígenas es el 35,24% según UNICEF y según la OPS el 40,5% (Perfil Nacional de los Pueblos Indígenas de El Salvador).</p> |
| <p>> Localización: La población indígena en El Salvador se encuentra dispersa en 11 Departamentos, lo que representa el 78% de los departamentos del país. Los Nahuatl-Pipil en los departamentos de Ahuachapán, Santa Ana, Sonsonete, La Libertad, San Salvador, La Paz, y Chalatenango; los Lenca en los departamentos de Usulután, San Miguel y La Unión; los Cacaopera en Morazán.</p> | <p>> Desempleo: La tasa de desempleo en las poblaciones indígenas es el 24% (OPS, 2002).</p> |
| <p>> Heterogeneidad étnica y cultural:</p> <p>La población indígena se estima en 743.314 habitantes que constituyen el 11% de la población nacional distribuidos en tres pueblos Lenca, Nauta-Pipil y Cacaopera, como se indicó, están presentes en 11 de los 14 departamentos del país. Atención culturalmente apropiada: Atenciones básicas de salud y programas preventivos.</p> | <p>> Servicios básicos: El 33% de la población indígena cuenta con luz eléctrica, el 64% se alumbraba con candil o candelita. El 91,6% consume agua de río o pozo (OPS, 2002).</p> |
| | <p>> Mortalidad infantil: No se disponen datos para las poblaciones indígenas.</p> |
| | <p>> Mortalidad materna: No se disponen datos para las poblaciones indígenas.</p> |
| | <p>> Desnutrición: No se disponen datos para las poblaciones indígenas.</p> |
| | <p>> Enfermedades infecciosas: No se disponen datos para las poblaciones indígenas.</p> |
| | <p>> Diabetes, obesidad, alcoholismo: No se disponen datos para las poblaciones indígenas.</p> |
| | <p>> Suicidio: No se disponen datos para las poblaciones indígenas.</p> |

Mapa de localización de los pueblos indígenas en El Salvador



Comentarios

Que el Sistema de Naciones Unidas en conjunto con los pueblos indígenas realicen una valoración de los logros y las limitantes en el marco del Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo.

Gestionar recursos económicos para dar seguimiento al proceso de trabajo intercultural.



Guatemala



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Constitución / Políticas Nacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas / Ministerio | Información de contacto |
|---|--|---|---|--|
| <p>Convenio 169 OIT Resolución CD37.R5 Resolución CD40.R6 Iniciativa de salud de los pueblos indígenas de las Américas.</p> | <p>Constitución de la República, Guatemala, 1985-1999. Código de Salud, Decreto 90-97, Artículo 18: El Ministerio de Salud debe definir un modelo de atención en salud, que promueva la participación de las demás instituciones sectoriales y de la comunidad organizada, ... tomando en cuenta el contexto nacional, multitécnico, pluricultural y multilingüe". Registro y control de productos derivados de plantas medicinales, Reglamento para el control de los productos farmacéuticos y afines, MSPAS, 2002. Ley de Descentralización. Capítulo V: Fomento de la participación ciudadana en el proceso de descentralización y su organización. 2002. Código Municipal. Artículos 18, 20, 21, 36 2002. Ley de Consejos de Desarrollo. Artículos 8, 10, 12, 14, 23, 26, 2001. Ley de Desarrollo Social. Artículos 2, 3, 4, 5, 8, 10, 14, 16, 24, 25, 26, 32, 35.</p> | <p>Política de salud 2004-2008 II: Satisfacer las necesidades de salud de la población guatemalteca mediante la entrega de servicios de salud con calidad, calidez, equidad y con enfoque intercultural en los diferentes niveles de atención.</p> | <p>> Regulación de Programas del Ministerio de Salud Pública > Programa Nacional de Medicina Popular y Tradicional.</p> | <p>> Dr. Edgar Méndez Jefe de Departamento Tel. (502)2476-0128 > Dra. Verónica Castellanos Coordinadora de Ejes Transversales Tel. (502)2471-6646 > Lic Ana María Rodas Coordinadora de Programa Medicina Popular Tradicional y Alternativa Tel. (502)2471-6646 E-mail: anarodasca@yahoo.com</p> |

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | |
|---|---|
| Convenios del Programa Salud Indígena. | <p>> Acuerdo sobre Identidad y derechos de los pueblos indígenas. > Acuerdo sobre socioeconómico y situación agraria.</p> |
| Proyectos interinstitucionales/intersectoriales del Programa Salud Indígena. | Investigaciones realizadas por el Centro Mesoamericano sobre Tecnología Apropriada ¹⁴ , Facultad de Agronomía, Facultad de Ciencias Químicas y Farmacia de la Universidad de San Carlos. |
| Multitipais | TOC México-Centroamérica (en negociación). |
| Foros interinstitucionales/intersectoriales. | GRUTIM, Sistema de Naciones Unidas. |
| Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas. | Asociación de Promotores (ACSMI), Asociación de comadronas CODECOT, AFRUSPLAG, ABSNAV, APROSXIG, APROSARCI, OPOOS, APRUSXAI, APRUSDACI, CAIBA, ASECSA, CPR-IS, CPR-F, APROSAMI, ASSABA, ASSDIC, CIEDEG, IDEI, CCAM, |
| Redes | Pastoral Social de la Iglesia Católica, ASECSA, CDRO, ATI, ASEDE, ADEJU, ADIPO, ASOINDE, CADISOGUA, FUNDEMI, PIES DE OCCIDENTE, ASODESI, ASODESPT, INS, FUNMAYAN |



3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|---|--|
| <p>Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > En el documento Políticas y Estrategias 2004-2008 del Ministerio de Salud de Guatemala en la política II señala: "mejorar las condiciones de salud de la población guatemalteca, priorizando acciones a los grupos de población de mayor riesgo". > Investigación: La medicina popular tradicional y su articulación a las redes del Sistema Oficial de Salud, MSPAS, OPS/OMS, Guatemala. > Propuesta de incorporación de la medicina popular tradicional y alternativa a la Reforma del Sector Salud. > Propuesta de normativa de centros artesanales para la preparación de fitoterapéuticos. > Diseño de propuesta para incorporar elementos de medicina popular tradicional en las normas de atención del primer y segundo nivel de atención. > Proceso de validación de las normas de atención en el primer nivel de atención. > Elaboración de propuesta del Reglamento de Medicinas alternativa y complementaria. > Estudio sobre inocuidad, efectividad de productos fitoterapéuticos: tintura de hojas de guayaba, tintura de flores de Jacaranda, jarabe expectorante. > Caracterización de elementos culturalmente accesibles y aceptables para optimizar la prestación de los servicios de salud (Fase II-IV). > Fortalecimiento de la atención materno-neonatal con las siguientes propuestas, para la evaluación del proceso de capacitación dirigido a comadronas; para el fortalecimiento de la estrategia de hogares maternos y para el fortalecimiento de la estrategia de hospitales culturalmente accesibles y adaptados. > Diagnóstico de centros artesanales de preparado de productos fitoterapéuticos. > Procesos de sensibilización dirigidos a personal de centros de salud y terapeutas tradicionales. > Diagnóstico de Direcciones de Salud seleccionadas con participación de usuarios, terapeutas tradicionales y personal de servicios de salud. |
| <p>Asociaciones de terapeutas indígenas</p> | <p>ASECSA, ADEPAC (Alta Verapaz), CONADEP (El Petén), ATI (Totonicapán), CEDRO (Totonicapán, Quetzaltenango) CONAFLEMED (Suchitepequez), Clínica Maxeña (Suchitepequez), Médicos descentralizados-Chinique (El Quiché).</p> |
| <p>Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas)</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Universidad Nacional de San Carlos, Instituto de Estudios Interétnicos, Guatemala. > Instancia Nacional de Salud, ONG. > PIES de Occidente, ONG. > ASECSA. > Universidad Rafael Landívar, Guatemala. > Universidad Mariano Gálvez, Escuela de Medicina, Guatemala. > En la dirección del área de salud Ixil se ha incluido en el Programa de capacitación de auxiliares de farmacia componentes sobre Medicina Popular Tradicional. |

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|--|--|
| <p>Información sobre el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Indicadores Básicos de Salud en Guatemala, 2001. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. > Estrategia de reducción de la pobreza, Gobierno de la República de Guatemala, 2001. |
| <p>Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable de etnicidad.</p> | <p>Censo 2002, realizado por el Instituto Nacional de Estadística –INE– se incluyó la variable de pertenencia étnica.</p> |
| <p>Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país.</p> | <p>Mapa de etnicidad etnolingüística. Ver mapa Anexo (100, 187)</p> |
| <p>Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Investigación: La medicina popular tradicional y su articulación a las redes del Sistema Oficial de Salud, MSPAS, OPS/OMS, Guatemala. > Eder, Karín; García, Manuela. Modelo de Medicina Indígena Maya en Guatemala. Investigación participativa. Guatemala 2002. > Villatoro, Elba Marrón: Promoción de la Medicina y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud en Guatemala. Guatemala 2001. > Gallegos V. Rafael, Moran, Carlos: El Rol de la Comadrona en su Contexto Sociocultural. Guatemala 1999. > Hernández Barillas, Sadi Enrique: Aspectos socioculturales en el manejo de embarazos por comadronas empíricas en el municipio de Chiche, El Quiché. Guatemala 1979. > Huerto Paz y Paz, Leonor: Articulación de la Medicina Oficial y la Medicina Tradicional. OMS/OPS. Guatemala 1997. > Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. División de Desarrollo de Sistemas de Salud. OPS/OMS. Washington D.C. 1997. > Investigación sobre la Medicina Tradicional de Guatemala para su Integración en el Sistema de Atención Primaria en Salud del País. Área Maya Quiché. Totonicapán Guatemala. 1990. > Russel Enrique: La medicina entre los mayas. Tesis, Facultad de Medicina, USAC. Guatemala, 1964. > Villatoro, Elba Marrón. Vida y Obra de los Curanderos de El Petén. Guatemala. En: La Tradición Popular. No. 38. Guatemala 1982. > Villatoro, Elba Marrón: Etnomedicina en Guatemala. Guatemala 1984. |
| <p>Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Instancia Nacional de Salud, ONG. > Universidad Nacional de San Carlos, Instituto de Estudios Interétnicos, Guatemala. |
| <p>Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica).</p> | |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > Los acuerdos firmados entre el Gobierno de la República y la URNG⁴² en la búsqueda de una paz firme y duradera, en particular el "Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómico y Situación Agraria" y el "Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas" reconocen la importancia de la valoración de la medicina indígena y tradicional, en la promoción de su estudio y el rescate de sus concepciones, métodos y prácticas.
- > Programa Nacional de Medicina Popular y tradicional, 2001.
- > Las políticas de salud 2000-2004 contenían políticas específicas dirigidas a la salud de los pueblos mayas, garífunas y xincas, con énfasis en la mujer; acceso a medicamentos esenciales y medicina tradicional.
- > Haber iniciado un proceso de articulación de la medicina popular tradicional con los servicios de salud estatales, disponibilidad y uso de plantas medicinales.
- > Experiencia en investigación de plantas medicinales autóctonas, lo que ha permitido la elaboración de monografías y la validación del uso de dichas plantas. Universidad Nacional de San Carlos de Guatemala y Ministerio de Salud Pública.
- > Instalación de laboratorios artesanales para el procesamiento de productos derivados de plantas medicinales.
- > Procesos de caracterización, fortalecimiento e incorporación de la medicina tradicional a la prestación de los servicios de salud por medio de la participación de grupos organizados.
- > Capacitación a mujeres indígenas para el fortalecimiento del uso sistematizado de plantas

medicinales en los tres principales problemas de salud del país: enfermedades respiratorias, digestivas y de la piel.

- > Propuesta de normativa de centros artesanales para la preparación de fitoterapéuticos.
- > Diseño de propuesta para incorporar elementos de medicina popular tradicional en las normas de atención del primer y segundo nivel de atención.
- > Proceso de validación de las normas de atención en el primer nivel de atención.
- > Elaboración de propuesta del Reglamento de Medicinas Alternativa y Complementaria.
- > Estudio sobre inocuidad, efectividad de productos fitoterapéuticos: tintura de hojas de guayaba, tintura de flores de jacaranda, jarabe expectorante.
- > Caracterización de elementos culturalmente accesibles y aceptables para optimizar la prestación de los servicios de salud (Fase II-IV).
- > Fortalecimiento de la atención materno-neonatal con propuestas para la evaluación del proceso de capacitación dirigido a comadronas; para el fortalecimiento de la estrategia de hogares maternos y para el fortalecimiento de la estrategia de hospitales culturalmente accesibles y adaptados.
- > Coordinación interprogramática institucional: Programa Nacional de Salud Reproductiva, Programa Nacional de farmacovigilancia y Departamento de Desarrollo de los Servicios de Salud.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > Primeras 10 causas de morbilidad: infecciones respiratorias 23,01%; enfermedad diarreica aguda 9,28%; parasitismo intestinal 8,46%;

anemia 3,93%; neumonías 4,37%; enfermedad péptica 2,65%; enfermedades de la piel 3,66%; infecciones tracto urinario 1,90%; malaria 0,75%; artritis 0,56%; resto de causas 41,43% (Memoria anual de vigilancia epidemiológica 2000, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República de Guatemala).

- > Primeras 10 causas de mortalidad: neumonía 19,95%; enfermedad diarreica aguda 7,46%; Insuficiencia cardíaca congestiva 4,63%; causas mal definidas 4,46%; infarto agudo del miocardio 4,06%; cánceres 3,06%; desnutrición 3,05%; accidente cerebro vascular 2,81%; septicemia 2,44%; traumatismos 2,13% resto de causas 45,95%. (Memoria anual de vigilancia epidemiológica 2000, Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, República de Guatemala)

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la

renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

- > Elaborar un sistema nacional de salud incluyente de los distintos modelos de atención en salud que se practican en el país.
- > Participación de los pueblos indígenas en la planificación, gestión, implementación y fiscalización de las políticas públicas de salud.
- > Revisar, adecuar e implementar el marco legal que favorezca la salud de los pueblos indígenas.
- > Participación de indígenas en la conducción de las instituciones públicas relacionadas con la salud.
- > Reconocimiento social y político de la Medicina Indígena Maya.
- > Promoción de la Medicina Indígena Maya.
- > Fortalecimiento de terapeutas tradicionales y comadronas.
- > Promoción de la organización de terapeutas tradicionales y comadronas.

⁴² Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca.



Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Guatemala (población expresada en millares de habitantes)

| Población | Población Nacional | Población Indígena | % | Pueblos Número |
|----------------------------|--------------------|--------------------|-------|----------------|
| Más de 40% 2. Guatemala | 11.678 | 5.004 | 42,85 | 23 |

Fuentes: Indicadores Básicos Salud en Guatemala 2001, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Tabla 2. Retos, factores a considerar, e inequidades (parte 1)

| Desafíos | Factores a considerar |
|---|---|
| <p>Estrategias de salud y salud pública deben comprender y abordar los factores estructurales de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Visión integral, ser humano, medio ambiente, cosmos; individuo, familia y comunidad. > Atención Primaria en Salud (APS). > Coordinación interprogrática, intersectorial. <p>La medicina popular tradicional constituye un sistema médico integrado por conocimientos, prácticas y recursos tanto humanos como naturales y sobrenaturales, que ofrecen respuestas para el alivio o solución de problemas físicos, mentales, sociales y espirituales que hoy por hoy están vigentes en la mayoría de la población. Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Heterogeneidad étnica y cultural: 25 grupos étnicos en el país. El mayor porcentaje de población es indígena. > Atención culturalmente apropiada: Fortalecimiento de la atención materno-neonatal con: <ul style="list-style-type: none"> > Primer nivel: propuesta para la evaluación del proceso de capacitación dirigido a comadronas; > Segundo nivel: propuesta para el fortalecimiento de la estrategia de hogares maternos; > Tercer nivel: propuesta para el fortalecimiento de la estrategia de hospitales culturalmente accesibles y adaptados. <p>Haber iniciado un proceso de articulación de la medicina popular tradicional con los servicios de salud estatales, disponibilidad y uso de plantas medicinales.</p> <p>Procesos de caracterización, fortalecimiento e incorporación de la medicina tradicional a la prestación de los servicios de salud por medio de la participación de grupos organizados.</p> |
| <p>Las políticas de descentralización y de desarrollo social.</p> <p>Mobilización social y política de la población indígena.</p> <p>Revitalización de la Atención Primaria de Salud.</p> <p>Proyecto Finlandia, Extensión de la cobertura en el segundo nivel de atención, MSPAS; OPS/OMS.</p> <p>Extensión de la Protección Social en Salud. MSPAS. OPS/OMS</p> <p>Proyecto ASDI, Modelo integral de salud desarrollado e implementado sobre la base de la rectoría, la participación social y la gestión local. MSPAS, OPS/OMS</p> | <p>Localización: La población indígena vive en todo el territorio nacional en forma dispersa, área rural y urbanomarginal y generalmente se encuentra en poblaciones de menor índice de desarrollo humano.</p> |

| Análisis Estratégico | |
|--|---|
| <p>Fortalezas: Características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Respaldo legal. > Acuerdos de paz: Acuerdo Global sobre Derechos Humanos, Acuerdo sobre Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, Acuerdo sobre Aspectos Socioeconómicos y Situación Agraria. > Comisiones de salud a nivel municipal y departamental. > Guatemala habitada por 25 culturas. > La mayor parte de la población es indígena. > Existe una creciente organización y participación de los pueblos indígenas. > La medicina maya cuenta con un modelo de salud que cura y funciona, es aceptable por la mayor parte de la población. > La creciente demanda de la población indígena por satisfacer sus necesidades básicas. > La descentralización de los servicios de salud necesariamente requerirá de la participación de los pueblos indígenas. > Experiencias anteriores de articulación de medicina tradicional y servicios de salud. > Población sensibilizada y con costumbre de uso de medicina tradicional. | <p>Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas</p> <ul style="list-style-type: none"> > Existe una cultura hegemónica que impone sus formas de atención a la salud. > Falta de voluntad política de las autoridades del Estado relacionadas a salud. > Racismo y discriminación institucionalizada. > Poco presupuesto para el ministerio de salud. > El índice de desarrollo humano es más bajo en la población indígena. |
| <p>Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> | <p>Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Falta de voluntad política. > Racismo y discriminación. > Falta de una mayor inversión presupuestaria pública en salud. > Exclusión social. |



Tabla 2. Retos, factores a considerar, e inequidades (parte 2)

Mapa de localización de los pueblos indígenas en Guatemala

Inequidades

El gasto directo de bolsillo es del 61% del gasto en salud de los hogares. Protección Social en Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2001.

Los departamentos que presentan menor índice de desarrollo humano (0.5) coinciden con aquellos de mayor población indígena. Estudios de Desarrollo Humano, Sistema de Naciones Unidas en Guatemala.

> **Pobreza:** Según Línea Nacional de Pobreza se determinó que el 54,1% de la población se encuentra en condición de pobreza general y el 27,8% sufre de extrema pobreza. Fuente: Informe de Desarrollo Humano 2001. Guatemala: El Financiamiento del Desarrollo Humano. Sistema de Naciones Unidas en Guatemala, Guatemala, 2001.

> **Analfabetismo:** 29,80% índice total en el país Indicadores Básicos de Salud en Guatemala 2001. Desempleo tasa de subempleo y desempleo: La tasa de inflación acumulada a diciembre del año 2000 alcanzó 5,1%, ligeramente superior a la de 1999 (4,9%). De acuerdo a informes del Banco de Guatemala, al mes de diciembre de 2000 la variación interanual de la inflación subyacente fue de 5,0% en comparación con un 8,4% en 1999. Fuente: ASIES, Evaluación Económica 2000.

> **Servicios básicos:** Hogares indígenas el 16,5% son contribuyentes al seguro social y destinan el 9% de ingresos a cuotas del seguro social y 10,9% de

contribuyentes consultan a esa institución. El 45% de la población rural goza de extensión de cobertura en el primer nivel de atención. Protección social en salud, 2002, MSPAS, ASDI y OPS/OMS.

> **Mortalidad infantil:** a nivel nacional: 39,77 x 1.000 NV (Indicadores Básicos de Salud Guatemala 2001, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social).

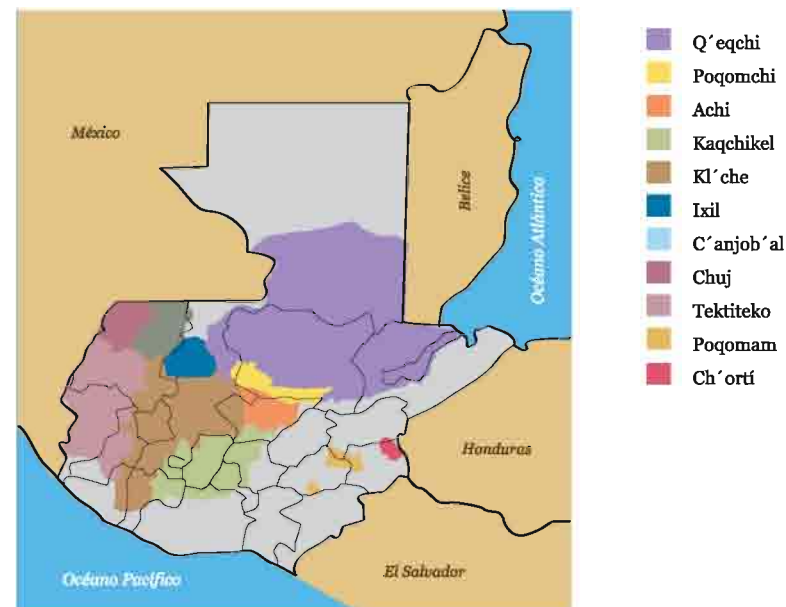
Mortalidad materna: Razón de mortalidad materna a nivel nacional 153,03 RMM x 100.000 nacidos vivos. Razón de Mortalidad Materna en mujeres indígenas 211 RMM x 100.000 nacidos vivos (Informe Final de Línea Basal de Mortalidad Materna para el año 2000, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social).

> **Desnutrición:** la desnutrición crónica es de 67,8% entre los indígenas y de 36,7 entre los no indígenas (OPS, 1999).

> **Enfermedades infecciosas:** Malaria 84,7 x 10.000 habitantes; dengue 4,04 x 10.000 habitantes; neumonías 209,05 x 10.000 habitantes; diarreas 43,51 x 100.000 habitantes; cólera 1,02 x 100.000 habitantes; indicadores básicos de salud en Guatemala 2001, MSPAS. TB 17,64 x 100.000 habitantes; Boletín Epidemiológico 2000, MSPAS.

> **Diabetes, obesidad alcoholismo:** Pendiente la información por parte del MSPAS.

> **Suicidio:** Muertes por suicidio a nivel nacional 412. Indicadores básicos de salud en Guatemala 2001.



Comentarios

Para completar el instrumento de Evaluación del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, capítulo de Guatemala, se obtuvo información del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa del (PMPTA), Asociación de Servicios Comunitarios de Salud (ASECSA), Dr. Rafael Haeussler, consultor independiente; Dr. Carlos Lix, consultor independiente, Base de Datos de OPS/OMS Representación Guatemala; Academia de Lenguas Mayas de Guatemala (ALMG).





Honduras



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Marcos legales | Políticas de Salud | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|--|---|---|---|
| <p>Convenio 169. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Resolución CD37. R5/OPS. Resolución CD40. R6/OPS.</p> | <p>La Política de Salud 2002-2006, define "Mejorar el acceso a servicios de salud, vigilando y reduciendo las inequidades por cualquier razón, (género, pueblos indígenas, condición social, residencia, ocupación, credo político o religioso)".</p> | <p>instancias Gubernamentales / Ministerio</p> <ul style="list-style-type: none"> > Programa Nacional de Atención a las Etnias. > Dirección General de Redes de Servicios Secretaría de Salud. > PRONEEAA > INA > PAPIN (Secretaría de Gobernación y Justicia). > Secretaría de Agricultura y Ganadería (SAG). > Secretaría de Trabajo. > Fiscalía de las Etnias y Patrimonio Cultural. > Ministerio Público. > Comisión de Enlace para Pueblos Indígenas. > Presidencia de la República. > SOPTRAVI. > Nuestras Raíces FHI3. | <p>Información de contacto</p> <ul style="list-style-type: none"> > Dr. Gerardo Medina Tel. (504)236-7995 > Ing. Guillermo Díaz |

Nota: La información presentada es un resumen de un documento más amplio elaborado por el país. Este documento se encuentra en los archivos del Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas en la Sede de la OPS.

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| Convenios del Programa Salud Indígena. | Actas de compromiso secretaría de Salud y Confederación de Pueblos autóctonos de Honduras (CONPAH). |
|---|---|
| <p>Proyectos interinstitucionales/intersectoriales del Programa Salud Indígena.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Proyecto de abastecimiento de agua, letrinas y mejoramiento de vivienda para población Lenca en los departamentos de Intibacá (San Francisco Opalaca y otras), Francisco Morazán (Tribus Totupanes, de la Montaña de la Flor) y Médicos sin Frontera. > Formación de auxiliares de enfermería indígena (Lenca, Chortí, Tolupán, Tawabka, Misquito, Garífuna, Pech). Instituciones participantes: Cooperación Española, Cooperación Sueca (ASDI), organizaciones de base indígena, Secretaría de Salud, OPS. > Construcción de centros de salud. Instituciones participantes: Fondo Hondureño de Inversión Social (FHIS) y Secretaría de Salud. > Eliminación y control de Triatomos en poblaciones indígenas Tolupán, Chortí, Lenca. Abordaje integral para el control de la Enfermedad de Chagas, principalmente en los municipios de San de Sierra, San Francisco de Opalaca, Montaña de la Flor, Copan Ruinas y las tribus tolupanes del Departamento de Yoro. Instituciones participantes: Secretaría de Salud, Cooperación Sueca ASDI, y Médicos sin Fronteras. > Proyecto de emergencia alimentaria 1996. Instituciones participantes: Secretaría de Salud, Programa Mundial de Alimentos, Secretaría de Agricultura y Ganadería. > Proyecto de VIH/SIDA. Instituciones participantes: Secretaría de Salud. > Proyecto de Malaria. Instituciones participantes: Secretaría de Salud, Cooperación Española y Sueca (ASDI). > Proyecto de acción y demostración de Alternativas Sostenibles para el control del vector de la Malaria sin uso de DDT u otro plaguicida persistente. Instituciones participantes: Secretaría de Salud, OPS/OMS, GEF. |
| <p>Proyectos multipaís.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > TCC, Honduras – Nicaragua, en la población miskita. Atención a buzos discapacitados por el síndrome de descompresión medular y establecer la RBC en la zona miskita. Instituciones participantes: Secretaría de Salud, OPS/OMS. > Proyecto Binacional Honduras-Nicaragua sobre salud oral con pueblos indígenas. |
| <p>Foros interinstitucionales/intersectoriales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Grupo Nacional de Trabajo del Proyecto Nacional de Agua y Saneamiento Básico para población Tawabka, La Mosquitia. > I Foro Nacional sobre Interculturalidad y Salud. > Abordaje con los pueblos indígenas y negros con personal institucional de regiones y áreas que cuentan con presencia indígena. > Formación del recurso humano para el abordaje intercultural de la población del departamento de Gracias a Dios. > I Foro de derechos humanos en personas con discapacidad y pueblos indígenas en la Moskitia hondureña. |
| <p>Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas.</p> | <p>Todas las federaciones indígenas, aglutinadas en la Confederación de Pueblos Autóctonos de Honduras (CONPAH).</p> |
| <p>Redes</p> | <p>No existe una red de salud indígena.</p> |



3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|--|---|
| Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud. | En la política y plan de gobierno para el sector salud no se ha incorporado la medicina y terapias indígenas ya que se cuenta con un sistema de salud generalizado y no diferenciado para población indígena. |
| Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional. | Algunas organizaciones religiosas, especialmente las protestantes toman como profano las prácticas tradicionales de salud indígena, además que la cultura foránea no respeta estas prácticas y los ancianos evitan hacer sus ceremonias por lo que con el correr del tiempo se está perdiendo esta cultura. |
| Asociaciones de terapeutas indígenas | No existe, aunque en la cosmovisión de cada pueblo existen redes de terapeutas tradicionales que no son reconocidos por el Estado, como por ejemplo el SIKÁ KAKAIRA (El Botánico), SUKIA (Güta espiritual), SUAYA KAKAIRA (persona que interpreta los movimientos involuntarios del cuerpo), en los pueblos miakitos. |
| Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas) | Becas del gobierno cubano han favorecido a aproximadamente 100 becarios indígenas y afrodescendientes para estudiar medicina en Cuba. Otros han sido beneficiados con becas de la Georgetown University en Estados Unidos. |

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|---|
| Información sobre el perfil demográfico, socio-económico y epidemiológico de los pueblos indígenas. | No se cuenta con un sistema de información diferenciado que capte información sobre salud indígena. |
| Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas, incluye la variable de etnicidad. | No existen. |
| Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país | Ver mapa Anexo (pág. 200) |
| Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud. | En proceso. |
| Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas. | No existen. |
| Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica). | No existe. |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- El trabajo realizado con las poblaciones indígenas y negras de Honduras, como proceso de diálogo, negociación y convergencia, dio inicio en 1994 a la primera movilización llevada a cabo en julio de ese mismo año, en la que participaron Lencas, Tawahkas, Chortí, Tolupán, Pech, Misquitos, negros de habla inglesa y Garífunas. Los puntos puestos en la mesa de negociación con el Gobierno de la República se pueden agrupar en cuatro aspectos básicos:
- > Creación, ampliación y fortalecimiento de los servicios de salud, en el que se considera la construcción, ampliación de obras de infraestructura, equipamiento de unidades prestadoras de servicios, abastecimiento de medicamentos, formación de recursos humanos y nombramiento de personal (médicos generales, auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales, promotores de desarrollo comunal y técnicos de laboratorio.
 - > El saneamiento ambiental se planteó básicamente bajo la demanda de instalación de sistemas de agua y letrización.
 - > Desarrollo de modelos locales y/o tradiciones de salud bajo el concepto de organización e instalación de casas comunitarias de salud y la incorporación de la medicina tradicional en servicios de salud.
 - > Control social de la gestión de los servicios de salud en cuanto a la calidad y calidez de la atención, la creación de estrategias y espacios de regulación.
 - > El esfuerzo desarrollado a sido histórico tanto para el movimiento indígena y negro, como para la Secretaría de Salud, debido a que es un espacio y experiencia emergente que requiere dedicación sistemática disciplinada y voluntad política.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > Necesidad de crear una política nacional de atención a los pueblos indígenas.
- > Necesidad de creación de un foro permanente para la promoción de la salud de los pueblos con enfoque intercultural.
- > Creación de un subsistema nacional de vigilancia de la salud indígena.
- > Levantamiento de un censo nacional indígena.
- > Avanzar en los estudios socioculturales de cada etnia.
- > Diseñar y promover modelos de atención intercultural para pueblos indígenas y negros.
- > Estudios de medicina tradicional.
- > Formación de recursos humanos para el trabajo con los pueblos.
- > Evaluar el impacto del trabajo realizado por el Programa Nacional de Etnias.
- > Organización y establecimiento de opciones de salud, como las casas de salud indígena.
- > Reestablecer la relación entre los pueblos y la Unidad Técnica de la Secretaría de Salud a la luz de una verdadera voluntad política propicia para la negociación y la concertación.

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

- > Capacitación del recurso humano que trabaja el tema de salud dando prioridad a las personas que proceden de los pueblos.
- > Acceso con equidad, prontitud y eficiencia a los servicios de salud de población indígena.
- > Respeto a la identidad cultural.
- > Interculturalidad como eje transversal en todos los servicios de salud indígena.

| Análisis Estratégico | |
|---|---|
| <p>Fortalezas: características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Existencia de un programa nacional de atención de salud indígena. > Disponibilidad de recurso técnico capacitado a nivel de comunidad. > Federaciones indígenas organizadas en una sola confederación de pueblos autóctonos. | <p>Debilidades: aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > No existe una política nacional de salud para pueblos indígenas. > No existe un análisis situacional de los pueblos indígenas. > Las organizaciones representativas de los pueblos indígenas y negros no tienen acceso a financiamiento para la ejecución directa de proyectos de salud. > La reforma a nivel de ministerio de salud que transformó el Departamento de Atención a las Etnias en un programa no fue negociada por lo que generó el retiro de las organizaciones de los pueblos del proceso de salud nacional. > El coordinador del programa no cuenta con el apoyo de las autoridades de la Secretaría de Salud. El programa de etnias no cuenta con un presupuesto que responda a las necesidades y demandas de los pueblos. > Las organizaciones de los pueblos no cuentan con un presupuesto propio para el desarrollo de acciones de salud. > Los pueblos manifiestan desconfianza ante el trabajo de la Secretaría de Salud lo que se convierte en una limitante para la incorporación de los modelos tradicionales en la atención intercultural de la salud. |
| <p>Oportunidades: factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas de la OPS/OMS. > Existencia de un punto focal de salud indígena en la OPS/OMS-Honduras, comprometido con la salud de los pueblos indígenas. > Apoyo de las Universidades UNAH y UPN. | <p>Amenazas: factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Falta de voluntad política en la atención de las demandas de salud de los pueblos indígenas. > Divisionismo entre las organizaciones indígenas generado por la intervención directa del gobierno de turno, como es el caso de los programas PAPIN, del Ministerio de Gobernación y el programa Nuestras Raíces del Fondo Hondureño de Inversión Social del Banco Mundial (FHIS). |



Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Honduras

| Población Nacional | Población Indígena (estimado) | % | Pueblos |
|--------------------|-------------------------------|----|---------|
| 6.194.926 | 743.391 | 12 | 9 |

Tabla 2. Retos, factores a considerar, e inequidades (parte 1)

Desafíos

Estrategias de salud y salud pública deben comprender y abordar los factores estructurales, de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas.

Factores a considerar

> **Localización:** Los pueblos indígenas y etnias de Honduras están diseminados en todo el territorio nacional.

Por lo general, se hallan en zonas postergadas, varias de las cuales son fronteras tanto con relación a las fronteras con los países vecinos, como en las fronteras determinadas por la división política y administrativa del país.

Por ejemplo, los Miskitos y Chortís se hallan formando parte de la frontera con Nicaragua y Guatemala respectivamente, y en el occidente, los Lenca y los Chortí habitan en los territorios fronterizos con Guatemala y El Salvador.

En cuanto a la localización de los pueblos indígenas, de acuerdo a las regiones geográficas, en la costa atlántica se encuentran los Garífunas, negros de habla inglesa, Miskitos, Tawahkas y gran parte de las comunidades Tolupanes y en la zona central se ubican algunas comunidades Tolupanes, Lenca de Francisco Morazán, Pech y Nahuatl en el Departamento de Olancho.

Aproximadamente 50% de estos pueblos habitan en las regiones de bosque de coníferas, 30% en zonas costeras y 20% en reservas ecológicas de bosque latifoliado de la Reserva Tawahca y la Biósfera del Río Plátano.

> Heterogeneidad étnica y cultural:

La población indígena de Honduras se halla distribuida en 9 pueblos culturalmente diferenciados: Lenca (pueblo binacional HOND-ELS), Chortís (pueblos binacional GUT-HON), Tolupanes, Tawahkas, Garífunas, negros de habla inglesa, Pech, Nahuatl y Miskito (pueblos binacional NIC-HON). Estos pueblos son la base del perfil multiétnico, pluricultural y multilingüe de la población de Honduras.

Inequidades

> **Atención culturalmente apropiada:** El acceso a la atención de salud de por sí baja en las áreas rurales, se agrava en las zonas de asentamiento de los pueblos indígenas. Por lo general las comunidades indígenas son dispersas y están localizadas en zonas aisladas, de difícil acceso y fronterizas.

> **Pobreza:** El ingreso promedio mensual por familia indígena US\$40,00. Ingreso promedio mensual por familia en el ámbito nacional US\$82,00.

Tabla 2. Retos, factores a considerar, e inequidades (parte 2)

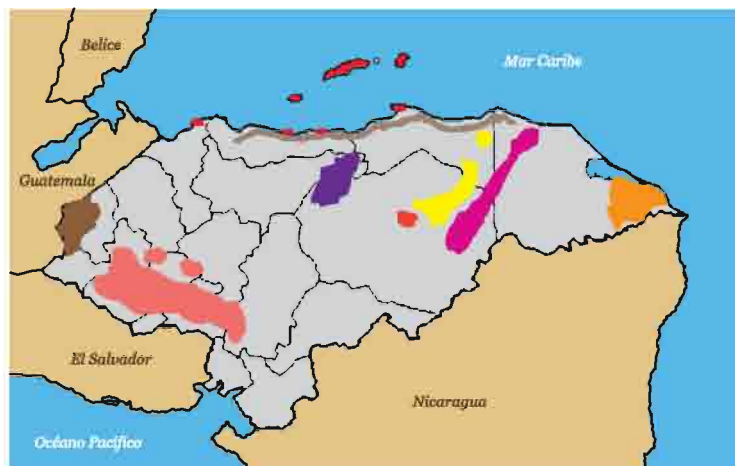
> **Mortalidad Materna:** La tasa de mortalidad materna oscila entre 190 y 255 por 100 mil nacidos vivos en los departamentos con población indígena. El promedio nacional es de 147.

> **Enfermedades infecciosas:** Un estudio efectuado entre el 2000–2001 en 160 mujeres del pueblo garífuna en edad reproductiva encontró 1%

de seropositividad a sífilis, 34% a hepatitis B, 13% positivas al VIH y 9% positivas a otras enfermedades de transmisión sexual. Las regiones 6, 7 y 8, zonas de asentamiento de los pueblos Miskito, Pech, Tawahca y Tolupán, acumulan el 64% de los casos de malaria de todo el país.



Mapa de localización de los pueblos indígenas en Honduras



- Chortís
- Garífunas
- Lencas
- Tawakas o Sumus
- Pech o Payas
- Tolupanes o Xicaques
- Miskitos
- Negros de habla Inglesa
- Nahoas





México

1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas | Información de contacto |
|--|---|---|--|
| Constitución / Políticas Nacionales | Políticas de Salud | Instancias Gubernamentales / Ministerio | |
| <p>Convenio 169 OIT⁴⁴ Resolución CD37.R5 Resolución CD40.R6⁴⁵</p> <p>La Constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional.</p> <p>Artículo 2. La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas.</p> <p>Ley 21/05/2003. Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas.</p> <p>Reglamento Interior Secretaría de Salud. Artículo 25 Fracción VII. Promove el diseño y desarrollo de nuevos modelos de atención en correspondencia con las necesidades y características culturales de la población.</p> <p>Fracción XVII. Dirigir las acciones para la capacitación y sensibilización intercultural del personal del sistema nacional de salud.</p> | <p>2004. Seguro Popular para Pueblos Indígenas, enfocado a satisfacer las necesidades de salud de los indígenas. Proyectos de medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud.</p> <p>Elaboración de propuesta de política de Atención la Salud de Pueblos Indígenas. Proceso de capacitación intercultural a personal en formación en escuelas de medicina y enfermería.</p> | <p>Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas dependiente de la Presidencia de la República.</p> <p>Subdirección de Programas Estratégicos en Áreas Rurales Indígenas, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Secretaría de Salud.</p> <p>Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Secretaría de Salud.</p> | <p>> Lic. Carlos Zolla E-mail: czolla@att.net.x > Dr. Gonzalo Solís Cervantes Los Pinos México, Distrito Federal Tel. (52-55)5651-3199 E-mail: leogonsa@hotmail.com > Lic. Luciano Rangel Castillejos Subdirector E-mail: lescastillejos@salud.gob.mx > Dr. José A. Almáguera González Av. J. M. Vasconcelos 221, 5to. Piso, Col. San Miguel Chapultepec 11850 México D.F. Tel. (52-55)5211-7747 E-mail: medicinamedicinal@salud.gob.mx.</p> |

⁴⁴ El Convenio 169 de la OIT (1986) ha sido ratificado por los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú, Venezuela (OIT, 2004; <http://www.ilo.org/ilolex/spanish/conwspso.htm>)

⁴⁵ Los 35 Estados Miembros de la OPS expresaron su compromiso de priorizar la atención de los pueblos indígenas de las Américas al firmar las Resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997).

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | | |
|---|--|--|
| Convenios del Programa Salud Indígena. | No | |
| Proyectos interinstitucionales/intersectoriales del Programa Salud Indígena. | <p>Nacional: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas. Interinstitucional: Salud, Agua y Saneamiento para disminuir la prevalencia de tracoma en San Juan Cancún, Chiapas. > Campaña por la Diversidad Cultural (CONACULTA, CONAFE, CDI, CONAFO, SSA). > Directrices de Políticas Lingüísticas (INALI, SSA, CONAFE, CONACULTA, CDI).</p> | |
| Proyectos multipaís. | Proyecto conjunto México/Centroamérica/OPS para la atención intercultural de la salud en las comunidades rurales indígenas de México y Centroamérica. | |
| Foros interinstitucionales/intersectoriales. | Grupo Nacional de Trabajo del Proyecto: Salud, Agua y Saneamiento para disminuir la prevalencia de tracoma en San Juan Cancún, Chiapas. | |
| Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas. | No | |
| Redes | No | |

3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|---|--|
| <p>Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.</p> | <p>Las políticas de salud para población indígena establecen la adecuación de los servicios de salud a las características socioculturales de la población, con pleno respeto a las prácticas tradicionales de atención a su salud. Se modificó el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud para establecer la capacitación intercultural a nivel federal y para proponer los modelos de atención a la salud considerando las características culturales de la población. (Art. 25)</p> |
| <p>Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional.</p> | <p>Se han establecido mecanismos de capacitación continua al personal de salud que atiende población indígena con énfasis en las relaciones de la salud intercultural. Se capacita respecto a la medicina tradicional para su reconocimiento como un sistema de salud vigente en regiones indígenas. Se incorporan médicos tradicionales al Consejo Asesor Honorario de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural.</p> |
| <p>Asociaciones de terapeutas indígenas</p> | <p>Se trabaja con organizaciones indígenas de los Estados de Guanajuato, San Luis Potosí, Puebla, Oaxaca, Michoacán.</p> |
| <p>Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas)</p> | <p>Se han establecido tres universidades con énfasis en las relaciones interculturales, para población indígena.</p> |

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|--|---|
| <p>Información sobre el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas.</p> | <p>http://www.equidad.dif.gob.mx/indigenas/index.html</p> |
| <p>Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable de etnicidad.</p> | <p>El sistema nacional de información en salud, liderada por la Dirección de Información de la SSA, está haciendo esfuerzos por incorporar la variable de pertenencia étnica. http://www.salud.gob.mx/unicidades/digecj/sinais/sinais.php</p> |
| <p>Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país</p> | <p>Existen diversos mapas nacionales y regionales donde figura la ubicación de los diversos pueblos indígenas de México. Ver anexo mapa. (pág. 212) http://www.edomexico.gob.mx/sedessem/Mapa%20Pueblos.html http://www.equidad.dif.gob.mx/boletines/detalleBoletines.html?Id_boletin=21</p> |
| <p>Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud.</p> | <p>Existen diversas publicaciones al respecto como: Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México 2002.</p> |
| <p>Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas.</p> | <p>No</p> |
| <p>Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica).</p> | <p>La secretaría de salud de México, a través de: http://www.salud.gob.mx/index_anterior.html (Medicina Tradicional) y del Programa de acción: Salud y Nutrición de los Pueblos indígenas: http://www.ciesas.edu.mx/biblioteca/ http://www.gomaya.com/unmasking_sp/resources1.html</p> |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > El reconocimiento de la medicina tradicional en la Secretaría de Salud y la creación de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural y su ubicación en la Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.
- > Programa de fortalecimiento que incluye la propuesta de un capítulo para la ley general de salud y los lineamientos para la relación entre el personal de salud y los practicantes de la medicina tradicional.
- > El reconocimiento de la medicina tradicional como sistema completo y vigente de atención a la salud.
- > Programa de sensibilización intercultural.
- > La definición de indicadores de evaluación de la calidad desde la perspectiva indígena.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > Marginación, como condicionante de enfermedad.
- > Población en localidades pequeñas y remotas.

- > Dificultades de acceso a los servicios de salud (atención preventiva y curativa).
- > Espacios de salud, equipo y abasto de medicamentos, diseñados desde la visión urbana de los servicios de salud, sin incorporar elementos de la cultura local.
- > Barreras culturales del sistema, de los espacios, de los prestadores y los usuarios. Experiencias de "maltrato" e insatisfacción.
- > Eventos adversos ocasionados por problemas de comunicación derivados del idioma y la diversidad de cosmovisiones respecto a la salud, la enfermedad y múltiples eventos cotidianos.
- > Desconfianza hacia los servicios de salud, por lo que prefieren la atención de personas propias de la comunidad que en muchas ocasiones no cuentan con la capacitación necesaria para la detección de riesgos y complicaciones médicas.
- > Confrontación de la población indígena con la cultura urbana.
- > Usuario desvalorizado y desempoderado.

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

| Análisis Estratégico | |
|---|---|
| <p>Fortalezas: Características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Consenso social e interinstitucional en la promoción de los derechos de los pueblos indígenas fortalecido. > Marco legal que, en el caso de la salud promueve el reconocimiento de la diversidad, la medicina tradicional y una sinergia institucional a favor de la promoción de los derechos humanos y de género, con énfasis en la población indígena. | <p>Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Restricciones presupuestarias, dispersión de la población. > Diferentes códigos culturales y de comunicación entre el proveedor y el usuario de los servicios de salud. |
| <p>Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Consolidación de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. > Descentralización de los servicios de salud, posibilidad de mayor autonomía en la gestión de servicios. | <p>Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas. Desempleo, migración y marginación.</p> |

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de México

| Población Nacional | Población Indígena (estimado) | % | Pueblos |
|--------------------|-------------------------------|-----|---------|
| 105 millones | 12.4 millones | 12% | 62 |



Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 1)

Desafíos

Estrategias de salud y salud pública deben comprender y abordar los factores estructurales, de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas.

> **Localización.** Los pueblos indígenas de México se encuentran dispersos en todo el territorio, la mayoría de ellos concentrados al sur del país.

Existe una tendencia a la migración que ha concentrado pueblos indígenas en zonas urbanas o incluso en el extranjero (Estados Unidos y Canadá).

> **Heterogeneidad étnica y cultural.** En México existen al menos 62 lenguas indígenas con 30 variantes dialécticas.

Una cuarta parte de los indígenas hablan el Náhuatl, seguido del Maya, Otomí, Tzeltal, Tzotzil, entre otros, 17 lenguas tienen cada vez menos hablantes y problemas de reproducción ya que cuentan con menos de 500 HLI.

Atención culturalmente apropiada Se inicia el proceso de reformas al marco legal.

Se promueve la capacitación intercultural para el personal de salud en formación en las escuelas y para el personal en operación de los servicios, así como propuestas de modificaciones a diferentes ordenamientos de la Secretaría de Salud como: Ley General de Salud, Plan Maestro de Infraestructura Física, Reglamento Interior.

Inequidades

El índice de desarrollo humano; el índice de marginación y la medición de la pobreza muestran las diferencias sociales, económicas y de oportunidades que hay en México, configurando un país diverso, heterogéneo, con concentración de la riqueza en el quintil superior y con sectores de población excluidos.

Los estados mas pobres se caracterizan por estar ubicados al sur y tener mayor concentración de población rural e indígena, así como las

enfermedades consideradas como del rezago epidemiológico, como el tracoma.

> **Pobreza:** Los estados mexicanos que concentran proporcionalmente mayor población indígena son: Yucatán (60%), Oaxaca (49%), Quintana Roo (40%) y Chiapas (29%), todos ellos ubicados al sur del país. Considerando números absolutos el estado de Oaxaca tiene a 1,67 millones de indígenas, seguido de Chiapas con 1,14 millones y Veracruz con 1,01 millones. Según los índices de marginación, 487 municipios, donde más del 70% de su población esta conformada por indígenas, son considerados como de alta y muy alta marginación.⁴⁶ Situación que traduce la relación entre pobreza y pueblos indígenas.

> **Analfabetismo:** Los indicadores sociales, económicos, educativos y de salud, muestran diferencias considerables entre la población indígena cuando se comparan con los promedios nacionales, como por ejemplo la tasa de analfabetismo en indígenas llega a 44% mientras a nivel nacional es de 10%.⁴⁷

> **Mortalidad infantil:** La mortalidad infantil en México se calculó para el 2003 en 20,5 por cada mil nacidos vivos. La tendencia en el país en los últimos años ha sido de una continua disminución. En la población indígena la mortalidad infantil es de 43,3 por 1000 nacidos vivos, el doble del promedio nacional.

> **Mortalidad materna:** El 2002 se estimó la mortalidad materna para el país en 6,9 por cien mil nacidos vivos⁴⁸, siendo la brecha entre los estados muy marcada como en Colima donde la mortalidad materna se estimó en 18,9 mientras que en Oaxaca fue de 103,1, es decir 5,5 veces mayor.

El riesgo de morir por causas del embarazo, parto y puerperio es tres veces más alto en una mujer indígena. En Chiapas solo el 21% de los partos se atienden en las instituciones de salud.

> **Desnutrición:** La prevalencia de desnutrición infantil es 58,3%, la deficiencia de hierro en mujeres embarazadas es de 60%.

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 2)

> **Enfermedades infecciosas:** Las enfermedades infecciosas continúan siendo prioritarias en estas poblaciones donde se observa también morbilidad por enfermedades no transmisibles como la diabetes y los problemas circulatorios.

> **Diabetes, obesidad, alcoholismo:** Entre los problemas emergentes en la población indígena se

observa a la diabetes, pero de manera particular el alcoholismo, que está siendo considerado como un problema de salud, que continua causando estragos a la salud de la población indígena.

> **Suicidio:** Los casos de suicidios se están incrementando en adolescentes.

⁴⁶ Programa Nacional de los Pueblos Indígenas (2001-2006). <http://indigenas.presidencia.gob.mx>
⁴⁷ INEGI 1995 en Programa Nacional de los Pueblos Indígenas (2001-2006). <http://indigenas.presidencia.gob.mx>
⁴⁸ Dirección General de Información. Secretaría de Salud, México. 2004



Mapa de localización de los pueblos indígenas en México



LOCALIDADES

- 40% - 69%
- 70% o más

MUNICIPIOS

- Menos de 5.000 indígenas
- Menos de 40% del total de la población y más de 5.000 indígenas
- 40% - 69% de población indígena
- 70% o más de población indígena





Nicaragua

1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales (parte 1)

| Declaración del Decenio de Naciones Unidas. El Convenio 169 de OIT no ha sido ratificado. El Gobierno es signatario de Acuerdos de Durban. Resolución CD 37 R5. Resolución CD40 R6. | Constitución / Políticas Nacionales | Políticas de Salud | Instancias Gubernamentales / Ministerio | Información de contacto |
|---|--|---|---|---|
| | <p>Constitución Política. Artículo 5, Título 1. Principios fundamentales, inciso 3. Art. 91</p> <p>Ley 21. Ley de municipios, Capítulo 1, Arto 63. Organización de consejos municipales con leyes que les corresponden</p> <p>Arto 67. Respeto para comunidades y culturas en tierras autónomas</p> <p>Arto 69. Capítulo 2. Certificación de dirección de comunidades autónomas.</p> <p>Ley 28. Estatuto de Autonomía (1987) y su reglamento (2003). Capítulo 2.</p> <p>Ley 162. Capítulo 6, Arto. 90. Uso oficial de lenguas (1996).</p> <p>Ley 445. Del régimen de propiedad comunal de los pueblos indígenas y comunidades étnicas de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica de Nicaragua y de los ríos Bocay, Coco, Indio y Maíz.</p> <p>Ley 290 de (1998). Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo. Arto 6. Actuación armónica con gobiernos regionales autónomos.</p> <p>Ley 292. Uso de plantas terapéuticas.</p> <p>Resolución Ministerial 7489 de 1989. Creación del Centro de Medicina Natural en Estelí.</p> <p>Decreto 3367. Reconocimiento de la sede del Parlamento Indígena de América.</p> <p>Ley general de salud 292 y su reglamento. Artos 7 (Modelo de atención), 19 (descentralización). Reglamento Artos 60 (Modelo de atención), 63 (fuentes de financiamiento).</p> <p>Otras leyes que favorecen: Ley de pesca, Ley 217 (medio ambiente y recursos naturales), Ley 337 desastres, ley de Educación, Ley de participación ciudadana.</p> <p>Ley de Medicina Tradicional y Terapias Alternativas. Actualmente en proceso de aprobación en la Asamblea Nacional.</p> | <p>Política Nacional de Salud 2004-2015. Política 7. Implementación de estrategias innovadoras en salud en las regiones autónomas de la Costa Atlántica y municipios fronterizos. Plan Nacional de Salud, Objetivo 7. Mejor atención de servicios de salud en las regiones autónomas y sus municipios fronterizos.</p> | <p>> Presidencia. Asesor de asuntos étnicos Asamblea Nacional > Presidente de la Comisión de Asuntos Étnicos. Secretaría del Parlamento Indígena de América > Presidente de la Comisión de Salud Procuraduría Especial de los Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas > Consejo Regional Autónomo RAAN > Presidente de Comisión Salud RAAN > Director Secretaría de Salud RAAN > Asesor de salud de la RAAN > Director del SILAIS > Consejo regional autónomo RAAS > Presidente Comisión Salud RAAS: > Director del SILAIS RAAS Ministerio de Salud Ministro de Salud > Vice Ministro de Salud > Comisión Técnica de Etnicidad</p> | <p>> Dr. Carlos Hurrado 22259261, 2289287 churrado@presidencia.gob.ni > Diputado Leonel Panín 2222380, 2225810 indigena@asamblea.gob.ni > Dr. Guillermo Montenegro, 2224960 > Rev. Norman Bent, 2666597, 2666531 > Juan González, 282 2235 > María Elías Guerrero, 8448970 > Ned Smith, 2822363 > Eddie Mc Donald, 0282 2235 > Reynaldo Hernández, 8517074 reyherman@hotmail.com > Reynold Hodgson, 2227171 08222705 reynold@ibw.com.ni, > Tatiana Guerrero, 0822-0011 tatianaguerrero@yahoo.es > Dr. Donald Jarquín, 8222341 > Dr. José Antonio Alvarado jalvarado@minsa.gob.ni</p> <p>> Lic. Margarita Guddín dmuro@minsa.gob.ni Lic. Benjamín Vidaurre bvdaurre@minsa.gob.ni > Dra. Indiana Herrera, 2894411 indiana@minsa.gob.ni, > Lic. Miguel Medina, 2894411 mmedina@minsa.gob.ni > Lic. Rosario Hernández pna@minsa.gob.ni > Lic. Rosa A Madriz segumadriz@minsa.gob.ni > Dra. Carmen Ma.García > Dra. Fiorella Falla > Dra. Dinorah Corea > Ing. María José Mendoza S. 08386359 > Dr. Hector Collado, 2894202 rhh@minsa.gob.ni > Dra. Ninoska Galeano, 2894401 > Dr. Jaime Hernández, 2894202 > Dra. Aurora Soto, 2897876 preslia@alamuameric.com.ni > Dr. Alejandro Granada, 07322430 > Dr. Dagoberto Bermúdez > Dr. Roger Montez, 07222331 > Dr. Jaime Castro, 06123500 > Dr. Mario Valencia, 06324230, 06322498 direjju@ibw.com.ni</p> |

1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales (parte 2)

| Acuerdos internacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|-------------------------------------|--------------------|--|
| Constitución / Políticas Nacionales | Políticas de Salud | Instancias Gubernamentales / Ministerio |
| | | <ul style="list-style-type: none"> > Dra. María Antonia Tiberino 3412015 silaschi@minsa.gob.ni > Dr. Miguel Valencia, 03116451 silasicon@yahoo.com > Dr. César Flores, 03115082 > Dr. Iván Alemán > Lic. Mercedes Calderón 05222935, 05224532 > Dr. Silvio Martínez, 04534379 s.riv@minsa.gob.ni |

Nicaragua realizó Talleres subnacionales para completar el instrumento de evaluación. La Representación de la OPS/OMS-Nicaragua publicó un documento sobre la evaluación nacional.

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 1)

| | |
|--|---|
| Convenios del Programa Salud Indígena. | <ul style="list-style-type: none"> > Convenio entre OPS/OMS y el Parlamento Indígena de América (desde 1995-2007). > Convenios en la RAAN: Convenio con sindicato de los buzos (en negociación). > Convenio colectivo normativo institucional y laboral entre empleadores y trabajadores del mar. > Convenio de demarcación territorial. > Convenios en la RAAS: Convenio del Consejo Regional con FISE y PRODEC. > Convenios de APRODIN con MINSA (2004-2006), con CEDAPRODE y con NICAAMBIENTAL. > Convenios de IMITRADEC URACCAN con Alcaldías, INATEC, CRAAN, FADCANIC, MECD, Corte Suprema de Justicia de Tlilwi, Procuraduría de Derechos Humanos y Parlamento Indígena de América. |
| Proyectos interinstitucionales/intersectoriales del Programa Salud Indígena. | <p>RAAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Cooperación Austriaca para el Desarrollo (OED); Proyecto de la construcción de los modelos de salud autonómicos Horizonte 3000 Serie de etapas, diagnóstico, plan, implementación. > AMICA con el Banco Mundial: Fondos revolventes para los pescadores artesanales. > AMICA con USAID/DANIDA/CBA Ecoturismo alternativo. > Proyectos de capacitación en derechos humanos, violencia, liderazgo, SIDA, etc., con fondos de la Cooperación Sueca y KEPA Finlandia. > Protección del medio ambiente con MARENA. <p>RAAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Proyecto PROSTILAS (ASDI OPS UNICEF). > Campaña costera contra el SIDA. > Proyectos de Acción Médica Cristiana. > Proyectos MINSA y universidades. <p>APRODIN</p> <ul style="list-style-type: none"> > Proyecto sobre el cuidado a la tierra, reforestación con Fondos de Dinamarca, en Telpaneca. > Proyecto mejoramiento de los suelos y fuentes de agua del municipio de San Dionisio en Matagalpa. > Proyecto sobre derechos humanos, convenios internacionales con fondos OIT. > Plan en Salud 2004-2005. |
| Proyectos múltiples. | <p>RAAN:</p> <ul style="list-style-type: none"> > OPS/OMS: TOC: Discapacidad de Buzos con Honduras/Nicaragua. > OPS/OMS: TOC: Salud oral en comunidades Miskito Honduras/Nicaragua. |
| Foros interinstitucionales/intersectoriales. | <p>RAAN</p> <ul style="list-style-type: none"> > Consejo regional de salud 2x por año. Instancia representativa sociedad civil, Gobiernos Municipales, comisiones comunitarias, líderes, directores municipales del MINSA, médicos tradicionales, discapacitados, pastores, Universidades. > Comisión de salud. MECD. > Foros sobre medicina tradicional. |

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 2)

| | |
|--|--|
| <p>Foros interinstitucionales/intersectoriales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Foro sobre autonomía, salud y descentralización. RAAS > Asambleas comunitarias. > Foros sobre autonomía, salud y educación. APRODIN > Encuentro Nacional sobre agua y saneamiento ambiental en pueblos indígenas y comunidades étnicas. > Precongreso de los Pueblos Indígenas. > 2 foros del Movimiento de Mujeres Indígenas de las Segovias. > Foro sobre Etnomapeo y VIII censo de población y IV de vivienda. > Foro sobre plan nacional de salud. > Foro sobre convenios internacionales de los Pueblos Indígenas. MINSA > Foro sobre Grisi siknes (enfermedades culturales). > Reunión de evaluación nacional del decenio de salud de pueblos indígenas. > Foro sobre Medicina Tradicional. Parlamento Indígena de América > Siete foros territoriales y temáticos de consulta al anteproyecto de ley de medicina tradicional y terapias alternativas. |
| <p>Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas.</p> | <p>RAAN: Acción Médica Cristiana, Salud sin Límites, Horizonte 3000, CEDERQUA, Cruz Roja, ALISTAR, Clínica Bilwi, IDSIM Iglesia Morava) Santa Martha, Programa Vicariato Apostólico, Save the Children Canadá, Organización de ciegos Maricela Toledo, Movimiento de Mujeres (cristianas, Nidia White, Nora Astorga, Paula Mendoza)</p> <p>RAAS: Cruz Roja, Acción Médica Cristiana, Movimiento de Mujeres, URACCAN, BICU, Auxilio Mundial, Cuerpo de Paz</p> <p>APRODIN: Asociación Esperanza del Futuro en Elvas.</p> |
| <p>Redes</p> | <p>RAAN: MASAKU, URACCAN, IMITRADEC, AMICA, Movimiento de Mujeres Nidia White</p> <p>RAAS: YACAMA, AMICA, MIRAAS</p> <p>APRODIN: Consejos Regionales de Pueblos Indígenas Pacífico Centro Norte, Pueblos Indígenas ubicados en ambas regiones.</p> |

3. Atención primaria de la salud e interculturalidad (parte 1)

| | |
|---|--|
| <p>Políticas que promuevan la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.</p> | <p>Las actuales políticas sectoriales de salud incluyen la implementación de estrategias innovadoras en salud en las regiones Autónomas del Atlántico. Se plantea como reto la modalidad de atención en correspondencia con la actuación local y las características étnicas y culturales. El fortalecimiento de la atención primaria en salud se orienta hacia el fomento de la participación activa y consciente de producir salud en los hogares y la comunidad, incorporando las distintas prácticas alternativas de medicina tradicional.</p> <p>En las regiones autónomas se destacan el modelo de salud RAAN, y el modelo de salud del pueblo mayagna</p> <p>La propuesta de ley de medicina tradicional y terapias alternativas tienen como objetivo la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en el sistema nacional de salud.</p> |
| <p>Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional.</p> | <p>Atención de pacientes con mordedura de víboras; algunos casos donde la atención al parto se brinda por parteras y médicos occidentales, en el cuidado de salud a la madre y al niño reduciendo el riesgo de muertes maternas. Existen algunas experiencias aisladas en el tratamiento de patologías atendidas por los médicos y los salúas.</p> <p>Un modelo de experiencia de armonización es la atención de la situación de <i>Krisis Siknis</i> en la rivera del río Coco entre Sukias y Médicos Occidentales especializados en Salud Mental del MINSA Central.</p> <p>Experiencias de trabajo de ONGs, implementando modelos de atención con enfoque intercultural, como los presentados por Acción Médica Cristiana y proyectos impulsados por Horizonte 3000 (particularmente en el desarrollo del modelo de salud de la RAAN y Mayagna).</p> <p>La Cruz Roja implementa el proyecto de AIEPI comunitario y promoción de la salud, intercambiando experiencias con Cruz Roja Americana, Holandesa, Cruz Roja Nicaragüense y Hondureña, MINSA y OPS. Se produce material educativo en lengua miskita validado por las comunidades.</p> <p>El Ministerio de Trabajo ha realizado acciones para reducir riesgos laborales de buzos Miskitos, formando promotores y promoviendo medidas legales. El MINSA con apoyo de OPS, en el marco de proyecto TCC con Honduras y Nicaragua ha publicado material educativo en miskito para prevenir problemas del buceo.</p> <p>OPS/OMS Nicaragua en conjunto con sus contrapartes del Ministerio de Salud ha desarrollado varias actividades en el contexto de APS e interculturalidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> > elaboración de cartillas sobre dengue en creole, miskitu y mayagna. > proyecto AIEPI Comunitario en Waspan. > escuelas promotoras de la salud en 11 comunidades indígenas de Matagalpa. > capacitaciones en Atención Primaria Ambiental a organizaciones indígenas. > proyectos de agricultura sostenible sin plaguicidas. > acciones para abordar la violencia intrafamiliar y el suicidio. > eventos internacionales sobre medicina tradicional, desegregación de información por etnicidad, salud de poblaciones afrocaribes, salud ambiental indígena, adecuación cultural de normas de tuberculosis. |
| <p>Asociaciones de terapeutas indígenas.</p> | <p>No se conocen asociaciones de terapeutas indígenas en las regiones del Atlántico. Recientemente se instauró la Asociación de Medicina Tradicional en Sutiaba.</p> |

3. Atención primaria de la salud e interculturalidad (parte 2)

URACCAN, con cobertura en RAAN y RAAS desarrolla programa de formación de recursos humanos a nivel comunitario, los estudiantes realizan investigaciones en comunidades, mediante becas apoyan a jóvenes de distintas comunidades. El Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario tiene como objetivo revitalizar y promocionar el uso de la medicina tradicional.

Ha realizado cursos sobre gestión en salud comunitaria, técnico superior en enfermería, licenciatura en enfermería, maestría en salud pública intercultural, que son diplomados para promotores con mención en VIH/SIDA, beneficiando a municipios de Shima, Kosita, Bilwi, Waspam y Río Coco.

La *Escuela de Enfermería* MINSA-BICU en la RAAS, (desde 1980) tiene programa de formación de auxiliares de enfermería, enfermeras profesionales con mención en gerencia y comunitaria, auxiliares de laboratorio, técnicas quirúrgicas.

Los estudiantes realizan prácticas educativas, atención en salud, trabajo en redes, jornadas de salud y coordinación intersectorial.

Brindan becas a los estudiantes.

Cuba ha dado becas para estudiar medicina, a través de las regiones autónomas, para jóvenes Miskitos. OPS realizó diplomado en salud en el desarrollo (2003) que incluyó módulo sobre etnicidad y salud. Otorgó becas a estudiantes del Atlántico y Pacífico Centro Norte.

Apoyó algunas capacitaciones a APRODIN y la participación en eventos fuera del país.

En el área de *investigación*, recientemente POLISAL Managua, Jinotepé, esta vinculando el trabajo de las estudiantes de Enfermería en Salud Pública con pueblos indígenas de Nancimi y Salinas de Nagualapa.

Se han recibido becas para recursos indígenas de Salinas de Nagualapa y Nancimi para el Diplomado sobre atención prenatal.

Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas).

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia (parte 1)

Información sobre el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas.

No se disponen de estudios oficiales. Las principales aproximaciones sobre la salud de las regiones autónomas se obtienen de los datos RAAN/RAAS de las INDESA y de las estadísticas sanitarias del MINSA para estas regiones. OPS/OMS realizó un análisis de las variables demográficas socioeconómicas, de acceso y de salud incluidas en las encuestas nacionales de demografía y salud (ENDESA) y de medición de nivel de vida (EMNV) según los distintos grupos étnicos, el cual ha sido recientemente publicado y disseminado.

OPS/OMS en conjunto con CIES y APRODIN realizó la compilación bibliográfica de estudios nacionales relativos a salud de los pueblos indígenas, encontrando más de 100 trabajos. Actualmente en progreso.

OPS/OMS en conjunto con URACCAN realizó encuesta sobre salud de comunidades participantes.

URACCAN ha publicado varios trabajos sobre la situación de salud, por ejemplo, "La situación de salud de los buzos en Bilwi", "Conocimientos, creencias y prácticas de los agentes tradicionales sobre las enfermedades más frecuentes del Río Coco Abajo, Waspam".

Sistemas de información, monitoreo, evaluación de la salud de los pueblos indígenas. Incluye la variable de etnicidad.

> Recientemente (enero 2004) el MINSA incorporó la variable de pertenencia étnica a los sistemas de registro del sistema de salud, permitiendo analizar la prestación de servicios, cobertura, nacimientos y mortalidad en el futuro próximo.

> El sistema de información acorde a los modelos de salud de las regiones autónomas y mayagra está en proceso de consolidación.

> Existe propuesta de adecuación del SICO.

> El SIAR, Sistema de Información Ambiental y Regional contempla indicadores relacionados con medicina tradicional, salud, educación y recursos naturales.

Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país.

Está disponible el Mapa de Regiones Indígenas de Nicaragua (Actualización de mapa de Native Lands, National Geographic, URACCAN, con apoyo de OPS/OMS y APRODIN).

Mapa del pueblo indígena de Ramacay, en la RAAS.

Mapa de los pueblos indígenas Matagalpa, San José de Cusmapa, Mozonte, Telpaneca. Ver mapa Anexo (pag. 233)

Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y mantenimiento y restauración de su salud.

> OPS/OMS en conjunto con el MINSA, MIN y APRODIN realizaron estudios de línea basal en salud, cosmovisión e identidad cultural de las étnias de ascendencia Nahoas, Chorotega, Xiu, Cacaopera, Miskitos, Mayagnas y afrocaribeñas en el periodo 1998-2000, el cual fue recientemente publicado y disseminado.

> IMTRADEC y URACCAN tienen algunos estudios

> Están disponibles líneas basales de salud y planes de salud de los pueblos indígenas ubicados en la coordinadora Chorotega, Diriangen y Nicaragua.

> Diagnóstico comunitario de Nancimi, Salinas de Nagualapa y San Juan de Oriente.

> Diagnóstico de 11 escuelas indígenas de Matagalpa, caracterización del territorio Cacaopera.

| | |
|---|--|
| Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas. | No existen publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas. |
| Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica). | OPS Nicaragua: Página web sobre el tema de salud de pueblos indígenas. |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > El gobierno de Nicaragua es signatario de los Acuerdos de Durban y se ha iniciado el proceso de monitoreo a estos acuerdos.
- > Existe un marco jurídico amplio que reconoce los derechos de los pueblos indígenas a autonomía, lenguas, territorios, educación y salud.
- > Existen avances del gobierno en la atención de los pueblos indígenas y comunidades étnicas.
- > Se ha iniciado el proceso de apertura del Estado y la sociedad hacia la salud de los pueblos indígenas.
- > Existe reconocimiento e institucionalización del modelo de atención de salud de las regiones autónomas.
- > El Ministerio de Salud ha establecido un punto focal para la atención especial y facilitación de la implementación de la política nacional de salud en zonas con población indígena.
- > Se ha avanzado en la propuesta de ley de medicina tradicional y terapias complementarias, actualmente en la Asamblea Nacional.
- > Se ha garantizado la participación de las Regiones Autónomas en el Consejo Nacional de Salud.
- > En términos generales ha habido importantes avances para la implementación de la Atención Primaria de Salud con un enfoque cultural incluyendo la formación de recursos humanos y la investigación.
- > Se reconocen algunos esfuerzos para la recopilación, edición, difusión y diseminación bibliográfica sobre medicina tradicional y más recientemente, en etnicidad y salud.
- > Se reconoce el aporte de OPS/OMS en este tema.

> Se ha actualizado el mapeo de las regiones indígenas de Nicaragua y en forma específica, en el etnomapeo del pueblo indígena Ramacay, Awastigni e iniciado el proceso en Prinzapolka.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > El Plan Nacional de Desarrollo no incorpora la estrategia de desarrollo desde la visión de los pueblos indígenas y comunidades étnicas; se reitera la falta de voluntad política hacia los pueblos indígenas y el desconocimiento generalizado acerca de los Objetivo del Desarrollo del Milenio. Falta priorizar la salud de pueblos indígenas y gestionar más apoyo.
- > Modelo de atención oficial no toma en cuenta las particularidades y cosmovisión de los pueblos indígenas.
- > Falta definir como fortalecer el sistema de medicina tradicional, como validar las intervenciones, crear mecanismos adecuados para el reconocimiento oficial y establecer planes claros al respecto.
- > El principal problema de salud es la extrema pobreza y pobreza en los pueblos indígenas, la degradación del medio ambiente, la inequidad en el desarrollo y la salud, el trabajo infantil, la falta de educación y la falta de integración de la medicina tradicional al modelo oficial.
- > Inaccesibilidad de los servicios, la persistencia de barreras lingüísticas, sociales y económicas y la falta de programas y proyectos específicos. Como problemas específicos de salud se reportan la desnutrición, la mortalidad infantil, la mortalidad materna, los problemas de salud de las madres, el VIH-SIDA/ITS y la drogadicción.

- > Poco desarrollo de los recursos humanos con capacidad intercultural para atender a las comunidades indígenas.
- > Aún no se definen mecanismos para la participación social de los entes tradicionales.

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

- > Preparar el documento de ratificación del Convenio 169 de la OIT y que se someta la propuesta para la firma antes de que finalice el decenio en diciembre de 2004.
- > Establecer una política nacional para el desarrollo de los pueblos indígenas y comunidades étnicas del país y hacer esfuerzos nacionales para incrementar las asignaciones presupuestarias.
- > Promover el respeto a la autonomía administrativa de los pueblos indígenas con relación a los recursos naturales.
- > Fomentar estrategias y acciones intersectoriales para reducir el trabajo infantil y ampliar coberturas de educación primaria intercultural.
- > Profundizar el proceso de descentralización.
- > Incorporar el enfoque intercultural y de género en los programas que promueve el MINSa y el gobierno de Nicaragua.
- > En las regiones autónomas están reconocidos los modelos de atención, sin embargo se demanda compartir la coejecución del modelo de atención y que el MINSa acompañe el proceso de fortalecimiento de las regiones autónomas y considere la

atención a todos los pueblos indígenas del país, a través de una adecuación intercultural del modelo actual.

- > Establecer mecanismos que faciliten tener representatividad de los pueblos indígenas y comunidades étnicas en instancias nacionales, por ejemplo en el Consejo Nacional de Salud.
- > Respetar la identidad cultural, sabiduría indígena, espiritualidad y conocimiento de la medicina tradicional, y hacer promoción y rescate del conocimiento autóctono y tradicional. El gobierno y sus instituciones deben practicar la flexibilidad y tolerancia y avanzar hacia la integración de los modelos.
- > Incluir explícitamente el tema de salud de pueblos indígenas como una función de los SILAIS. Crear una instancia en el proceso de definición y validación de normas y procedimientos para ser partícipes y proactivos, garantizando el enfoque intercultural.
- > Formular un plan integral de formación de recursos humanos con enfoque intercultural.
- > Incorporar la red comunitaria indígena (consejos de ancianos, alguaciles) a la red de agentes comunitarios y reorganizarla como una sola red que se corresponda con la necesidad de estos pueblos, en cumplimiento con la LGS.
- > Promover un programa de capacitación y abogacía sobre derechos humanos y derechos indígenas.
- > Difundir las Metas del Milenio asumidas por el país en distintos niveles, incluyendo la traducción a todas las lenguas del país.
- > Difundir las políticas sectoriales de salud y el plan nacional de salud en todas las lenguas del país, en una forma apropiada.

| Análisis Estratégico | |
|--|---|
| <p>Fortalezas: Características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Marco legal dado por la Constitución de la República. Las leyes y políticas favorecen a los pueblos indígenas y contribuyen a la institucionalización de los procesos, al avance de la descentralización y la creación de espacios de diálogo. > Apertura del Ministerio de Salud para implementar un enfoque intercultural. > El Consejo Nacional de Salud es un espacio de diálogo y participación de las comisiones de salud regionales. > Coordinación de los pueblos indígenas del Pacífico Centro y Norte con el Ministerio de Salud y existen municipios que incorporan representantes indígenas en los consejos locales y municipales. > Existe capital humano en salud indígena con voluntad política y de trabajo con los SILAIS. > La organización de los sindicatos de buzos permite avanzar en el abordaje de los problemas de salud ocupacional específica. > Las mujeres indígenas se encuentran en proceso de organización a nivel local y tomando decisiones en los consejos regionales de pueblos indígenas. > Ancianas indígenas están organizadas y participan en consejos de ancianos. > Modelo de salud de la RAAAN aprobado por el Consejo Regional RAAAN y reconocidos en la Ley General de Salud. > URACCAN y BICU forman recursos humanos comunitarios. > Los médicos tradicionales gozan de mayor reconocimiento y aceptación y existe mayor apertura de diálogo. | <p>Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Insuficiente compromiso político y apertura de parte del Estado y sus instituciones. > Falta de apropiación conocimiento de los acuerdos contraídos en distintos niveles y ámbitos y falta de mecanismos de monitoreo y seguimiento a los acuerdos asumidos. > Falta de convencimiento y aceptación de parte del Estado hacia la descentralización de las Regiones Autónomas. > Limitada aplicación del marco legal vigente. > Falta de consolidación de los gobiernos regionales. > No existe autonomía en los territorios indígenas de los pueblos originarios: alcaldes y concejales abusan del poder violentando el derecho de los pueblos indígenas. > Inequidad en las prioridades nacionales. > Recursos financieros limitados para atender las necesidades de los pueblos indígenas. > Barreras económicas, financieras, culturales y funcionales en el acceso a los servicios de salud. > Mayor discriminación hacia las mujeres indígenas. > Falta de conocimiento sobre las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas. > Invisibilización del aporte de las mujeres indígenas en el proceso de desarrollo de los pueblos indígenas y en el país. > Falta de integración de los Consejos de Salud Indígena a los Consejos de Salud Departamentales y Nacional del MINSa. |



Análisis Estratégico

- > Experiencias en la complementariedad de los sistemas de salud, en el cuidado de salud en distintos temas y localidades.
- > Escuelas indígenas saludables y planes educativos interculturales.
- > Trabajo intersectorial con énfasis en la promoción de la salud.
- > Perspectiva ambiental incorporada en prácticas de cuidado ambiental y de producción sin uso de plaguicidas.
- > Visibilización de los pueblos indígenas de las Regiones del Pacífico Centro Norte.
- > Mapa de regiones indígenas.
- > Limitadas capacidades técnicas del personal de salud acerca de enfoque intercultural.
- > Poco apoyo institucional al desarrollo del modelo de salud autónomo.
- > No hay atención integral adecuada a los buzos miskitos.
- > En cuanto al abordaje de la medicina tradicional, falta de una estructura como URACCAN en la RAAS y en el Pacífico.
- > Carencia de profesionales indígenas en salud.
- > Alto índice de analfabetismo en comunidades indígenas, especialmente entre las mujeres.
- > Falta de continuidad en las autoridades indígenas en las juntas directivas de los consejos de salud.
- > Limitada consolidación de la unidad nacional indígena. Cada consejo regional de pueblos indígenas trabaja en su propia agenda. El Movimiento Indígena de Nicaragua MIN/CICA actualmente es representado a nivel internacional. Faltan vínculos con el trabajo comunitario.

Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Existencia de marco jurídico internacional y nacional que tutela los derechos humanos de los pueblos indígenas.
- > Espacios de diálogo en instituciones del Estado a nivel municipal, departamental y nacional.
- > Procesos de demarcación territorial para asegurar la tenencia de la tierra.

Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Falta de ratificación del país al Convenio 169 de la OIT.
- > Marco jurídico disperso y obsoleto que lesionan los derechos de los pueblos indígenas y aumenta las brechas de inequidad
- > Desinterés del gobierno para apoyar la implementación de las leyes.
- > Incumplimiento de las leyes nacionales en el marco del respeto de los derechos indígenas.
- > Fanatismo político.

Análisis Estratégico

- > Enfoque intercultural como eje transversal de la reforma de la salud y como elemento dinámico en la implementación de la Ley General de Salud, la política sectorial y el plan nacional de salud.
- > Reconocimiento de las autoridades regionales y apertura de una Secretaría de Salud del Gobierno Regional.
- > Ley General de Salud, que reconoce la participación indígena en los consejos de salud local, municipal, departamental y nacional.
- > Apertura del MINSA, convenio de colaboración con APRODIN y acuerdos con las Regiones Autónomas.
- > Cuerpo de médicos tradicionales.
- > Universidades del Pacífico UNAN-Managua, UNAN León, POLISAL, CIES como referentes para promover el trabajo con pueblos indígenas y mejorar la formación de recursos humanos.
- > Inclusión apropiada de la variable de pertenencia étnica en el próximo Censo Nacional y Encuestas Nacionales.
- > Empoderamiento de los pueblos indígenas.
- > Riquezas naturales de las regiones autónomas y de los pueblos indígenas.
- > Solidaridad de la cooperación internacional.
- > Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas de la OPS/OMS.
- > Ingerencia política de los gobiernos locales agudiza los conflictos de los pueblos indígenas, limitando el desarrollo comunitario y la autonomía.
- > Ausencia de enfoque intercultural en la planificación programática del gobierno lo que determina, desempleo en las comunidades indígenas, fomento de turismo en áreas protegidas indígenas, ausencia de una estrategia de atención a pueblos indígenas, rigidez de parte de instituciones gubernamentales, los cambios de autoridades y la falta de monitoreo de los acuerdos y actividades.
- > Desestabilización de procesos autonómicos en marcha y la falta de avance en los procesos de descentralización.
- > Falta de atención en la RAAS amenaza por la división de los territorios: El Ayote, Nueva Guinea, Rama y Paiwas que solicitan organizarse como departamentos.
- > Despojo y desalojo de familias indígenas de tierras que pertenecen a los territorios indígenas por terratenientes, gobierno y otras entidades fomentan hambruna, morbilidad e inseguridad alimentaria y familiar
- > Falta asesoría jurídica de la Procuraduría de Derechos Humanos en la resolución de conflictos con los gobiernos relacionados con la usurpación de territorios indígenas.
- > Abuso de poder de las alcaldías y concejales en detrimento de los derechos de los pueblos indígenas.
- > La rotación y fuga de recursos humanos, la falta de actualización de la curricula en temas de etnicidad, y la falta de recursos humanos en estadísticas.
- > Riesgo de que la participación sea pasiva y no permita la toma de decisiones de los pueblos indígenas lo cual limita el desarrollo comunitario.
- > Abolición de la pesca artesanal por buceo dado el alto riesgo laboral que conlleva pero que dejaría a muchos trabajadores miskitos sin empleo.
- > Cambio climático afecta los cultivos y aumentando el riesgo de hambre y desnutrición.



Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Nicaragua

| Población Nacional | Población Indígena (estimado) | % | Pueblos |
|--------------------|-------------------------------|-----|---------|
| 5.407.831 | 448.850 | 8,3 | 9 |

Fuente: Mapa de las Regiones Indígenas de Nicaragua, 2004.

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 1)

Desafíos

Las estrategias de salud y salud pública deben comprender y abordar los factores estructurales, de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas. Deben impulsarse estrategias que apunten a:

- > Desarrollo de políticas intersectoriales para pueblos indígenas.
- > Cumplimiento de la legislación y ratificación de acuerdos pendientes.
- > Adecuación del modelo de salud con enfoque intercultural.
- > Integración de la medicina tradicional al sistema de salud.
- > Formación integral de recursos humanos.
- > Visibilización y generación de evidencias.

Factores a considerar

> **Localización:** Las comunidades étnicas afrocaribes (miskitos, mayagnas, creoles, ramas y garífonas) se concentran en la Región Atlántica del país, caracterizada por una muy baja densidad

poblacional, alta dispersión geográfica y baja accesibilidad geográfica a servicios básicos.

La población miskita se ubica en Nicaragua y Honduras, a ambos lados del Río Coco o Wangki.

Los pueblos indígenas originarios de ascendencia Nahuatl, Cacaopera, Chorotega y Hokan Xiu, se distribuyen en 8 de los 17 departamentos del país y en 35 municipios (23% del total).

La mayor proporción se ubica en los departamentos de Matagalpa, León, Masaya y Madriz. En términos de localización, 100% de Ramas, 61,6% de Miskitos y 90% de Mayagnas vive en zonas de alto riesgo de desastres naturales, en comparación con el 31,8% del promedio del país.

> **Heterogeneidad étnica y cultural:** Nicaragua es una nación multiétnica y pluricultural, en la que las comunidades étnicas representan entre el 8 y 9% de la población del país.

Existen nueve comunidades étnicas, cinco en el Atlántico (Miskitos, Mayagnas, Creoles, Ramas y Garífonas) y cuatro en el Pacífico, Centro y Norte del país (Nahuatl, Cacaopera, Chorotega y Hokan Xiu). Las lenguas de estas comunidades son reconocidas oficialmente como lenguas oficiales.

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 2)

> **Atención culturalmente apropiada:** En la Región Autónoma del Atlántico Norte se ha definido el modelo de atención propio, al igual que el modelo de atención del pueblo mayagna. Existe reconocimiento legal e institucional de los Consejos Regionales de Salud.

Existe un proyecto de ley de medicina tradicional y terapias alternativas que promueve la integración de la medicina tradicional al sistema de salud. Si bien existen experiencias específicas de integración a nivel local, el desarrollo aún es muy incipiente.

La política sectorial de salud y el plan de salud (2004-2015) plantean un marco favorable para el trabajo en las regiones autónomas y el reconocimiento de la interculturalidad.

Inequidades

> **Pobreza:** El análisis de las encuestas nacionales más recientes sobre demografía, salud y medición de condiciones de vida (2001) permite vislumbrar las diferencias socio económicas: por ejemplo el 70% de los miskitos son pobres en comparación con el 43% del resto del país.

Comparando los ingresos anuales per cápita por etnia con el promedio de país, encontramos que para las comunidades étnicas el ingreso es muy inferior al per cápita del país (38% para Mayagnas, 54% Creoles, 59% Miskitos, 64% Ramas). El índice de dependencia es de 68,3% para Creoles y 35,9% para Miskitos, en contraste con el 26,5% del país.

> **Analfabetismo:** El analfabetismo en jefes de familia afecta al 34% de Miskitos, 65% de Mayagnas (versus 28,8% del país). La exclusión escolar para niños en edad preescolar afecta al 71% de Creoles, 75% de Mayagnas, 81% de Miskitos y 100% de Ramas en contraste con el 53% reportado para el país. En la educación primaria afecta al 25% de Miskitos y 50% de Ramas, en contraste con el 13,9% del país. En la educación secundaria, el 65,2% de Mayagnas están excluidos en comparación con el 38,9% reportado por el país.

> **Desempleo:** El subempleo afecta al 83% de Creoles, 71,2% de Miskitos, 90,4% de Mayagnas, 100% de Ramas (versus el 54% del país). Se reporta inseguridad laboral para el 46,2% de Mayagnas, 50% de Ramas y 19,5% de Miskitos (versus 11,6% del país). Existe baja productividad de los hogares en el 56,9% de Miskitos, 64,4% de Mayagnas y 100% de Ramas (versus 33% del país).

> **Servicios básicos:** El hacinamiento afecta al 61,9% de Miskitos versus 38,1% del país; las malas condiciones de vivienda afectan al 71% de Miskitos, 82,4% de sumos versus el 65% del país. No tienen servicios higiénicos el 54,6% de Miskitos, 53,7% de Mayagnas y 100% de Ramas en contraste con el 13,8% del país. El mal abastecimiento de agua afecta al 58% de Miskitos, 69,4% de Mayagnas, 100% de Ramas, en comparación con el 19,3% del país. No tienen servicio de luz eléctrica el 62% de Miskitos, 90,4% de Mayagnas, 100% de Ramas versus 27,8% del país. El acceso a servicios básicos es un gran problema, por ejemplo la distancia promedio a unidades de salud es de 8,8 km para Miskitos, 15,7 km para Mayagnas, 22,5 km para Ramas versus 3 km para el país. De igual forma la distancia a escuelas es de 2 km para Miskitos, 3,1 para Mayagnas, 3,3 km para Ramas, en contraste con 0,9 km como promedio de país. El 47,5% de Miskitos tienen vías no accesible en invierno (27,3% país) y en las comunidades afrocaribes en general se han mejorado menos de 1,4% de vías de acceso en los últimos años en contraste con el 17% reportado como promedio de país.

> **Mortalidad infantil:** La mortalidad infantil en las regiones del Atlántico es 43% más alta que en el promedio de país (incrementos similares tanto para la neonatal como post neonatal). La post neonatal es 50% más alta en la RAAN. En general, la tasa de mortalidad en la niñez es 33,3% más alta para ambas regiones del Atlántico. El 55,7% de niños Miskitos y 100% de Ramas no tienen acceso a controles para el crecimiento y desarrollo versus 24,6% del país. El 39% de niños atendidos por MIFAMILIA en Waspam y Biwi tenían esquemas incompletos de vacunas.



Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 3)

> **Mortalidad materna:** La mortalidad materna en las regiones autónomas que concentran a las comunidades étnicas presenta cifras superiores a los 200 por 100.000 nvr, en contraste con el 96,6 por 100.000 nvr reportado como promedio de país en 2002.

Las comunidades étnicas reportan menos acceso a servicios de planificación familiar, control pre natal y atención del parto. Por ejemplo, el 29,3% de madres Miskitas no tuvieron acceso a control pre natal versus 12,3% del promedio de país, el 57,4% no tuvieron partos institucionales versus 27,7% del país.

> **Desnutrición:** La desnutrición crónica afecta al 33,7% de los niños Miskitos y 100% de Ramas versus 19,6% del país. La desnutrición global afecta a 12,8% de Miskitos versus 8,9% de país.

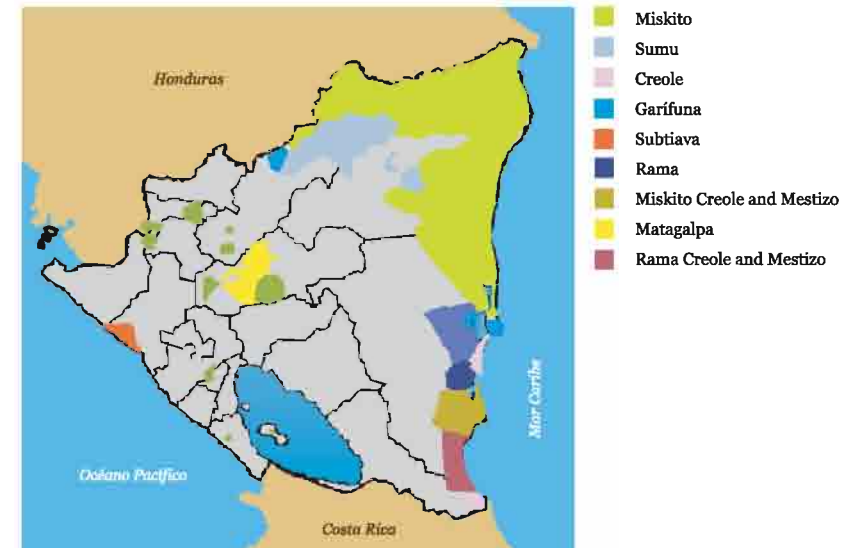
Las comunidades Miskitas solo consumen el equivalente al 70% del consumo alimentario per cápita promedio del país, el 49,8% no cubren la canasta básica versus 34% de país.

> **Enfermedades infecciosas:** Se reporta mayor incidencia de malaria falciparum y tuberculosis en las regiones indígenas del Atlántico. Más del 90% de casos de malaria por P Falciparum se concentran en 24 municipios con población indígena.

> **Diabetes, obesidad, alcoholismo:** Alcoholismo y drogadicción se mencionan como parte de los problemas de salud prioritarios en el Atlántico. Sobre diabetes y obesidad aún no tenemos datos.

> **Suicidio:** No tenemos datos.

Mapa de localización de los pueblos indígenas en Nicaragua





Panamá



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos Internacionales | Constitución / Políticas Nacionales | Marcos legales | Políticas de Salud | Instancias Gubernamentales / Ministerio | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas | Información de contacto |
|--|---|---|---|--|---|-------------------------|
| Resolución CD37.R5. Resolución CD40.R6. | Ley No. 16 del 19 de febrero de 1953 que crea la comarca Kuna Yala. Ley No. 22 del 8 de noviembre de 1983 que crea la comarca Emberá Wounaan. Ley No. 24 del 12 de enero de 1996, que crea la Comarca de Madugandi. Ley 10 del 7 de marzo de 1997, que crea la comarca Ngöbe-Buglé. En 1999, se decreta como tercera Meta de la Agenda Social del país "establecer una política con y para los pueblos indígenas". | Resuelto Ministerial del 25 de agosto de 1999, que crea la Unidad de Medicina Tradicional del Ministerio de Salud (MINSa). Decreto Ejecutivo No. 117 del 9 de mayo de 2003 que crea la Comisión Nacional de Medicina Tradicional Indígena y la Secretaría Técnica. | > Sección de Pueblos Indígenas y Medicina Tradicional de la Dirección Nacional de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud. > Política Indigenista, del Ministerio de Gobierno y Justicia. > Unidad de Pueblos Indígenas del Ministerio de la Juventud, la Niñez, la Mujer y la Familia. > Consejo Nacional de Desarrollo Indígena, creado en 1999 como instancia de coordinación entre autoridades gubernamentales e indígenas. | > Mgter. Margarita Griffit E-mail: margaritapuzoso@yahoo.com > Lic. Dorian Ríos > Lic. Hilda Thompson | | |

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | |
|---|--|
| Convenios del Programa Salud Indígena. | > No existen a la fecha. > Proyecto para la protección de la biodiversidad y el uso adecuado de las plantas medicinales, financiado por el Fondo de las Naciones Unidas para el Ambiente, a partir de 1999. > Proyecto para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva del pueblo Ngöbe-Buglé, financiado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas, a partir de 1999. > Proyecto de interculturalidad y género, financiado por el BID, en el año 2000. > Proyecto para la prevención de la tuberculosis en áreas de mayor riesgo, financiado por el Fondo Global de las Naciones Unidas a partir del 2003. > Proyecto para la prevención de la malaria en comunidades indígenas, financiado por el MINSa, a partir del 2003. > Proyecto regional para impactar la conducta en la prevención y control del dengue utilizando la estrategia COMBI, financiado por la OPS a partir del 2004. |
| Proyectos multipais. | > Proyecto regional para la vigilancia de la calidad del agua en comunidades indígenas, financiado por la OPS, a partir del 2004. > "Foro Nacional de Jóvenes Indígenas." Se realizaron cuatro foros anuales a partir de 1999, financiados por el BID. > "Foro de Mujeres Indígenas". Financiado por el UNFPA en el 2001. > "Foro de Organizaciones No Gubernamentales Indígenas". Financiado por el BID en el 2001. |
| Foros interinstitucionales/intersectoriales. | > Coordinadora nacional de mujeres indígenas. > Coordinadora nacional de pueblos indígenas. > Congreso de la cultura Kuna. > Congreso Emberá Wounaan. > Congreso Ngöbe-Buglé. > Coordinadora general de mujeres Ngöbe-Buglé. > Organización para el desarrollo de la mujer Ngöbe. > Centro Indígena para el desarrollo y la conservación ambiental. |
| Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas. | > Red infantil indígena. > Red indígena de biodiversidad. > Red juvenil indígena. |
| Redes | |



3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|--|---|
| Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud. | <ul style="list-style-type: none"> > Creación de la Sección de Medicina Tradicional Indígena en 1999, adscrita a la Dirección Nacional de Promoción de la Salud del MINSA, en 1999. > Decreto Ejecutivo No. 117 del 9 de mayo de 2003, crea la Comisión Nacional de Medicina Tradicional Indígena y la Secretaría Técnica de Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas. |
| Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional. | <ul style="list-style-type: none"> > En la Comarca Ngöbe-Buglé se ha implementado un Centro de Capacitación de Médicos Tradicionales. > Con apoyo del BID, se realizaron dos encuentros de médicos tradicionales a nivel nacional, 2002. > En el año 2003, se crea el Jardín Institucional de Plantas Medicinales con las 15 plantas validadas científicamente por el MINSA y la Universidad de Panamá. |
| Asociaciones de terapeutas indígenas | <ul style="list-style-type: none"> > Asociación de Médicos Tradicionales Ngöbe-Buglé. |
| Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas) | <ul style="list-style-type: none"> > A partir del año 2004, el MINSA dio inicio a la realización del Censo de Médicos Tradicionales en el ámbito nacional. Este censo aún está en ejecución. > A través del BID, se desarrolló una consultoría en el año 2000 para la formulación de una guía metodológica para el diseño de materiales educativos con un abordaje intercultural. > A través del Programa TRAMIL, para el uso adecuado de plantas medicinales se brinda seminario talleres a funcionarios de salud sobre la articulación de la medicina tradicional y occidental. |

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|--|
| Información sobre el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas. | <p>X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda del 14 de mayo de 2000.</p> <p>"Salud de los Pueblos Indígenas: Un análisis de las condiciones de salud de las poblaciones indígenas de Panamá". Ministerio de Salud, OPS, año 2000.</p> |
| Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable de etnicidad. | <p>Estadísticas de Salud de cada Región del país. Únicamente las regiones de salud ubicadas en comarcas indígenas incluyen la variable de etnicidad.</p> |
| Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país. | <p>Ver Mapa anexo (pág. 244)</p> |
| Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud. | <p>No existe a la fecha.</p> |
| Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas. | <p>Representación de la OPS/OMS-Panamá: http://www.ops.org.pa</p> |
| Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica). | |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > Un mayor acercamiento a las autoridades tradicionales de cada pueblo por parte del Ministerio de Salud.
- > Mayor comprensión de los funcionarios del Ministerio de Salud en cuanto a las diferencias culturales de los indígenas y a la necesidad de incorporar el enfoque intercultural en los programas de salud que se diseñan.
- > La formación de personal indígena como promotores de salud, auxiliares de enfermería, enfermeras y médicos, así como su incorporación al sistema de salud.
- > Creación de la Región de Salud de la Comarca Ngöbe-Buglé en 1998.
- > Declaración a nivel nacional de las áreas indígenas como zonas de emergencia para la asignación de presupuestos para salud y medio ambiente.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > Morbilidad infantil y del menor de 5 años en las áreas indígenas.
- > Salud sexual y reproductiva.
- > Desnutrición.
- > Tuberculosis.
- > Enfermedades transmitidas por vectores.

- > Saneamiento ambiental.
- > Dotación de servicios básicos de salud.

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

- > Reforzamiento del programa de atención integral de las enfermedades prevalentes en la infancia.
- > Promoción de la salud de la mujer y la maternidad segura garantizando la aplicación del enfoque de riesgo reproductivo obstétrico y no obstétrico.
- > Desarrollo de programas y proyectos de distribución y mercadeo de alimentos con participación comunitaria y apoyo intersectorial.
- > Mejora de la red de servicios en aspectos de gerencia, infraestructura, equipamiento, recursos humanos y capacitación.
- > Promoción de la organización y participación de la comunidad indígena en el cuidado y la autogestión de la salud.
- > Desarrollo de planes y proyectos de abastecimiento y calidad de agua y saneamiento ambiental.

| Análisis Estratégico | |
|--|---|
| <p>Fortalezas: Características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Unidad específica dentro del Ministerio de Salud para el abordaje de la salud y la medicina tradicional en las áreas indígenas. | <p>Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Escaso presupuesto institucional asignado para la atención de salud de los pueblos indígenas. > Falta de motivación del personal de salud para trabajar en áreas indígenas. |
| <p>Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Organismos internacionales como UNFPA, BID, Fondo Global, GEF, OPS, que actualmente colaboran en la implementación de proyectos y programas en las áreas indígenas. | <p>Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> > Falta de unidad y rivalidad existente entre los siete pueblos indígenas de Panamá. > La no ratificación de Panamá del Convenio 169 de la OIT. |

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Panamá (población expresada en miles de habitantes)

| Población Nacional | Población Indígena (estimado) | % | Pueblos |
|--------------------|-------------------------------|---|---------|
| 2.800 | 232 | 8 | 7 |

Fuente: X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda del 14 de mayo de 2000.



Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 1)

Desafíos

Los modelos y prácticas del sector salud que se desarrollen en las comunidades indígenas tienen que ser reorientados en base a un nuevo enfoque de interculturalidad que reconozca la diversidad cultural de los grupos indígenas, sus sistemas tradicionales de salud y de una respuesta específica a las particulares condiciones de salud de dicha población. Se ha de contemplar:

- > Mayor cobertura de los servicios médicos.
- > Incremento de dotación de personal y su capacitación para desempeñarse en esas áreas.
- > Mayor disponibilidad de medicamentos.
- > Énfasis en el desarrollo de programas de prevención y prevención que incorporen la consulta con las comunidades y líderes tradicionales.

Factores a considerar

> **Localización:** A pesar de la existencia de cinco comarcas legalmente reconocidas en donde habitan el 63% de la población indígena, se torna difícil el acceso a las comunidades por la falta de caminos de penetración.

Existe, además, un porcentaje de la población indígena dispersa en distintas provincias del país.

> **Autoridades tradicionales:** Los pueblos indígenas de Panamá cuentan con una fuerte organización tradicional, especialmente en el caso de los Kunas, en donde sus líderes tienen la última palabra en la toma de decisiones.

En muchas ocasiones, las movilizaciones y proyectos del sector salud se han visto truncados por la falta de consulta previa con las autoridades tradicionales.

> **Migración:** La población indígena de Panamá se caracteriza por mostrar constantes patrones de migración en busca de empleo, educación, salud y mejor calidad de vida.

Esta continua movilización de personas facilita la propagación de enfermedades como el VIH/SIDA, tuberculosis, malaria, entre otras. Además, dificulta la dotación adecuada de atención y monitoreo a la población indígena.

Inequidades

> **Pobreza:** El nivel de pobreza general a nivel nacional es de 40%, pero en las áreas indígenas es de 95%. El promedio nacional de ingreso per cápita es de 2.850,00, y el promedio indígena per cápita es de 712,00 (PRONAM; 1998).

> **Esperanza de vida:** La situación de salud de las poblaciones indígenas presenta serios problemas en comparación con el resto de la población panameña. La esperanza de vida a nivel nacional es de 72,4 años, a diferencia de 63,4 años en áreas de mayor población indígena. (OPS, 1998).

> **Mortalidad infantil:** Panamá tiene una tasa de mortalidad infantil de 17,6 por 1.000 nacimientos vivos. En las áreas indígenas esta tasa cuadruplica el valor del promedio nacional, estimándose en 60 por 1.000 nacidos vivos; aunque hay lugares con cifras superiores a 84,1 por 1.000 nacimientos vivos (ENV, 1997).

> **Mortalidad materna:** La tasa de mortalidad materna se estimó en 6 por 10.000 nacidos vivos en 1997. Para la Comarca de Kuna Yala, fue de 44 por 10.000 nacidos vivos, siendo una de las más elevadas del mundo. Para las otras regiones de población indígena, fue de un promedio de 15 por 10.000, cerca de tres veces superior a la media nacional. (OPS, 1998)

> **Desnutrición:** La desnutrición afecta al 17,7 % de la población panameña, mientras que para las poblaciones indígenas afecta al 68% de la población. Uno de cada dos niños indígenas presenta algún grado de desnutrición, a diferencia de uno de cada diez en el resto de la población. (ENV 1997)

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 2)

> **Analfabetismo:** El Promedio Nacional de analfabetismo para la población mayor de 10 años es del 31,2%, en comparación con la población indígena que es de 14,3%.

Esta situación se acentúa más en las mujeres y en las personas de edad avanzada. (Censo Nacional, 1990)

> **Saneamiento Ambiental:** Las coberturas de aguas en las áreas rurales es de 78%, a comparación del área indígena, que únicamente llega a un 20%.

El agua de cerca del 40% de esta población se extrae de ríos y cursos de agua.

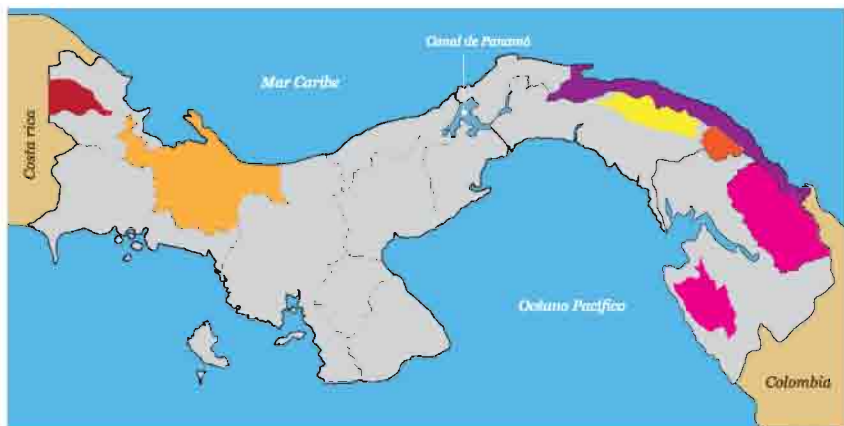
En cuanto a instalaciones sanitarias, se estima que cerca de la mitad de todos los hogares indígenas no cuenta con servicio de conexiones a alcantarillados o letrinas. (ENV, 1997)

> **Enfermedades Infecciosas:** Las enfermedades transmitidas por vectores, tales como la malaria y leishmaniasis presentan las tasas más elevadas en las poblaciones indígenas.

En el caso de la tuberculosis, la tasa nacional es de 35,8 por 100.000 habitantes, pero en el área indígena es de 139 por 100.000 habitantes. (OPS, 1998)



Mapa de localización de los pueblos indígenas en Panamá



| | |
|---|--|
| ■ Naso Teribe | ■ Kuna Yala |
| ■ Ngöbe-Bugle | ■ Wargandí |
| ■ Madungandí | ■ Emberá-Wounaan |

Población Indígena de Panamá (X Censo Nacional, año 2000)

| Población | Absoluta | Porcentaje |
|----------------|----------|------------|
| Ngobe-Buglé | 149.898 | 64,5 |
| Kuna | 58.100 | 25,0 |
| Embera-Wounaan | 20.916 | 9,0 |
| Naso | 2.324 | 1,0 |
| Bri-bri | 1.162 | 0,5 |

Comentarios

Los indígenas de Panamá son privilegiados en comparación con otros pueblos indígenas de las Américas por contar con tierras legalmente asignadas, además de leyes que reconocen su autonomía, cultura y medicina tradicional. Es mucho lo que existe por escrito, más el reto que tenemos como país es el de hacer realidad estas leyes y normas. Para lograr esto, es necesario el abordaje de la situación de los pueblos indígenas de manera integral y no aislada, como hasta la fecha se ha venido haciendo.

Es imposible implementar un programa de vacunación infantil, sin también considerar la necesidad de implementar un programa de nutrición, de erradicación de la pobreza, de educación y de saneamiento ambiental. Esto requiere del desarrollo de proyectos intersectoriales, en estrecha coordinación con las autoridades tradicionales indígenas. Trabajando en unión es la única manera de disminuir las inequidades existentes y contribuir a mejorar la calidad de vida de estos pueblos.





Paraguay



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Constitución / Políticas Nacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas | Información de contacto |
|--|---|---|---|---|
| Resolución CD37.R5. Resolución CD40.R6. | Constitución Nacional de los Pueblos Indígenas. Capítulo V. Art. 62 al 67, explica el reconocimiento de la existencia de los pueblos indígenas y otros grupos étnicos. | Políticas de Salud Política Nacional de Salud del Gobierno de Nicanor Duarte Frutos 2003-2008. Seminario "Particularidades de las comunidades indígenas y los nuevos asentamientos rurales en el Paraguay: incidencia en Salud". OPS/OMS/MSPBS. 1991. Políticas nacionales de salud. 1991 a 2003. | Indicaciones Gubernamentales / Ministerio Instituto Paraguayo del Indígena (INDDI) Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Dirección General de Servicios de Salud | > Cnel. Oscar Centurión Tel. (595)2144-0739 E-mail: indip@teleurf.com.py > Dr. Silvio Ortega Tel. (595)2120-4688 |

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 1)

| | |
|--|---|
| Convenios del Programa Salud Indígena. | <p>Proyecto Prodehaco. Ministerio de Agricultura y Ganadería. (en etapa de finalización).</p> <ul style="list-style-type: none"> > Proyecto Pai Tavayera. Captain Bado. Amambay-XIII R.S. MSPBS. > XIII Región Sanitaria. Amambay-MSPBS > Asociación de Comunidades Indígenas Pai Tavayera Pai Reta Joagi: Formación y Capacitación de PVS y Parteras tradicionales. UNICEF 1992-2003. > Proyecto Boquerón. Cooperación Internacional Canadiense/OPS/OMS. > Proyecto de Comunicación Radial Interétnica. Fondo Canadá. Asociación indigenista del Paraguay. > Proyecto piloto Eco-avícola de LINAJE. Ernia Ava Guarani. > Proyecto que incluyen en parte población indígena: <ul style="list-style-type: none"> > Proyecto Salud Sexual y Reproductiva. OPS/OMS > Proyecto Fondo Global Prevención y Control de TB > PAF/ONUSIDA. Prevención y Tratamiento de VIH > Proyecto de Aseguramiento de Salud Indígena (en proceso) |
| Proyectos múltiples. | <p>Foro Indígena del Chaco Compartido Argentina-Paraguay. Primera versión en La Estrella, Salta Octubre 2003. Segunda versión Fiechat, Paraguay Octubre 2004.</p> <p>Organizaciones indígenas</p> <ul style="list-style-type: none"> > Asociación de P parcialidades Indígenas > Federación de Organizaciones Indígenas Guaraníes de la Región Oriental del Paraguay. > Pueblo Nivaité. Coordinadora de Pueblos Indígenas de la Cuenca del Pilcomayo. > Organización de Pueblos Indígenas de la región occidental. > Comisión de los Pueblos y Comunidades Indígenas del Chaco Paraguayo. > Casa Indígena. > Centro Social Indígena. > Espacio de Participación Indígena. > TEKOHA > Asociación Indigenista del Paraguay (AIP). > Asociación de Promotores de Salud del Bajo Chaco. > Allervida. > Tierra Viva. |



2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 2)

| | |
|--|--|
| <p>Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Otras instituciones. > Vicariato Apostólico del Pilcomayo. > Fundación Hermanos del Río. > Sobrevivencia > Asociación de Comunidades Indígena Menonita (ASCIM). Filadelfia. Boquerón. > Pro-Comunidades indígenas. Filadelfia. > Área de Defensa del Patrimonio Indígena de la Universidad Católica. > Coordinadora Nacional de Pastoral Indígena (CONAPI). > Grupo de Apoyo a los Ayoreo (GAT) - Totobiegosede en su Lucha por la Tierra. > OGUAZU > Servicio de Apoyo Indígena (SAI). > SPSAJ > Servicios Profesionales Socio-Antropológicos y Jurídicos. > Iglesia de Jesucristo los Santos de los Últimos Días. |
| <p>Redes</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Coordinadora de Pueblos y Comunidades Indígenas del Chaco Sudamericano. > Red de Organizaciones Indigenistas del Paraguay. > Red de Organizaciones No Gubernamentales al Servicio de los Pueblos Indígenas del Paraguay. > PC/OAJU. > Asociación de Organizaciones No Gubernamentales del Paraguay. |

3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|---|--|
| <p>Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Anteproyecto de creación del subsistema de salud indígena. UNICEF-CONAPI-M/SPBS-Sociedad Paraguaya de Pediatría-Oguasú-Otros. |
| <p>Especialidades de atención de los sistemas de salud indígena y convencional.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Proyecto Boquerón. Cooperación Internacional Canadá/OPS/OMS. Paraguay. Tel. (595)2145-0495 > Miniproyecto. Recolección e identificación de plantas medicinales de los pueblos indígenas del Chaco Paraguayo (Prodechaco). > Asistencia a comunidades indígenas a través del Móvil Salud. > Proyecto de Dispensarización de la Atención de Salud en el Departamento de Boquerón. > Proyecto Guaraní Nandeva. |
| <p>Asociaciones de terapeutas indígenas.</p> | |
| <p>Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y docencia).</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Proyecto Boquerón, Chaco, CIDA/OPS. > Formación y capacitación permanente de promotores voluntarios de salud, auxiliares de enfermería y parteras empíricas. > Proyecto Gran Chaco Paraguayo. Formación técnicos en laboratorio y administración hospitalaria. > Convenio Intergubernamental Cuba/Paraguay para la formación de médicos paraguayos. |



4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|--|
| <p>Información sobre el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> Paraguay. Resultados Finales. Censo nacional de Población y Viviendas Año 2002. Total país. Secretaría Técnica de Planificación. DGEEC Publicaciones. II Censo Nacional Indígena de Población y Viviendas 2002. Pueblos Indígenas del Paraguay. Resultados Indígenas. Secretaría Técnica de Planificación. DGEEC, Publicaciones. |
| <p>Sistema de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable de etnicidad.</p> | <p>El sistema de información, monitoreo y evaluación del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, registra las actividades realizadas por regiones sanitarias, pero sin discriminar por etnicidad.</p> |
| <p>Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país</p> | <ul style="list-style-type: none"> Ver mapa Anexo (pág. 469) Ver Atlas Censal de Comunidades Indígenas de acuerdo al censo de 1992 (D.G.E.E.C). |
| <p>Caracterización (a los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud).</p> | <ul style="list-style-type: none"> Suplemento Antropológico. CEADUC Universidad Católica "Nuestra Señora de la Asunción". Publicación Métrica sobre Diagnóstico de los Pueblos Indígenas en base al censo de 1992. |
| <p>Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas.</p> | |
| <p>Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica).</p> | |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- Uno de los principales logros en este período es el censo de población y vivienda indígena, actualizado al 2002.
- En el año 2001 la Comisión de Derechos Humanos emitió una serie de recomendaciones al gobierno paraguayo con relación a los pueblos indígenas. Específicamente se recomendó al sector salud:
 1. Que se adopten a la brevedad las medidas necesarias a favor de las comunidades indígenas para mejorar la implementación y acceso a los servicios de salud.
 2. Que se realicen acciones de salud preventiva y de asistencia sanitaria, con especial énfasis en esfuerzos para disminuir las altas tasas de desnutrición, mortalidad infantil y de tuberculosis, y combatir y prevenir el mal de Chagas y la malaria.
 3. Que se mejoren los servicios educativos y su calidad, respetando la diversidad cultural, y haciendo efectivo el derecho a una educación primaria obligatoria y gratuita, incluyendo las medidas educativas necesarias para disminuir la tasa de deserción y el analfabetismo.
 4. Que se adopten las medidas necesarias para proteger del deterioro ecológico al hábitat de las comunidades indígenas, con especial énfasis en la protección de los bosques y las aguas, básicos para su salud y supervivencia como comunidades.

En respuesta a estas recomendaciones el gobierno Paraguay ha realizado cuanto sigue:
- 1. El INDI conjuntamente con el Ministerio de Salud, el Ministerio de Justicia y Trabajo, el Ministerio de Educación y Cultura y el Servicio de Emergencia Nacional del Ministerio del Interior han brindado asistencia médica, provisión de viveres y educación.

2. El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social ha fortalecido la Atención Primaria de Salud a través de la implementación de la atención por medio de brigadas que tienen a su cargo actividades de atención médico-odontológica e inmunizaciones, construcción y equipamiento de centros y puestos de salud, instalación de radio-comunicaciones, sistema de transporte (motos) en las distintas comunidades indígenas, provisión de medicamentos a través de las regiones sanitarias; todo esto, mediante convenios con organismos internacionales y ONGs.
3. Actualmente se encuentra abocado a la puesta en marcha de la Red de Protección y Promoción Social del Paraguay; que incluye, la provisión de alimentos y el aseguramiento para el acceso a los servicios de salud, donde el sector prioritario está constituido por los indígenas.
4. En el área ambiental está en marcha la propuesta de creación de la Dirección General de Salud Ambiental.
5. Por otro lado se encuentra en plena etapa de implementación el Proyecto de abastecimiento de agua a comunidades indígenas de la Región Oriental y Occidental. De esta manera en la región occidental se han implementado, en los distintos grupos, 90 sistemas, y la rehabilitación de 7 sistemas de abastecimiento de agua. En cuanto a la Región oriental se han mejorado 21 sistemas de abastecimiento de agua.
6. La Fundación "Primera Dama de la Nación" ha realizado una importante gestión para la obtención de financiamiento y cooperación externa para impulsar y ejecutar programas de apoyo integral a comunidades indígenas. Igualmente llevó a cabo el lanzamiento del programa de asistencia sanitaria, odontológica, saneamiento ambiental y provisión de medicamentos.

En su primer mes de gestión, el Presidente Nicanor Duarte Frutos se ha trasladado al Chaco paraguayo para conocer y verificar el estado de las comunidades indígenas que estaban padeciendo dificultades por la prolongada sequía en la zona. Luego de la visita, varias instituciones gubernamentales con apoyo de empresas privadas y organizaciones no gubernamentales realizaron una campaña sostenida de provisión de agua y viveres indispensables para tales comunidades, al igual que asistencia sanitaria.

7. El Estado ante las recomendaciones de la Comisión de Derechos Humanos, velará por el cumplimiento de las recomendaciones, en especial a las referidas a la preservación del medio ambiente y al derecho a la educación.
8. En términos generales han existido avances importantes ya que ha mejorado la relación en forma de intercambio de opiniones entre indígenas e instituciones públicas, además se observa una revalorización de su tratamiento tradicional. La formación y la educación ha logrado que los indígenas tomen conciencia de sus derechos en referencia a la salud. Los promotores han trabajado mucho en lo referente a temas de salud, con folletos redactados en sus lenguas.
1. En la región del Chaco Central y con los Ayoreo Totobiegosode de la familia lingüística Zamuko. Establecimiento de acciones de promoción y prevención de la salud en las comunidades Ayoreo Totobiegosode de Arocojnadi, Chaidi y para los Areguedeurasade (grupo selvícola que en marzo de 2004 tuvo un encuentro con sus parientes Totobiegosode en tierras de su dominio) establecidos en el Patrimonio Natural y Cultural Ayoreo Totobiegosode del Alto Paraguay;
2. Incorporación de profesionales enfermeras, que acompañan a las comunidades, al Proyecto Boquerón (Cooperación Internacional Canadiense/OPS/OMS) en el marco del programa de capacitación en materia de salud

indígena y convencional desarrollada en la 17ª Región Sanitaria del departamento de Boquerón.

3. Incorporación de auxiliares de enfermería en la atención de comunidades indígenas de las tres regiones sanitarias del Chaco (Pte. Hayes, Boquerón y Alto Paraguay) a través del Proyecto Prodechaco.
 4. Articulación e implementación de mecanismos de atención y control de enfermedades prevalentes, salud reproductiva, atención odontológica, inmunizaciones, exoneración de la atención, en todas las regiones sanitarias donde se cuenta con comunidades indígenas.
- > El impacto más importante de las acciones de salud en las comunidades indígenas, en la última década, es el descenso importante de la mortalidad general por tuberculosis y principalmente de la mortalidad infantil, proceso que se inicia desde hace dos décadas o por lo menos se encuentra registrado de acuerdo al análisis de dichos indicadores según los censo de población de 1992 y 2002; así como el aumento significativo de la población a partir de la implementación principalmente de los programas nacionales de inmunización en las comunidades indígenas. Un logro parcial ha sido el aseguramiento legal de las tierras de las etnias guaraníes de la región Oriental, aunque aún con mucha deuda social con la etnia Mbya y algunas chaqueñas, resultado de la aplicación de la Ley 904/81.
- > Otro logro es la capacitación de promotores voluntarios de salud y parteras tradicionales con enfoques diferentes en ambas regiones Occidental y Oriental del país, y también con apoyo discontinuo de las agencias de cooperación internacional y las regiones sanitarias. Sin embargo, se ha consolidado al interior de las organizaciones indígenas y comunidades, con su impacto en la mejora de la salud por los indicadores mencionados y han

logrado hacer reconocer sus derechos en los servicios de salud, a pesar de la discriminación que aún persiste.

- > Con relación a la educación continua, el lento proceso de alfabetización en la mayoría de los grupos guaraníes de la región oriental, está encaminado hacia la educación bilingüe intercultural, y en este año se ha iniciado en el Amambay, el programa de alfabetización en castellano "Yo, si Puedo", en dos comunidades, una Pai Tavytera y otra Ava Guarani. (Itaguasu y colonia Guarani).

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el periodo 1995-2004?

- > Existen algunas limitaciones para el acceso de los pueblos indígenas a la salud, estas son:
 - 1) limitaciones de índole cultural;
 - 2) accesibilidad; y
 - 3) de atención persé.
- > Debilidad en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud implementados en las comunidades indígenas en las regiones sanitarias que cuentan con las mismas limitaciones de recursos físicos (vehículos, infraestructura de salud cercanos a sus comunidades); humanos (equipos de salud con conocimientos socioantropológicos y designados para trabajar con las mismas, servicios de salud sin discriminación racial) y financieros (limitaciones presupuestarias para combustibles y viáticos para los trabajos en las propias comunidades).
- > En cuanto a las limitaciones de índole cultural, podría mencionarse que a nivel de los servicios de salud existe personal de salud que conoce la lengua específica de los distintos pueblos indígenas, a fin de poder mantener una comunicación fluida. Se han formado auxiliares de enfermería y promotores de salud indígenas. En cuanto a las distancias, y la disponibilidad de

servicios de salud dotados para atención es digno de mencionarse el establecimiento de dispensarios de atención distribuidos en distintas comunidades indígenas, sobre todo en el departamento de Boquerón, los cuales están a cargo de promotores voluntarios de salud, capacitados por la región sanitaria, y que disponen del sistema de comunicación por radio para el traslado de los casos que requieren hospitalización.

En general los problemas radican en la falta de:

- > Un perfil demográfico y variables socioeconómicas y culturales en la formulación de políticas y prioridades del gobierno. En el sistema de información no se dispone de la variable de pertenencia étnica, solo de género. Esta situación se debe a que se consideró que la diferenciación entre comunidades indígenas y población en general constituía un factor de discriminación para el sector indígena, por consiguiente se adoptó el término poblaciones vulnerables que abarca a indígenas, asentamientos rurales, y adultos mayores.
- > Un modelo de atención que disponga de datos de etnicidad en el marco del Plan Regional de Salud Indígena. Promoción de espacios de reflexión, con plena participación de los pueblos interesados en relación a la legalización/legitimación de la medicina tradicional/indígena y de los terapeutas tradicionales/indígenas, así como la promoción de asociaciones de terapeutas, basadas en códigos de ética elaborados por los propios terapeutas.
- > Titulaciones de la tierra a gran parte de la población indígena.
- > Debilidad institucional en el proceso de descentralización de las políticas y programas del Plan Nacional de Salud destinados a las comunidades indígenas.



➤ Necesidad de implementación activa de los programas y acuerdos en el marco del Sistema Nacional de Salud entre las regiones sanitarias del país, con la finalidad de optimizar la cobertura de servicios generales y especializados, a las comunidades indígenas.

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

➤ Incorporar la variable de pertenencia étnica en el proceso de recolección de la información, y en la elaboración de políticas a fin de contar con indicadores confiables, sin que esto sea considerado como discriminación, y que permitan medir el progreso hacia las metas.

➤ Incorporar los sistemas tradicionales de medicina para la prevención y curación de la salud, de tal manera de prestar la atención requerida sin dejar de lado las características culturales de cada comunidad indígena.

➤ Brindar servicios que tomen en cuenta la multiculturalidad étnica con el fin de facilitar el acceso a la salud.

➤ Abordar la atención de la salud de los pueblos indígenas tomando en cuenta modelos que integren los estilos de vida, los ingresos, y lugares de residencia

➤ Fortalecer el proceso de descentralización de los planes y programas nacionales de salud atendiendo la especificidad intercultural.

➤ Fortalecer la implementación del programa ya diseñado de Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) y de la salud materno-infantil.

➤ Fortalecer los programas de control de CHAGAS, TBC, SIDA - ITS, entre otras.

| Análisis Estratégico | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Desarrollo de los servicios de salud no adecuados a las expectativas de las comunidades indígenas. ➤ Alta prevalencia de enfermedades infecciosas (TBC). ➤ Limitado efecto de la actividad de la prevención primaria. ➤ Deficiente saneamiento ambiental. |
| <p>Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> | <p>Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> ➤ La formulación de las Metas del Milenio con miras a apoyar a los pueblos indígenas y otros grupos étnicos en general para el fortalecimiento de la toma de decisiones y la incorporación de los procesos para el logro de estas metas. ➤ El acceso a apoyo internacional para el desarrollo de atención primaria de la salud y la autodeterminación de los pueblos. | <ul style="list-style-type: none"> ➤ La falta de políticas sociales y de salud dirigidas a la conservación de las etnias, puede llevar a la pérdida de la cultura y los pueblos con el correr del tiempo. ➤ La lentitud en los procesos de descentralización en zonas de concentración de poblaciones indígenas. ➤ La ocupación de sus territorios ancestrales. |

| Análisis Estratégico | |
|--|---|
| <p>Fortalezas: Características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> | <p>Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> |
| <p>La política nacional de salud incluye en su plan de acción a corto plazo, el fortalecimiento de programas integrales de atención en salud para asentamientos rurales, población indígena y adultos mayores a través de equipos de salud itinerantes.</p> <p>➤ La población indígena en el Paraguay ha crecido sustantivamente en el período 1981-2002, la gran mayoría manteniendo su identidad étnica.</p> | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Necesidad de incorporar el perfil demográfico y las variables socioeconómicas y culturales en la formulación de políticas y prioridades del gobierno. ➤ El sistema de información no dispone de la variable de pertenencia étnica ➤ No se ha generalizado un modelo de atención que responda a las necesidades reales de la población. ➤ Si bien la medicina popular está arraigada en el país no existe una legalización/legitimación de la medicina tradicional/indígena y de los terapeutas tradicionales/ indígenas. ➤ Elevados niveles de pobreza. |

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Paraguay (población expresada en miles de habitantes)

| Población Nacional | Población Indígena (estimado) | % | Pueblos |
|--------------------|-------------------------------|-----|---------|
| 5.163 | 89.169 | 1,7 | 20 |

Fuente: Paraguay. Censo Nacional de Población y Viviendas 2002. Dirección General de Estadísticas Encuestas y Censos.



Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 1)

Desafíos

> **Estrategias de salud y salud pública:** Si bien no se ha definido una política de salud para poblaciones indígenas, estos pueblos quedan enmarcados en la Política de Salud del Gobierno, la cual está orientada hacia la protección social, con equidad, asegurando la concreción de las prioridades en salud pública.

Entre sus principales estrategias para alcanzar la equidad en el acceso a la salud están: impulsar la reforma sanitaria, aumentar la cobertura de la seguridad social extendiéndola a 1.500.000 personas.

Impulsar los programas de atención integral con participación activa de la comunidad y conjuntamente con otras instituciones, a fin de estimular la coordinación intersectorial (Política Nacional de Salud del Gobierno de Nicanor Duarte frutos 2003-2008).

Factores a considerar

> **Localización:** La mitad de la población indígena reside en la región oriental y la otra mitad en la occidental. Existe una elevada concentración en sólo cinco departamentos del país: Boquerón y Presidente Hayes (juntos concentran el 45,4%), seguidos de Amambay, Canindeyú y Caaguazú, en todos con baja densidad a excepción del último departamento.

Sólo el 1,7% de esta población vive en Asunción y el departamento central. El 91,5% están asentados en áreas rurales. Se consideran multinacionales a los Nivaclé y Guaraníes occidentales y Ayoreos (Censo, 2002).

> **Heterogeneidad étnica y cultural:** El Censo Nacional ha arrojado un total de 89.169 indígenas, pertenecientes a 20 grupos étnicos de los cuales tienen mayor volumen poblacional los Mbyá, Ava Guaraní, Paí tavyterá, Nivaclé, Enlhet Norte, Enxet Sur, y de menor población las etnias Manjui, Tomarohó y Guaná. Se encuentran distribuidos en 412 comunidades, 150 aldeas, 31 núcleos. Constituyen el 1,7% de la población total del país (Censo, 2002).

> Atención culturalmente apropiada.

Inequidades

> **Pobres:** El 95,1% viven en zonas rurales con una tasa de fecundidad de 6,3, obra que representa el doble de la tasa de fecundidad nacional (3,9) (Censo, 2002).

Analfabetismo: La tasa de analfabetismo global en mayores de 15 años es de 51,1%, mientras que la del país es de 7,1%. Con relación a los años de escolaridad la población indígena tiene 2,2 años, mientras que a nivel nacional es de 7,0 (Censo, 2002).

> **Servicios básicos:** En términos generales y basados en estimaciones obtenidas de 18 comunidades indígenas del Chaco, el 91% de las poblaciones accede al agua de tajarar comunitario y 7,3% con aljibes comunales. Sólo 10% tiene acceso a letrinas comunes, en general la mitad accede a letrinas precarias y 38% accede al monte. (Situación de Salud de las Comunidades Indígenas del Chaco paraguay, 2000).

> **Mortalidad infantil:** Tasas de mortalidad estimadas con los datos del Censo 1992 fue de 106,7 por mil nacidos vivos con variaciones entre los pueblos de 64,3 por mil NV en el pueblo Maká a 185 por mil NV en el pueblo Chamacoco. En los departamentos de mayor concentración de población indígena con al menos 1 NBI está entorno a 87%. (Perfil de Salud Región Occidental, 1998).

> **Desnutrición:** La desnutrición crónica grado III para el departamento de Boquerón fue de 85% en menores de 4 años en el año 1996 (Perfil de Salud Región Occidental, 1998).

> **Enfermedades infecciosas:** Los pueblos indígenas del Chaco presentan los porcentajes de seroprevalencia más elevados del país (72-83%). En un estudio reciente en 18 comunidades la seroprevalencia para Chagas osciló entre 11 y 78% (ASIS, 2000). Con relación a hantavirus en una muestra de 957 muestras de 18 comunidades la prevalencia fue de 15%.

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 2)

En el mismo estudio en 1801 sueros de indígenas fueron positivos para hepatitis B el 0,2%, mientras que para sífilis fue del 7%. (Situación de Salud de las Comunidades Indígenas del Chaco Paraguayo, 2000).

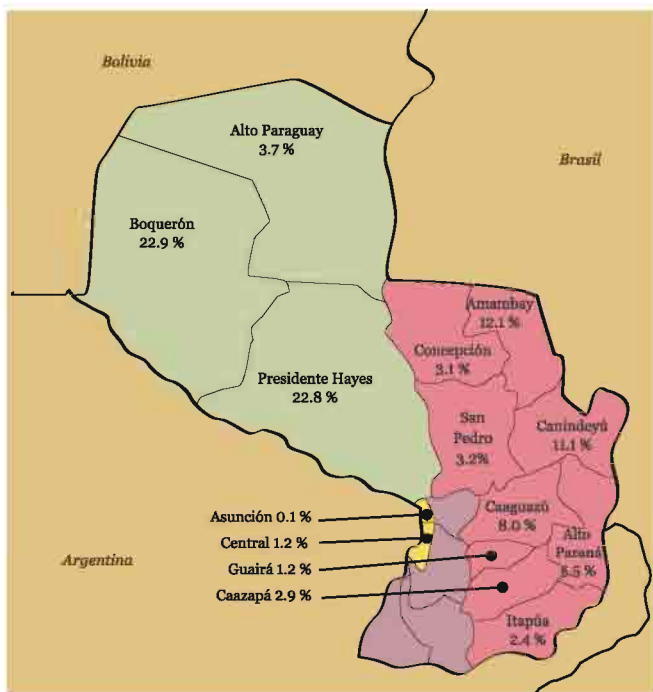
El Programa de Control del Paludismo ha hecho énfasis en el tratamiento de los pueblos indígenas que se encuentran en los departamentos de Alto Paraná, Caaguazú y Canindeyú debido a que estas poblaciones se desplazan a lo largo de las fronteras

de estos departamentos dispersando parásitos y manteniendo el corredor endémico en la zona (SENPEA, 2002).

> **Diabetes, obesidad y alcoholismo:** En un estudio en 1.720 indígenas del Chaco se encontró un 10% de obesidad, en este mismo grupo en 1.159 individuos se observó 5,4% de los casos con diabetes mellitus y 7,2% con glucemia alterada en ayunas (Situación de Salud de las Comunidades Indígenas del Chaco paraguay, 2000).



Mapa de localización de los pueblos indígenas en Paraguay





Suriname



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales (parte 1)

| Acuerdos internacionales | Constitución / Políticas Nacionales | Marcos legales | Políticas de Salud | Instancias Gubernamentales / Ministerio | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas | Información de contacto |
|--|---|---|--|--|---|-------------------------|
| <p>Resolución CD37, R5, OPS</p> <p>Resolución CD40, Re, OPS</p> <p>Plan de Acción de Beijing</p> <p>Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación en contra de la Mujer.</p> <p>Art. 14 (desde 1 de marzo, 1993).⁵¹</p> <p>Convención Internacional sobre el Desarrollo de la Población.</p> <p>Tratados sobre Derechos Humanos:</p> <p>El Convenio Unificado sobre Derechos Civiles y Políticos - Art. 1 en Art. 27 (desde diciembre 1976).</p> <p>El Convenio Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales art. 1 (desde diciembre, 1976).</p> | <p>> El marco legal protege los principios básicos. La equidad se ha definido en la Constitución, art. 8. Nadie puede ser discriminado por sexo, grupo étnico, religión, educación, preferencia política o estado económico. Esto está de acuerdo con la Convención Internacional sobre los Derechos Humanos.</p> <p>> Artículo 36 de la Constitución: Todos tienen el derecho a la salud.</p> <p>> La Constitución de Suriname 1987 indica que los tratados internacionales ratificados que quizá sean directamente aplicables tendrán este efecto de carácter obligatorio a su publicación (art. 105) y, que los instrumentos internacionales que son directamente aplicables supercederán las leyes nacionales incompatibles (art. 106)</p> <p>> Sin embargo el artículo 137 indica que los jueces, en un caso específico, pueden declarar que la aplicación de su ley infringirá uno de los derechos enumerados en el capítulo V de la Constitución.</p> | <p>> Documento de política del Ministerio de Salud 2000-2005: El mejoramiento de las prestaciones de atención primaria de salud para asegurar mejor disponibilidad a los niños y las mujeres así como a los pueblos en el interior. El documento también menciona el establecimiento y la ejecución de una política social racional y la protección racional de los grupos más vulnerables en la sociedad.</p> <p>> Plan Nacional de Reforma del Sector Salud, 2004.</p> <p>> Documento de Política de la Misión Médica, 2000-2005.</p> | <p>> Ministerio de salud: Política nacional sobre la salud y la prestación de atención de salud a todos.</p> <p>> Oficina de la Salud Pública: La salud pública y la atención de salud preventiva: inmunización, enfermedades transmitidas por vectores, etc.</p> <p>> Servicios de salud regionales: Proporciona atención primaria de salud en el área costera.</p> <p>> Misión médica: ONG, bajo el mandato del Ministerio de Salud para proporcionar atención sanitaria integral a la población en el interior.</p> | <p>> Dr. R. Codrind Kranenburg Director de Salud H. Aronstraat 64, Paramaribo Tel: (597) 477601 E-mail: vogez@sr.net</p> <p>> Dr. L. Resida Consejo de Salud Pública Rode Kruislaan 17 Tel: (597) 497978 E-mail: bogsur@sr.net</p> <p>> Dr. M. Ashim-Sardjoe Director J. Pengestraat 188 Tel: (597) 400771 E-mail: dirrgd@sr.net</p> <p>> Dr. E. van Eer Director Zonnebloemstraat Nr. 45 Tel (597) 499644 E-mail: info@medischezending.sr</p> | | |
| <p>La Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación.</p> <p>Art. 5</p> <p>(dV) (desde Marzo 1984)</p> <p>Convenio sobre los Derechos de los Niños - art. 2, 3, 6, 8, 12, 17.d., 20, 29, 30 (1993)</p> <p>La Declaración Americana de Derechos y Responsabilidades del Hombre La Convención Americana de Derechos Humanos art. 1, 2, 8, 13, 23, 25, (since 1987)</p> <p>Protocolo Adicional de la Convención Americana de Derechos Humanos en el Área de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales Protocolo de San Salvador, (desde 1990).</p> | <p>> El Programa de Desarrollo Multi-anual, la Seguridad Social 2000-2005: todos los habitantes registrados del interior reúnen los requisitos para recibir servicios médicos y sociales.</p> <p>> La condición de los Pueblos Indígenas como otro grupo se reconoce en las notas de política, las atribuciones del Ministerio de Desarrollo Regional y los Tratados de Paz entre el Gobierno y los pueblos indígenas y tribales en toda la historia de Suriname.</p> | | | | | |

Nota: Suriname desarrolló un documento detallado sobre la evaluación de la década. Este documento está en el archivo del Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS.

⁵¹ CEDAW: el artículo 14 se refiere a mujeres rurales, e incluye también a las mujeres indígenas. Pedimos mencionarlo explícitamente a las mujeres indígenas en el artículo 14.



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales (parte 2)

| Acuerdos internacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|--|--------------------|---|
| Comitución / Políticas Nacionales | Políticas de Salud | Instancias Gubernamentales / Ministerio |
| Información de contacto | | |
| <p>Convención Interamericana de Prevención del Casigo y Erradicación de la Violencia en contra de las Mujeres Convención de Belém do Para (desde 2001). Declaración de Río sobre Medioambiente y Desarrollo - princ. 10 y princ. 22- (1992).</p> | | |

Nota:

1. La Constitución de la OMS reconoce el derecho a la salud como un derecho humano fundamental, y enfatiza en los países y grupos vulnerables como una parte integral de sus actividades. En mayo de 1998, en la 51.a Asamblea de la Organización Mundial de la Salud se aprobó una resolución sobre la Salud de los Pueblos Indígenas instaba a la organización a incrementar la atención a las necesidades de salud de los pueblos indígenas de una manera integral y sistemática, como una contribución al Decenio. En la región de las Américas donde la OPS ha sido activa en los temas de salud de los indígenas, la OPS adoptó la Iniciativa sobre Salud de los Pueblos Indígenas en 1993 cuyos principios se reafirmaron en junio de 1997. Los principios que incluyen un reconocimiento de la necesidad de un enfoque holístico de la salud, el derecho a la auto determinación, la importancia de la participación sistemática, el respeto hacia las culturas y la reciprocidad indígena en las relaciones, han servido de base para un Plan de Acción para la Región.
2. El Convenio sobre Pueblos Indígena y Tribales ha sido considerado por las autoridades competentes en 1991, sin embargo, el aseguramiento no fue para ratificar el Convenio ya que el gobierno no es capaz de comprometerse plenamente con esta convención. Existe la necesidad de investigación, consulta, conciliación y emisión de compromisos sobre las secciones específicas de la Convención, ya que el gobierno prevé problemas en la ejecución. Medidas más específicas y concretas deben tomarse para preservar el modo de vida tradicional de los pueblos indígenas y tribales. La realidad es que las comunidades indígenas y tribales están situadas en las áreas donde están las concentraciones más altas de los recursos naturales de Suriname. La ratificación del Convenio 169 no estará libre de consecuencias, ya que puede haber conflicto en la interpretación de los derechos sobre la tierra y otros derechos.

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | |
|--|---|
| <p>Convenios</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Consejo para el Desarrollo del Interior: (Raad voor Ontwikkeling het Binnenland) instancia Consultivo para los pueblos indígenas y el Gobierno. Establecido como resultado de los Acuerdos de Paz de 1992. Miembros indígenas: Sanomaro Esa; Red de Organizaciones de Mujeres Indígenas, Miss. H. Vredzaam > Asociación de Líderes de las Comunidades Indígenas de Suriname (VIDS), Mr. R. Pané e-mail adres vide@sr.net > Miembros Maroon (Cumarromes): Fundación Equalance, Mr. S. Emanuel |
| <p>Proyectos interinstitucionales/intersectoriales del Programa Salud Indígena.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Atención primaria de salud en el interior de Suriname. Proyecto financiado por el Banco Islámico de Desarrollo en apoyo el sistema de salud en el interior. Proyecto ejecutado en estrecha colaboración con el Ministerio de Desarrollo Regional. |
| <p>Proyectos múltiples.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > El proyecto patrocinado por la OPS para la Semana Internacional de Vacunación, para aumentar la cobertura de vacunación a las personas en zonas de difícil en el interior. En el 2004 incluyó la colaboración internacional con Guyana y Brasil, concentrándose en los pueblos en las zonas fronterizas. > Proyecto de CTP de la OPS: Fortalecimiento del Programa Ampliado de Inmunización en Suriname y Guyana, también priorizó el mejoramiento de la vigilancia del PAI y la cobertura de vacunación en las poblaciones (del interior) |
| <p>Foros interinstitucionales/intersectoriales.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Plataforma de Mujeres en el Desarrollo: Coopera con ONG para fortalecer la posición de las mujeres en general y en el interior. > Coordinadora: Shardia Ganga, projects@sr.net > Participantes de la Red: (Sanomaro Esa, NVB, Stichting Stop Geweld Tegen Vrouwen, Stichting Project) |
| <p>Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Sanomaro Esa: Red de organizaciones de mujeres indígenas. Principales objetivos: salud y educación para mujeres y niños indígenas. > VIDS: Asociación de Líderes de las Comunidades Indígenas de Suriname. Principales Objetivos: Desarrollo sostenible de las comunidades indígenas y derechos territoriales. |
| <p>Redes</p> | <ul style="list-style-type: none"> > VIDS como se mencionó antes. > Sanomaro Esa (como se mencionó antes). > Plataforma de Mujeres en el Desarrollo: como se mencionó antes. |



3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|---|--|
| <p>Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > El Documento de Política del Ministerio de Salud (2000–2005) menciona actividades para formalizar el registro de terapeutas tradicionales y de la medicina alternativa. > El “Informe del Médico Jefe 2002” incluye la intención para mejorar la salud de los pueblos más vulnerables, incluidas las mujeres, los niños y los pueblos indígenas y tribales. |
| <p>Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > La Misión Médica está a cargo de la atención sanitaria integral en el interior. Ha firmado un MOU con el “Amazon Conservation Trust (ACT)” para promover la incorporación de las terapias indígenas en sus actividades. Esta es una iniciativa (en dos pueblos indígenas y un pueblo Cimarrón) entre el ACT y la Misión Médica y no necesariamente parte de la política sanitaria nacional. > Los Shamanes en los consultorios tradicionales están siendo adiestrados por los asistentes locales de salud de la Misión Médica en el diagnóstico de la malaria mediante la toma de las muestras de sangre y la microscopía. > Cuando el tratamiento por los Shamanes no da lugar a la curación de la enfermedad, refieren a los pacientes a los consultorios convencionales de la Misión Médica. |
| <p>Asociaciones de terapeutas indígenas</p> | <p>No existen asociaciones conocidas. Sin embargo, el ACT está en el proceso de organizar a los Shamanes (en el sur de Suriname) y otras actividades dentro del MOU que ellos han firmado con la Misión Médica.</p> |
| <p>Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas)</p> | <p>La Misión Médica también adiestra en las comunidades locales a los Asistentes de Salud como responsables de los establecimientos, fondos y otros recursos.</p> |

Nota:

Dentro de los pueblos indígenas la transferencia del conocimiento y experiencias en la salud tradicional sigue bajo las iniciativas de los Shamanes. Los servicios y los aprendizajes están adiestrándose para mantener estas prácticas vivas. La práctica es acerca del conocimiento indígena en acción. Los Shamanes y el Programa de Aprendizajes se administran totalmente por las propias comunidades indígenas. La cooperación con la Misión Médica tiene como finalidad lograr la integración de las dos formas de atención de la salud. El apoyo prestado por el ACT solo facilita la práctica. El conocimiento de las plantas medicinales y sus usos se confía a los curanderos, que se han encargado de ello para transferir este conocimiento a la próxima generación tanto de los aprendices como de los servicios. Esta transferencia es el componente más esencial del programa. El adiestramiento trata diversos temas: cómo reconocer las plantas en el bosque, qué partes de las plantas usar, qué plantas deben usarse para qué dolencias y cómo preparar y aplicar los medicamentos. La práctica desempeña una función central en la recuperación y conservación de la cultura ancestral. Esto le ayudará a la comunidad indígena tratar mejor con el mundo exterior. La asociación con la Misión Médica mejorará la concentración de la población indígena sobre la valiosa contribución por hacer, para su propio beneficio y para el del mundo. Se espera que esta concentración contribuya enormemente a la autoestima, que a su vez les ayudará a que se recupere y conserve su propia cultura. Dos comunidades del Trió y una comunidad de Cimarrones son los sitios piloto para un plan más completo que se dirigirá al interior de Suriname en su totalidad. Además de los Shamanes y los aprendices los programas, los consultorios de medicina tradicional y los jardines de plantas medicinales en tres comunidades piloto, se prevén talleres a todos los niveles: local, nacional e internacional.

4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|--|---|
| <p>Información sobre el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Documento de Política de la Misión Médica, 2000 - 2005 > Informe del Médico Jefe 2002 > Causas de Muerte en Suriname 2001. Oficina de Salud Pública, 2003 > Los Servicios de Salud Regionales tienen un sistema de información con información pertinente sobre sus servicios de salud en la zona costera y en las comunidades indígenas en el Distrito Central de Suriname. |
| <p>Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable de etnicidad.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > La Misión Médica tiene un sistema de información comprensivo sobre estadísticas de salud basadas en varias variables de acuerdo a las comunidades que atienden. > Los Servicios de Salud Regionales tienen un sistema de información con la información pertinente sobre sus servicios de salud en la zona costera y en las comunidades indígenas en el Distrito Central de Suriname. |
| <p>Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país.</p> | <p>El mapa nacional oficial de Suriname no muestra todos los pueblos indígenas ni Cimarrones. No hay ninguna división política o administrativa del país para indicar los territorios de los pueblos indígenas. El mapa en el anexo es solo ilustrativo de los pueblos de los pueblos indígenas y los Cimarrones.⁵⁴ Ver anexo mapa. (pág. 275)</p> |
| <p>Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud.</p> | <p>Una caracterización integral de los pueblos indígenas con respecto a su salud y condiciones de vida, organización social y sistemas de las creencias y los valores está incluida en el informe sobre las “Prácticas Óptimas en Salud Intercultural” elaborado por la Misión Médica, 2004.</p> <p>Sírvase ver también:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Shamanes y Programa de Aprendizajes: La promoción e integración de la medicina tradicional en las “prácticas óptimas usando el conocimiento indígena—Américas. > Ellen-Rose Kambel y Fergus Mac Kay: Los derechos de los pueblos indígenas y cimarrones en Suriname, IWGIA documento No. 96, Copenhague 1999. |
| <p>Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas.</p> | <p>No se reportan publicaciones de este tipo.</p> |
| <p>Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones (dirección electrónica).</p> | <p>No se reportan publicaciones de este tipo.</p> |

⁵⁴ Fuente: Ellen-Rose Kambel y Fergus Mac Kay. “De rechten van Inheemse volken in Suriname”. KITLV Ungervert, Leiden 2003

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?

- > El programa satelitar de la Misión Médica de prestación de servicios de salud, que una vez ganó un premio, fue destruido totalmente durante los años de la guerra en el interior. Después de la guerra, en 1996 un lento y tedioso proceso de reconstruirlo de cero se comenzó. Este proceso está ahora de tal manera que puede declararse que la gloria de antes del trastorno en el interior está casi recuperada.
- > La información sanitaria y las actividades de educación focalizadas han dado lugar a mayor conocimiento de los pueblos indígenas y de los cimarrones, con respecto a las enfermedades transmisibles y no transmisibles, como la malaria, la atención preventiva de ITS, como de aquellas enfermedades prevenibles por vacunación.
- > La abolición de un uso tradicional en la tribu de Saramaka para prevenir la transmisión de ITS en la familia. (La práctica tradicional fue que el hermano de un esposo difunto tendría relaciones sexuales con la viuda para concluir oficialmente el período de duelo).
- > Mejoramiento del programa de vacunación y del programa antimalárico.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos

indígenas del país en el ámbito nacional y subnacional?

- > Los problemas prioritarios son similares a los del ámbito nacional, salvo por la mayor incidencia de malaria, enfermedades infecciosas, diarrea y los problemas relacionados con la disponibilidad del agua potable en el estiaje.
- > La educación sanitaria y la información es difícil debido a la localización de los pueblos en zonas remotas, la accesibilidad y la disponibilidad a los medios de disseminación de información en las comunidades. El nivel de alfabetismo es también una inquietud significativa a este respecto.

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

- > Incremento de la concientización de los grupos significativos de las comunidades que reciben atención de salud y su participación en la prestación de los servicios y actividades relacionadas con la información y la educación.
- > Compensación por la falta de atención médica a los pueblos del interior.

Análisis Estratégico

Fortalezas: Características particulares del país que facilitaría las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Implementación del Plan de Reforma del Sector Salud del Ministerio de Salud y del Proyecto para los Centros de Atención Primaria de la Salud en el interior de Suriname.
- > Esto mejorará los servicios de salud a los pueblos indígenas y cimarrones en el interior de Suriname.
- > Acuerdos Internacionales de Derechos Humanos internacionales.
- > Estilos tradicionales de vida de los pueblos indígenas
- > Ambiente sano.

Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Falta de medios financieros.
- > Falta de recursos humanos.
- > Política nacional no representa los asentamientos dispersos de los pueblos
- > No están disponibles datos exactos sobre todas las comunidades
- > Ninguna ley o reglamentos para controlar la calidad de los servicios de salud en las comunidades
- > Convenio 169 de la OIT no se ratifica
- > Ningún reconocimiento formal del liderazgo y las prácticas curativas tradicionales.

Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Promover las prácticas de higiene.
- > Educación sanitaria e información.
- > Mejoramiento de las condiciones de vida.
- > Ratificación del Convenio 169 de la OIT.
- > Reconocimiento y aceptación de (los valores de) el conocimiento tradicional.
- > Participación de PI (en la toma de decisiones)
- > Conclusiones del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial.
- > (La consideración de los informes presentados por los partidos de los estados de conformidad con el artículo 9 de la Convención. 23 de febrero - 12 marzo 2004/ Sesión 64).

Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.

- > Contaminación de los ríos (mineros buscadores de oro) y la propagación de las enfermedades infecciosas.
- > No consciente de las amenazas nuevas/surgiendo para su salud.
- > Pasar por alto los modos de vida tradicionales de los PI (en la constitución).
- > Falta de medidas protectoras legales con respecto a los derechos humanos, los derechos de tierra, la cultura y los trajes autóctonos y el conocimiento tradicional.
- > Uso no reglamentado del conocimiento tradicional ancestral.
- > Desarrollo económico orientado por el punto de vista occidental.
- > Convenios Internacionales/Multilaterales como ALCA y el ADPIC.



Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Suriname

| Nacional | Población Indígena | Porcentaje | Cimarrones | Porcentaje | Indígenas y Cimarrones | Porcentaje |
|----------|--------------------|------------|----------------|-------------|------------------------|------------|
| 460,000 | 10,000 -22,000 | 2.5% - 6% | 40,000 -45,000 | 8.5% - 10 % | 60.000 | 13 % |

Puente: Ellen Roos Kambel y Fergus Mac Kay: Los Derechos de los Pueblos Indígenas y los Cimarrones en Suriname, IWGIA Documento No. 96, Copenhague 1999

Tabla 2. Retos, factores a considerar e inequidades (parte 1)

| Retos | Factores a considerar |
|---|---|
| <p>Las estrategias de salud y salud pública deben incluir y abordar los factores estructurales de riesgo e insertarse en las fortalezas de los pueblos indígenas:</p> <ul style="list-style-type: none"> > Visión holística del bienestar del individuo, de la familia, la comunidad y ambiente > Capacidades culturales, lingüísticas, de organización, de negociación y liderazgo > Adherencia de la comunidad a principios como la reciprocidad, la solidaridad y el respeto al conocimiento ancestral. <p>Quizás el más importante reto en la prestación de la salud y los servicios relacionados, incluida la educación, es el hecho de que la mayoría de los pueblos indígenas y cimarrones viven en zonas de difícil acceso.</p> <p>Las rutas principales del transporte son los ríos, a lo largo de los cuales está situada la mayoría de los pueblos, y por el aire. Hay algunas pistas de aterrizaje en los alrededores de los pueblos.</p> <p>El transporte por barco puede durar varios días para llegar a un pueblo, según el nivel de agua en los ríos. El transporte por el aire sólo es posible mediante vuelos alquilados. Esto es muy costoso para los pueblos.</p> <p>Los varios tribal idiomas que estos pueblos hablan es otro tema para considerarse.</p> | <ul style="list-style-type: none"> > Localización: La población Indígena, en general es dispersa, en algunos casos móviles en zonas remotas y en su mayor parte localizado en las zonas rurales, limítrofes y de frontera urbana. Esto hace muy difícil llegar a los pueblos para la prestación de servicios sociales incluida la atención médica. > La prestación de los servicios adecuados es un asunto complejo ya que varios factores no están funcionando adecuadamente: la infraestructura, medios de transporte limitados, agua y electricidad, medios de comunicación, desarrollo limitado y oportunidades de educación, empleo, etc. > Los trabajadores de salud y los educadores son difíciles de encontrar para el interior debido a la dificultad para resistir y establecimientos inadecuados o insuficientes (consultorios, escuelas, etc.). > Los Cimarrones y Amerindios son una población semisedentaria. Ellos se instalan en comunidades o campamentos. Sin embargo, la población está moviéndose regularmente. La necesidad de encontrar alimentos, algunos festejos grandes de la comunidad o un nuevo matrimonio son algunas de las razones por las cuales se mudan. > La migración de la población es un factor importante para tener en consideración. Este no es un tema con relación a los pueblos indígenas. Sólo los pueblos de Trío y Wayana están regresando a sus bases anteriores a este momento. |

Tabla 2. Retos, factores a considerar e inequidades (parte 2)

A veces los indígenas visitan a sus familiares en otras comunidades, a veces en Brasil, durante un período corto o más largo. Los pueblos indígenas del Oriente y Occidente de Suriname también visitan a sus familiares en los países vecinos de Guayana Francesa y Guayana.

> **Heterogeneidad étnica y cultural:** se estiman cerca de 20,000 personas indígenas, pertenecientes a casi 4 pueblos que hablan 4 lenguas y 45,000 personas cimarrones, pertenecientes a 6 tribus que hablan 6 lenguas.

> **Atención culturalmente apropiada:** Tanto los pueblos indígenas como los cimarrones siguen prestando atención tradicional, según sus culturas y creencias, a sus pueblos respectivos (aún cuando estos son admitidos en el hospital). Estos servicios tradicionales son para ellos la primera opción cuando es necesario. Estos servicios existen próximos a los servicios de salud formales prestados por la Misión Médica y los Servicios de Salud Regionales.

Inequidades

> **Pobreza:** Se acepta en general que las personas de los pueblos indígenas están viviendo bajo situaciones difíciles extremas y que se categorizan como "pobres". La mayor parte de pueblos carecen de establecimientos básicos, principalmente debido a la dificultad en la accesibilidad. La pobreza es más baja en el estrato urbano con aproximadamente 52% de los hogares viviendo por debajo del umbral de pobreza. Para el estrato rural es 61% y para el interior la proporción por debajo del umbral de pobreza es de 91%. Se debe tener cautela al realizar comparaciones entre los estratos del interiores y los de las zonas urbanas o rurales, ya que la evaluación de la pobreza se basa en un índice uni-dimensional a partir de los ingresos y el precio de la canasta familiar básica como la principal dimensión. Sin embargo, en el interior muchas comunidades dependen de la agricultura de subsistencia para la ingesta alimentaria, en lugar de depender exclusivamente de un ingreso monetario. Por consiguiente la medida de la pobreza a partir de

los ingresos podría sobreestimar la proporción de los hogares en el interior que viven por debajo del umbral de pobreza.

> Alfabetismo:

No hay ninguna cifra exacta conocida sobre la tasa de alfabetización entre los pueblos indígenas. Hay variaciones grandes según la región, 4,3% de niños en el interior a un 51,6% en el urbano asisten a un jardín de infantes o al cuidado de centros infantiles de la comunidad.

La asistencia a la escuela en el interior (61,2%) es significativamente inferior que en el resto del país (78%). A nivel nacional, no hay prácticamente una diferencia entre la asistencia escolar masculina y femenina.

Aproximadamente 84% de niños que entran al primer grado de la escuela primaria, llegan a quinto grado. Sólo 84,8% de niños en el interior que entran a primer grado llegan a Segundo grado, comparado con 100% de niños en las zonas urbanas y un 96,6% en las zonas rurales. En términos generales, sólo 64,5% de niños en el interior que entran a primer grado, llegan al quinto grado en comparación con 92,8% entre los niños de las zonas urbanas y 82,5% en las zonas rurales.

El alfabetismo general entre la población de 15 años y mayor es 86,2%. El alfabetismo general en el interior es muy inferior con un 51,1%.

> **Desempleo:** El desempleo entre los pueblos indígenas y tribales es muy alto. La mayoría de comunidades se ocupan de la agricultura en su mayor parte para autoconsumo. No existen datos detallados para este indicador.

> **Servicios Básicos:** La mayor parte de pueblos no tienen ninguna agua corriente o electricidad. Aproximadamente 73 por ciento de la población tiene acceso al agua potable: 92,6% en las zonas urbanas y un 66,6% en las zonas rurales. La situación en el interior es considerablemente peor que en las otras regiones: sólo 20% de la población en esta región consigue agua para consumo de una fuente segura. Ochenta por ciento de la población en Suriname vive en hogares con servicios sanitarios y disposición de excretas. Hay vastas diferencias entre las viviendas que tienen servicios sanitarios y de eliminación de excretas en las regiones urbanas y



Tabla 2. Retos, factores a considerar e inequidades (parte 3)

rurales con más de 98% y 30,5% respectivamente. La mayoría de esta población, cerca de 68%, no tiene ningún acceso a los establecimientos sanitarios y usa los ríos, los arbusto y o los campos. Algunas comunidades tienen un generador de energía y dependen en gran medida del suministro del combustible. La mayoría usa lámparas de aceite. Casi todos los pueblos dependen para su abastecimiento de agua de los ríos, riachuelos o agua de lluvia.

> **Mortalidad infantil:** Las tasas de mortalidad infantil entre los niños indígenas y cimarrones no es significativamente más alta que aquellas en la ciudad. No se pudieron obtener datos oficiales. Se estima que la tasa de mortalidad infantil en el ámbito nacional fue de 29 por 1,000 y 37 por 1,000 entre los menores de cinco años (1998).

> **Mortalidad materna:** La mortalidad materna no es significativamente alta en la ciudad. Datos oficiales no pudieron ser obtenidos.

> **Desnutrición:** La desnutrición crónica es alta entre la población indígena. No se pudieron obtener

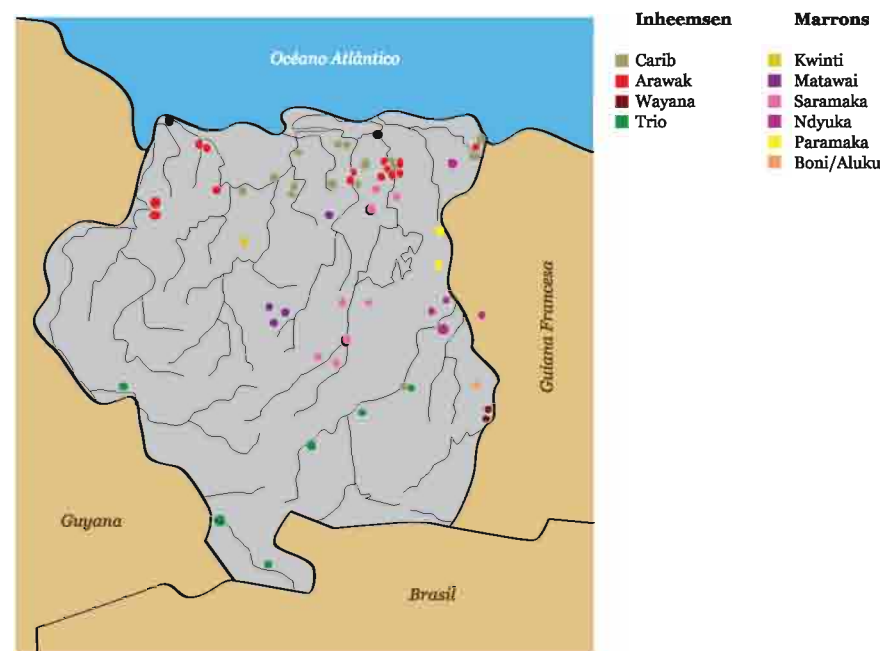
datos oficiales. Aproximadamente sobre 13% de niños menores de cinco años en Suriname tienen bajo peso o están muy delgados para su edad y 2.1% tiene peso bajo severo. Aproximadamente 10% de los niños tienen baja talla para su edad y 6.5% tienen bajo peso en relación a su talla. Los niños cuyas madres tienen secundaria o enseñanza superior tienen muy pocas probabilidades de tener peso inferior al normal y atrofia, comparado con los niños de las madres con menos educación.

> **Enfermedades infecciosas:** La malaria es endémica en el interior. El interior de Suriname tiene el más alto nivel de riesgo de malaria: 72.2% de los niños menores de cinco años duerme bajo un mosquitero. Solo cerca del 5% de mosquiteros usados están impregnados con insecticida.

> **Diabetes, Obesidad, Alcoholismo:** No se pueden obtener datos oficiales.

> **Suicidio:** No se pueden obtener datos oficiales. No existe ninguna indicación que que la tasa de suicidio es mayor entre los pueblos indígenas.

Mapa de localización de los pueblos indígenas en Suriname



Observaciones

- > Los indígenas son los descendientes de los habitantes originales de una región geográfica, antes de la colonización, quienes han mantenido varias o todas sus características lingüísticas, culturales y de organización.

Aunque los descendientes de los esclavos fugitivos que viven en las comunidades tribales en el interior de Suriname también mantienen algunas de sus características lingüísticas, culturales y de organización de África, no son los descendientes de los habitantes originales y por consiguiente no se consideran pueblos indígenas en Suriname.

- > Los pueblos Amerindios son los habitantes originales de Guyana. Los Pueblos Indígenas y tribales en Suriname tienen contacto con la población urbana y dependen en parte en los suministros de la ciudad y de las ONG y servicios de salud y educación proporcionados por el gobierno.

- > Durante años, los pueblos indígenas y los cimarrones han migrado a la ciudad. En 1986 una guerra civil en Suriname obligó a un gran número de pueblos indígenas y tribales a evacuar en busca de refugio en Paramaribo y Guyana Francesa. La guerra civil causó mucha destrucción a los pueblos y a la infraestructura en el interior.

El proceso de rehabilitación de los pueblos todavía no es total. Muchas áreas están todavía sin infraestructura y establecimientos adecuados.

- > Una gran parte de las personas de los pueblos tribales nunca regresó a sus comunidades y se quedó en la ciudad y en Guyana Francesa debido

a sus necesidades prácticas, mejores condiciones de vida y facilidades. Una generación entera nació en Paramaribo y Guyana Francesa y no conoce la forma de vida en el interior. La Asociación de Líderes Comunales Indígenas en Suriname ha registrado cerca de 37 comunidades indígenas en Suriname.

La responsabilidad de la seguridad social recae sobre el Ministerio de Asuntos Sociales y Vivienda. El Ministerio tiene la tarea de establecer un plan de seguridad social nacional, que momentáneamente no existe. Sobre la salud, el Ministerio de Salud indica que la infraestructura en las comunidades ya existe y está funcionando. Las personas de los pueblos indígenas y tribales tienen acceso gratuito a la atención médica; los establecimientos médicos en el interior se ajustan a las necesidades de las comunidades y los servicios son prestados por los trabajadores comunitarios de salud locales. Sin embargo, el Gobierno de Suriname no reconoce legalmente las prácticas de curación de atención preventiva y los medicamentos tradicionales.

- > Según el artículo 41 de la Constitución de Suriname, "La "riqueza natural y los recursos son de propiedad de la nación y se usarán para promover el desarrollo económico social y cultural. La nación tendrá el derecho inalienable de tomar la posesión completa de los recursos naturales para aplicarlos a las necesidades del desarrollo económico, social y cultural de Suriname". Este artículo indica que los pueblos indígenas no tienen ni voz ni voto en la política y toma de decisiones con respecto a la explotación de los recursos naturales en los territorios que ellos ocupan.

- > El Convenio 169 de la OIT se considera una buena guía que promueve las condiciones de vida de los Pueblos Indígenas y tribales (ITP), tomando en cuenta sus estilos de vida tradicionales, las tradiciones y las costumbres. Sin embargo, hay una necesidad de investigación, consulta y fórmula conciliatoria con respecto a ciertas secciones del Convenio. El

Gobierno prevé problemas en su ejecución. No obstante, el gobierno considera que los pueblos indígenas y los cimarrones requieren atención especial y está por consiguiente comprometido con la mejora de su estado actual. Considerará al Convenio 169 en su política y toma de decisiones con respecto al desarrollo del interior y asuntos referentes a los pueblos indígenas.⁵³

⁵³ Informe del Taller Nacional sobre el Convenio 169 de OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Paramaribo, 7-8 de octubre, 2003.





Venezuela



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales (parte 1)

| Acuerdos internacionales | Convención y Políticas Nacionales | Marcos legales | Políticas de Salud | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas | Información de contacto |
|---|---|---|---|---|---|
| <p>Convenio 169 OIT, Resolución CD37-R5, Resolución CD40-R6 Promueven el compromiso de los gobiernos con los pueblos indígenas. Contempla los temas referentes a: autodeterminación de los pueblos indígenas, identidad, cultura, tierras, recursos naturales, condiciones de trabajo, formación profesional, educación y medio ambiente.</p> <p>Convenio Sobre la Diversidad Biológica. (1992)</p> <p>Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (julio 1992).</p> | <p>1999. Constitución República Bolivariana de Venezuela (CRBV) define la república como una sociedad democrática, participativa y protagónica, multiétnica y pluricultural.</p> <p>Artículo 9: "El idioma oficial es el castellano. Los idiomas indígenas también son de uso oficial para todos los pueblos indígenas y deben ser respetados en todo el territorio de la república, por constituir patrimonio cultural de la nación y de la humanidad."</p> <p>Artículo 23: Establece que los suscritos y ratificados por Venezuela tienen jerarquía constitucional.</p> <p>Artículo 83: Establece que la salud es un derecho social fundamental y el Estado lo garantizará como parte del derecho a la vida.</p> <p>Artículo 100: Las culturas populares constitutivas de la venezolanidad gozan de atención especial, reconociéndose y respetándose la interculturalidad bajo el principio de igualdad de las culturas.</p> <p>Artículo 119: "El Estado reconocerá la existencia de los pueblos y comunidades indígenas, su organización social, política y económica, sus culturas, usos y costumbres, idiomas y</p> | <p>Decreto 1795 (Mayo 2002): Dispone la obligatoriedad del uso de los idiomas indígenas en los hábitats indígenas, así como en otras zonas rurales y urbanas habitadas por indígenas.</p> <p>Misión Barrio Adentro Política en salud para ampliar la cobertura con la participación directa de las comunidades. Trata de integrar todas las políticas sociales a través de la creación de redes de salud, alimentación, economía social, educación popular, cultural y comunicación, deporte y recreación; desarrollar programas de atención integral; contribuir con las tareas de las organizaciones comunitarias; entre otros.</p> <p>En la Asamblea Nacional, se cuenta con la participación de tres diputados indígenas y sus suplentes. A nivel de los estados con población indígena, se cuenta con la participación de un diputado con su respectivo suplente.</p> <p>Decreto 1796 (Mayo 2002): Con este decreto se creó el Consejo Nacional de Educación, Cultura e Idiomas Indígenas; este es un órgano asesor del ejecutivo nacional con carácter permanente, para la consulta de las políticas de las comunidades indígenas en el ámbito histórico, cultural y lingüístico.</p> | <p>Se crea la Comisión de Demarcación de Tierras y Habitat de los Pueblos Indígenas.</p> <p>Se crea la Comisión Permanente de Pueblos y Comunidades Indígenas sobre el Proyecto de Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas la cual ha diseñado dicho proyecto con participación de los pueblos indígenas, y es encargada también de dar seguimiento hasta su aprobación.</p> | <p>Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS). Dirección General de Salud Indígena. (En proceso de definición y estructuración).</p> | <p>Dra. Noly Fernández, Coordinadora de Salud Indígena</p> |
| <p>Comunidad Andina de Naciones Carta Andina para la Promoción y Protección de los Derechos Humanos, Parte VIII referida a los pueblos indígenas y comunidades de afrodescendientes (Julio 2001).</p> | <p>religiones, así como su hábitat y derechos originarios sobre las tierras que ancestral y tradicionalmente ocupan y que son necesarias para desarrollar y garantizar sus formas de vida".</p> <p>Artículo 150: establece el aprovechamiento de los recursos naturales en hábitats indígenas sin lesionar la integridad cultural, social y económica además de la consulta previa a esta población.</p> <p>Artículo 121: se establece el derecho de los pueblos indígenas a mantener y desarrollar su identidad étnica y cultural, cosmovisión, valores, espiritualidad y sus lugares sagrados y de culto.</p> <p>Artículo 122: "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."</p> <p>Artículo 123: establece el derecho a sus propias prácticas económicas tradicionales y el derecho de los trabajadores y trabajadoras indígenas.</p> <p>Artículo 124: establece la protección de la propiedad intelectual colectiva de los pueblos indígenas y prohíbe el registro de patentes sobre conocimientos ancestrales.</p> <p>Artículo 125: Establece el derecho a la participación política de los pueblos indígenas y garantiza su representación en la Asamblea Nacional.</p> <p>Artículo 126: Establece que los pueblos y comunidades indígenas pertenecen a la nación,</p> | <p>Se crea la Comisión de Demarcación de Tierras y Habitat de los Pueblos Indígenas.</p> <p>Se crea la Comisión Permanente de Pueblos y Comunidades Indígenas sobre el Proyecto de Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas la cual ha diseñado dicho proyecto con participación de los pueblos indígenas, y es encargada también de dar seguimiento hasta su aprobación.</p> | <p>Se crea la Comisión de Demarcación de Tierras y Habitat de los Pueblos Indígenas.</p> <p>Se crea la Comisión Permanente de Pueblos y Comunidades Indígenas sobre el Proyecto de Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas la cual ha diseñado dicho proyecto con participación de los pueblos indígenas, y es encargada también de dar seguimiento hasta su aprobación.</p> | <p>Se crea la Comisión de Demarcación de Tierras y Habitat de los Pueblos Indígenas.</p> <p>Se crea la Comisión Permanente de Pueblos y Comunidades Indígenas sobre el Proyecto de Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas la cual ha diseñado dicho proyecto con participación de los pueblos indígenas, y es encargada también de dar seguimiento hasta su aprobación.</p> | <p>Se crea la Comisión de Demarcación de Tierras y Habitat de los Pueblos Indígenas.</p> <p>Se crea la Comisión Permanente de Pueblos y Comunidades Indígenas sobre el Proyecto de Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas la cual ha diseñado dicho proyecto con participación de los pueblos indígenas, y es encargada también de dar seguimiento hasta su aprobación.</p> |



1. Acuerdos internacionales y políticas nacionales (parte 2)

| Acuerdos internacionales | Marco legal | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|--------------------------|---|---|
| Acuerdos internacionales | Constitución Política Nacional | Políticas de Salud |
| | | Instituciones Gubernamentales / Ministeo |
| | <p>Artículo 169: establece que la legislación en materia de municipios y demás entidades tome en cuenta a la organización del régimen de gobierno y administración local que corresponda a los municipios con población indígena.</p> <p>Artículo 181: Establece que las tierras indígenas no se consideren ejidos.</p> <p>Artículo 186: Establece la elección a la Asamblea Nacional de tres diputados o diputadas indígenas según lo establecido en la Ley Electoral.</p> <p>Artículo 260: Establece que las autoridades legítimas de los pueblos indígenas podrán aplicar en su hábitat instancias de justicia con base en sus tradiciones ancestrales y que sólo afecten a sus integrantes siempre y cuando esto no contradiga a la Constitución, a la Ley y el orden público.</p> <p>Artículo 327: Establece la prioridad de la atención de las fronteras, protegiendo de manera expresa, el hábitat de los pueblos indígenas, entre otras cosas.</p> <p>Ley de Demarcación y Garantía del Hábitat y Tierras de los Pueblos Indígenas. (Enero 2001)</p> <p>Anteproyecto de la Ley Orgánica de Pueblos y Comunidades Indígenas LOPCI. (Diciembre 2001).</p> <p>Primera Ley Orgánica sobre pueblos y comunidades indígenas en la historia jurídica del país.</p> | |
| | <p>Anteproyecto de Ley de Educación de los Pueblos Indígenas y Uso de sus Idiomas.</p> <p>Proyecto de Ley Orgánica de Salud y del Sistema Público Nacional de Salud. Tiene como finalidad mejorar las condiciones de salud de la población con énfasis en los grupos más vulnerables, que permita a una mayoría excluida la reivindicación de sus derechos sociales, entre ellos el derecho a la salud como derecho social fundamental para mejorar la calidad de vida de la población.</p> <p>Artículo 60, inciso 13: Los pueblos indígenas tienen derecho al uso de sus medicinas y prácticas de salud tradicionales como parte de los procesos de prevención y restitución de la salud, incluyendo la protección de plantas, animales y minerales empleados para tales fines.</p> <p>Artículo 105: Con el propósito de fortalecer la capacidad nacional en el ámbito de las terapias complementarias, se creará la Comisión Nacional de Terapias Complementarias para asesorar al Ministerio con competencia en Salud en la materia. La Comisión se regirá por el reglamento respectivo.</p> <p>Artículo 106: El Ministerio con competencia en Salud diseñará y ejecutará, con participación de representantes indígenas, un plan especial de salud dirigido a aquellas etnias expuestas a un grave riesgo de extinción biológica o de disminución demográfica irreversible y mantendrá un sistema especial de seguimiento de sus condiciones de salud.</p> | |

2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 1)

| Convenios | |
|-----------|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Proyectos con organismos adscritos al MSDS ▶ Servicio Nacional Autónomo de Atención Integral a la Infancia y a la Familia (SENIFA). Programa Hogares y Multihogares de Cuidado Diario, donde se les proporciona atención, cuidado y alimentación a los niños y niñas indígenas. ▶ Se han conformado 253 Hogares y Multihogares en comunidades indígenas. Atendiendo a 8.898 niños y niñas indígenas en 6 de los 8 estados con población indígena. ▶ Instituto Nacional de Nutrición (INN): Programa Fogones Comunitarios: Implementa acciones para lograr la seguridad alimentaria de la población venezolana, especialmente en los grupos más vulnerables. Consiste en desarrollar en las comunidades con población indígena en extrema pobreza, una casa o un local comunitario donde se involucran a las personas que allí viven para que sean responsables del comedor comunitario, con el apoyo de otros miembros de la comunidad, alcaldías y el INN. Existen 46 fogones comunitarios en cuatro estados con población indígena, beneficiando a una población de 4.810. ▶ Fondo de Inversión Social de Venezuela (FONVIS): Financia y ejecuta proyectos diseñados por las propias comunidades bajo la supervisión de los técnicos del FONVIS. ▶ Centro Amazónico para la Investigación y el Control de Enfermedades Tropicales (CAICET). Desarrolla actividades de investigación y control de enfermedades tropicales en el estado Amazonas, el cual cuenta con la presencia de 19 pueblos indígenas. ▶ Coordinación de Prestación de Servicios de Salud: Unidad de Atención Médica; Unidad de Laboratorio de Diagnóstico. ▶ Unidad de tuberculosis: con actividades de investigación y acciones en salud. ▶ Unidad de malaria: con actividades de investigación y acciones en salud. ▶ Unidad de parasitosis intestinal: con actividades de investigación y acciones en salud. ▶ Unidad de enfermedades emergentes y reemergentes: con actividades de investigación y acciones en salud. ▶ Investigación en oncocercosis: con actividades de investigación y acciones en salud. ▶ Unidad de oncocercosis: actividades de investigación y acciones en salud. ▶ Sociedad Civil para el Control de Enfermedades Endémicas y Asistencia Sanitaria al Indígena (CENASAI): desarrolla dos proyectos en el estado Bolívar el cual cuenta con la presencia de 17 pueblos indígenas. ▶ Proyecto ATSAI: a través de éste se lleva atención médica y odontológica integral a las comunidades indígenas situadas en áreas de difícil acceso. ▶ Proyecto SILOSAL: a través de este proyecto se está creando un sistema local de salud en el área indígena con participación principal de las 610 comunidades que atiende CENASAI. ▶ Proyectos interinstitucionales/intersectoriales ▶ Misión Guatapuro: ▶ Atención a estudiantes indígenas |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Hasta la fecha han sido beneficiados del programa de becas que adelanta el Ministerio de Educación Superior y el Instituto Nacional de la Juventud (MED), 203 bachilleres indígenas. ▶ Actualmente están realizando estudios universitarios 3.182 jóvenes indígenas en la Universidad Bolivariana de Venezuela (UBV), Universidad Nacional Experimental de la Fuerzas Armadas (UNEFA), Universidad de Los Andes (ULA), Universidad Central de Venezuela (UCV). ▶ En proyecto la construcción del Centro de Estadía Indígena, este centro que funcionaría en Caracas permitirá atender a 492 estudiantes en su primera etapa, en una segunda etapa a 830 jóvenes. ▶ Las organizaciones regionales realizaron los postulaciones de los diez jóvenes que cursarán estudios superiores en México. La Misión Guatapuro apoya desarrollando jornadas correspondientes al registro, legalización, obtención de pasaportes y fortalecimiento en materia educativa en conjunto con otras organizaciones. ▶ Impulso al proceso de democratización: ▶ Se realizaron en los estados Sucre, Zulia, Amazonas, Monagas, Apure, Bolívar y Delta Amacuro, el taller de Manejo de GPS y Lectura e Interpretación de Mapas en coordinación con el IGVSB, el cual tuvo gran aceptación por las comunidades participantes. ▶ En el año 2004 la meta planteada fue la capacitación de 440 representantes indígenas, fueron capacitados en dos etapas: una jornada realizada en la ciudad de Caracas permitió la capacitación de 204 representantes, las jornadas en los estados permitió la formación de 210 representantes indígenas a nivel nacional. ▶ Recientemente han sido incorporados a la Comisión Nacional de Demarcación 09 expedientes y una veintena de solicitudes de demarcación. La cantidad de expedientes que actualmente atiende la comisión alcanza los 40. ▶ Atención a indígenas en situación de calle: ▶ Respecto a la atención a indígenas en situación de calle: Fundación Proyecto País aprobó la ayuda económica correspondiente a compra de materiales y equipos para ser utilizados en la limpieza y preparación del terreno donde han sido reubicados 531 indígenas que se encontraban en situación de calle en Caracas y Barrancas del Oritmoco Zona del malecón. ▶ La alcaldía del municipio Sorillo desafectó 90 hectáreas para el proyecto, lo que fundamenta el desarrollo de un núcleo de desarrollo endógeno a partir del consejo local de planificación pública. ▶ Próximamente serán entregados los equipos y materiales a las comunidades, actividad coordinada por Misión Guatapuro y Fundación Proyecto País. ▶ Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio de Educación y Cultura ▶ Unidad de Salud: Desarrolla el proyecto "Hacia el Diseño de una Política Intercultural de Salud". Se han realizado varios talleres en los diferentes estados con población indígena sobre actualización en medicina simplificada y la incorporación de la medicina tradicional indígena. ▶ Talleres sobre agentes de salud comunitaria, talleres de inducción para la elaboración de textos, láminas y otros recursos didácticos referentes a la salud indígena. ▶ Fundación Proyecto País del Cuerpo Unificado de las Fuerzas Armadas Nacionales ▶ Plan Bolívar 2000. Las fuerzas armadas llevaron a cabo una serie de jornadas de atención médica quirúrgica; |
| | <ul style="list-style-type: none"> ▶ Proyectos interinstitucionales/intersectoriales del Programa Salud Indígena. |



2. Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial (parte 2)

| |
|--|
| <p>Proyecto Interinstitucional/Intersectorial del Programa Salud Indígena.</p> <ul style="list-style-type: none"> vacunación, odontología, rehabilitación de establecimientos de salud entre otras actividades. <i>Dirección de Desarrollo Nacional.</i> <i>Asuntos Indígenas.</i> instancia creada por la Guardia Nacional para la atención a la población indígena. <i>Apoyos de Organismos Internacionales</i> <i>Cruz Roja Internacional-España.</i> está desarrollando un proyecto de salud integral en el estado Delta Amacuro con la población indígena warao del municipio Antonio Díaz (10 comunidades). |
| Proyectos multipaís. |
| <p>Prima Interinstitucional/Intersectorial.</p> |
| Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas. |
| Redes |

3. Atención primaria de la salud e interculturalidad

| | |
|---|--|
| <p>Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud.</p> | <p>Referencias hechas en la sección sobre "Acuerdos Internacionales y Políticas Nacionales".</p> |
| <p>Proyecto de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional.</p> | <p><i>Estado Amazonas:</i> En Puerto Ayacucho (capital), se instaló el Centro de Especialidades "Gilberto Rodríguez Ochoa", perteneciente a la gubernación, donde se brinda atención médica en las especialidades de pediatría, gineco-obstetricia, cirugía general y medicina interna además de homeopatía, acupuntura y atención por parte de los shamanes.</p> <p><i>Estado Zulia:</i> Los Wapulee, son espacios comunitarios interculturales para la educación y salud indígena Wayuu. Estos centros están orientados a dinamizar y recrear los espacios colectivos tradicionales Wayuu y su capacidad pedagógica, para brindar en ellos atención y apoyo en materia de educación y salud a las familias wayuu, en particular a las niñas y los niños de 0 a 6 años de edad.</p> |
| Asociaciones de terapeutas indígenas | <p>La Universidad Central de Venezuela (UCV) ha desarrollado varios convenios en los estados Amazonas y Delta Amacuro, a través de los cuales esta universidad envía estudiantes del último año (pasantes) de las carreras de medicina, odontología, nutrición, enfermería, entre otras, durante dos meses para realizar trabajos en población indígena.</p> <p>Convenio del gobierno del estado Zulia con la Universidad del Zulia en el cual se establece que el 10% de la matrícula estudiantil debe ser ocupada por población de áreas rurales incluyendo a los indígenas.</p> <p>Convenio Cuba/Venezuela: tiene que ver con formación de jóvenes venezolanos incluyendo a indígenas, en la Universidad Latinoamericana de Ciencias Médicas de La Habana; en la Escuela de Trabajo Social, en deporte, entre otros.</p> <p>Formación de médicos venezolanos indígenas y no indígenas en la especialidad de Medicina General Integral, en Venezuela, en la Misión Barrio Adentro.</p> |



4. Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|---|
| Información sobre el perfil demográfico, socio-económico y epidemiológico de los pueblos indígenas. | Las características sociodemográficas de la población indígena figuran en la publicación del INE, con datos del Censo Indígena 2001. www.ine.gov.ve |
| Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable de comunidad. | En el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MSDS), hasta ahora no se ha logrado la identificación de la población por su condición étnica, por lo que resulta difícil a la fecha, establecer su situación, grado de cobertura y demás datos. |
| Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país. | Actualmente existen mapas con la ubicación y distribución étnica de cada pueblo indígena. Instituto Nacional de Estadística (INE), Censo Indígena 2001. Ver mapa Anexo (pág. 204) |
| Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y mejoramiento de su salud. | |
| Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas. | El MSDS tiene su página web y en ella se está construyendo una sección específica sobre la Salud Indígena. |
| Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OMS u otras instituciones (librería electrónica). | |

Segunda parte

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el periodo 1995-2004?

- Nace la Constitución de la República Bolivariana de Venezuela en el año 1999 con la participación del pueblo venezolano, incluyendo a los pueblos y comunidades indígenas, en donde se le ha dedicado un capítulo exclusivo los derechos de los pueblos indígenas (Capítulo VIII).
- El Ministerio de Salud y Desarrollo Social forma un equipo de trabajo con antropólogos y médicos para atender a la población indígena, principalmente en los estados donde esta población está más deprimida y más numerosa (2003).
- El Ejecutivo Nacional asigna recursos extraordinarios a los pueblos y comunidades indígenas para su atención en salud (2002).
- El Ministerio de Salud y Desarrollo Social crea la Coordinación de Salud Intercultural con Pueblos Indígenas (2004).
- Formación en Medicina y Trabajo Social de jóvenes bachilleres indígenas en Cuba, a través del convenio Cuba/Venezuela para este fin.

2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la salud de los pueblos indígenas en el periodo 1995-2004?

- Inequidad en la distribución de los recursos dirigidos a la atención de los problemas de salud en la población indígena.
- Desigualdad en el acceso y utilización de los servicios de salud: el nivel socioeconómico y la accesibilidad geográfica inciden considerablemente.
- Fragmentación en el uso de los recursos humanos y financieros asignados a planes y programas, sectoriales y extrasectoriales, destinados al mejoramiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas.

➤ Definición de un esquema de trabajo que comprenda el conocimiento y la cosmovisión indígena en la interacción con los sistemas de salud.

3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

- Reconocimiento de la diversidad cultural como paradigma para la construcción de un modelo integral en salud con énfasis en la articulación entre medicina tradicional y occidental.
- Protección de la biodiversidad ecológica en territorios de los pueblos indígenas, ya que los recursos naturales son afectados por actividades y proyectos de desarrollo que hace peligrar la salud de las comunidades y de la población en general.
- La construcción de la nueva institucionalidad y la intersectorialidad como paradigmas para el trabajo integral que verdaderamente de respuestas a las necesidades en salud de la población.
- Diseño de estrategias que posibiliten obtener información de base sistemática y coordinada sobre las condiciones de vida y situación de salud de los pueblos indígenas.
- Favorecer la participación protagónica de los pueblos y comunidades indígenas tanto en la identificación de problemas como en la generación, gestión, seguimiento y evaluación de proyectos y experiencias locales que contribuyan a mejorar la accesibilidad, calidad y equidad de la atención sanitaria.
- Desconocimiento de las estadísticas en salud de la población indígena.

| Análisis Estratégico | |
|---|---|
| <p>Potenciales: Características particulares del país que facilitarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Constitucionalmente se reconocen los derechos de los pueblos y comunidades indígenas. El progresivo desarrollo de iniciativas que movilizan la capacidad autogestiva de las comunidades y la concentración de esfuerzos a través de los gobiernos locales (estados y municipios). Sintonía política entre el Gobierno Nacional y la mayoría de las gobernaciones de los estados, alcaldías de municipios con población indígena, así como en las organizaciones indígenas. | <p>Debilidades: Aspectos negativos al interior del país que dificultarían las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Inequidad en la asignación de recursos sin criterios explícitos y por tanto sin indicadores específicos. Falta de formación intercultural de recursos humanos. Coexistencia de perspectivas: asistencialismo versus autogestión; integración versus interculturalidad. La Coordinación Intercultural de Salud con los Pueblos Indígenas (CISPI), no tiene aún suficiente capacidad de gestión para atender las innumerables demandas en salud de esta población, debido a su reciente creación y las grandes expectativas de estos pueblos que fueron recientemente tomados en cuenta. Falta de visión intercultural, sensibilidad y conocimiento sobre las condiciones de vida, cosmovisión, usos y costumbres de los pueblos indígenas en las instituciones gubernamentales. |
| <p>Oportunidades: Factores que están en el contexto, y que se piensa que actuarán a favor de las acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> La conformación de la Coordinación de Salud Intercultural con Pueblos Indígenas en el Ministerio de Salud y Desarrollo Social (MDSD) con la finalidad de impulsar y coordinar, con las demás direcciones e instituciones adscritas al MSDS y demás instituciones afines, los planes y programas dirigidos a la población indígena. La creación de la Misión Guaicaipuro con la finalidad de restituir los derechos de los pueblos indígenas a través de la coordinación intersectorial | <p>Amenazas: Factores negativos que pueden afectar la implementación de acciones tendientes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Preexistencia de sistemas de poder y autoridad. Complejidad de las relaciones internas de las comunidades indígenas y sus organizaciones. Intereses diversos que hacen que en la gestión de las diversas instituciones gubernamentales haya corrupción, inoperancia, burocratismo, entre otros. |

| Análisis Estratégico | |
|--|--|
| <p>de los diferentes ministerios y organismos gubernamentales y no gubernamentales.</p> <ul style="list-style-type: none"> La presencia constitucional de representantes de los pueblos indígenas en la Asamblea Nacional y órganos legislativos estatales y municipales. Creación de la Comisión Permanente de Pueblos Indígenas de la Asamblea Nacional, con la finalidad de generar e impulsar las leyes e iniciativas en materia indígena (2000). La paulatina construcción de alianzas estratégicas de apoyo al trabajo sobre soluciones consensuadas para el mejoramiento de las condiciones de salud de los pueblos indígenas. | |

Tercera parte

Tabla 1. Población y pueblos indígenas de Venezuela

| Población Nacional | Número de comunidades indígenas | Población en comunidades indígenas | Población en zonas urbanas | Población indígena del país | Porcentaje | Total pueblos indígenas |
|--------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------|-----------------------------|------------|-------------------------|
| | 1.889 | 183.343 | 350.348 | 533.691 | | 36 |

Fuente: INE, Censo de Comunidades Indígenas 2001.



Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 1)

Desafíos

Las estrategias de salud y salud pública deben comprender y abordar los factores estructurales, de riesgo e insertarse en la fortaleza de los pueblos indígenas:

- ▶ **Visibilidad estadística** de la población indígena a través de su consideración como categoría estadística en censos y registros administrativos permanentes. Esta ausencia impide establecer con precisión su situación actual como también establecer brechas que separen a la población indígena de la no indígena.
- ▶ La transversalización de la política y programas dirigidos a la población en toda la estructura del Poder Ejecutivo.
- ▶ La aplicación de indicadores étnicos en los programas sociales nacionales, visibilizando a la población indígena y orientando la inversión social hacia los segmentos de la población más vulnerable (niños, niñas, mujeres, tercera edad).

Factores a considerar

- ▶ **Localización:** las comunidades indígenas, en su mayoría, están localizadas en zonas rurales, muchas de ellas con difícil acceso geográfico y su distribución muestra una alta dispersión. Así mismo, los procesos de migración interna, conllevan al desplazamiento de las familias de sus lugares de origen hacia las ciudades y periferias, en busca de mejores condiciones de vida, que en la mayoría de los casos no se logra.
- ▶ **Heterogeneidad étnica y cultural:** Venezuela es un país multiétnico y pluricultural. Existen 36 pueblos indígenas ubicados principalmente en ocho estados del país. La mayor diversidad de pueblos indígenas se encuentra en los estados Amazonas y Bolívar, ubicados en el sureste del país. El mayor número de indígenas se encuentra en el estado Zulia, localizado al noroccidente del país.
- ▶ **Atención culturalmente apropiada:** La atención que se les brinda a los pueblos indígenas es

la misma que se les da a la población no indígena, es decir, no hay pertinencia sociocultural en la atención a los pueblos indígenas. Con la nueva Coordinación de Salud Intercultural de Salud con los Pueblos Indígenas (CISPI) se están realizando las acciones para darle una atención más apropiada a esta población.

Inequidades

- ▶ **Pobres:** no se conoce la dimensión de la pobreza de los pueblos indígenas. Hay situaciones que evidencian lo crítico de la situación, como la de las comunidades desplazadas por latifundios; las comunidades que periódicamente se desplazan hacia las principales ciudades donde viven de la mendicidad en las calles o recolectando lo que necesitan de los basureros. Los indígenas son altamente vulnerables ante las enfermedades y epidemias, que ocasionan un alto índice de mortalidad.
- ▶ **Analfabetismo:** Tienen alto índice de analfabetismo, y bajo promedio de escolaridad. Además de problemas de acceso, cobertura y baja calidad de la educación, se agrega los de pertinencia pedagógica. El alfabetismo en la lengua propia sigue siendo deficiente. Los niños, niñas y adolescentes, en su mayoría, no conocen el origen de su pueblo lo que conlleva a que gradualmente vayan perdiendo las bases y fundamentos culturales de su pueblo.
- ▶ **Desempleo:** Por la falta de registro en población indígena, no se sabe con exactitud las estadísticas que indiquen la situación de empleo en esta población. Las actividades económicas desarrolladas por los pueblos indígenas no son impulsadas por las políticas imperantes en el país y aún no son lo suficientemente reconocidas como parte de la economía nacional.

Estas actividades se reducen al trabajo estacional en las cosechas de diferentes productos, la producción artesanal, la inserción en planes de trabajo temporales y la economía informal. También se agregan las acciones dirigidas a la producción de autoconsumo, lo que conforman las estrategias de subsistencia.

Tabla 2. Desafíos, factores a considerar e inequidades (parte 2)

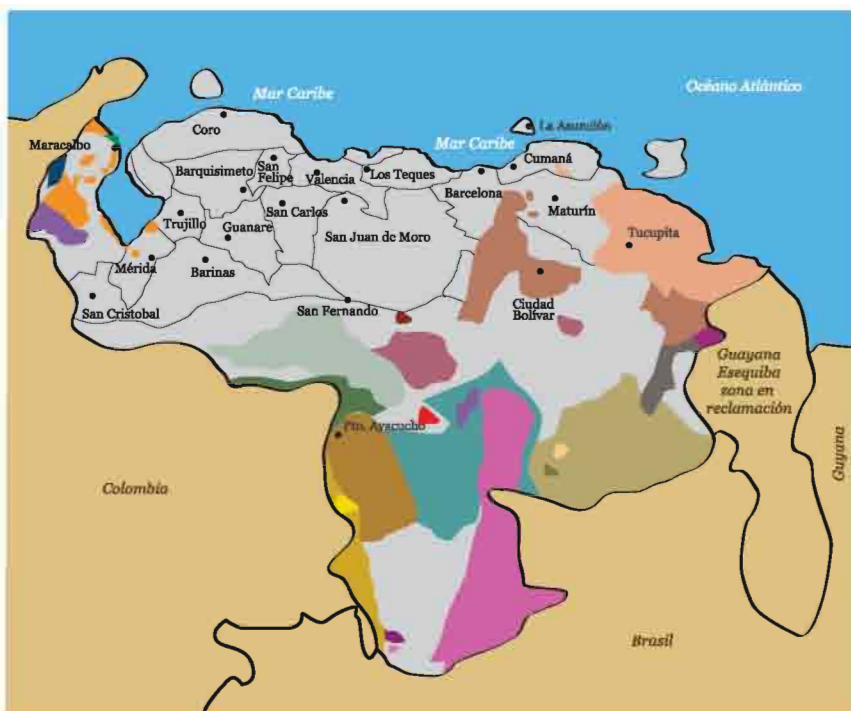
- ▶ **Desempleo:** Por la falta de registro en población indígena, no se sabe con exactitud las estadísticas que indiquen la situación de empleo en esta población. Las actividades económicas desarrolladas por los pueblos indígenas no son impulsadas por las políticas imperantes en el país y aún no son lo suficientemente reconocidas como parte de la economía nacional. Estas actividades se reducen al trabajo estacional en las cosechas de diferentes productos, la producción artesanal, la inserción en planes de trabajo temporales y la economía informal. También se agregan las acciones dirigidas a la producción de autoconsumo, lo que conforman las estrategias de subsistencia.
- ▶ **Servicios básicos:** La mayoría de las comunidades indígenas no cuentan con servicio de agua potable, ellos continúan abasteciéndose de agua de las fuentes naturales, sin embargo éstas por el desarrollismo imperante, se han contaminado de manera significativa, lo que ha conllevado a un alto índice de morbimortalidad en esta población.
- ▶ **Mortalidad infantil:** Por falta de registro en población indígena no se puede precisar la mortalidad infantil en dicha población. La mortalidad infantil del 2000 por municipio indica que los municipios con mayor tasa de mortalidad

son municipios indígenas, el primero de ellos es el municipio Alto Orinoco, en el estado Amazonas, con una tasa de mortalidad infantil de 88,4; le sigue el Estado Delta Amacuro, municipio Antonio Díaz con una tasa de 51,1 y en tercer lugar está Amazonas, municipio Autana con una tasa de mortalidad infantil de 46,81, los dos primeros están ubicados en el estrato con peores condiciones de vida.

- ▶ **Mortalidad materna:** Existe un claro predominio de causas obstétricas directas sobre la mortalidad materna. El municipio con mayor tasa de mortalidad materna registrada para el año 2000 es Almirante Padilla estado Zulia con 707; el segundo es Atabapo, estado Amazonas con 631 y el tercero es Antonio Díaz estado Delta Amacuro con 287. Estos municipios de alta proporción de población indígena están en el estrato con peores condiciones de vida.
- ▶ **Desnutrición:** la desnutrición infantil constituye la principal causa de morbimortalidad en las niñas y los niños indígenas.
- ▶ **Enfermedades infecciosas:** Predominan las enfermedades intestinales y respiratorias, enfermedades de la piel y mucosas, de origen bacteriano, parasitario y micótico.



Mapa de localización de los pueblos indígenas en Venezuela



Pueblos Indígenas de Venezuela

| | | | |
|------------------|--------|---------|--|
| Akawayo | Pume | Jodi | Yanomami |
| Añu | Saliva | Kariña | Yavarana |
| Arawak del Norte | Sape | Mapoyo | Yekuana |
| Bari | Uruak | Pemón | Yeral |
| Eñepa | Warao | Piaroa | Yukpa |
| Guajibo | Wayuu | Puinava | Arawak del sur (Baniva, Bara, Kurripaco, Piapoko, Warekena) |



Anexos

Población y pueblos indígenas de las Américas

La siguiente tabla ha sido construida con varias fuentes y actualizada con los datos que constan en cada uno de los perfiles de los países.

Población y pueblos indígenas de las Américas
(población expresada en miles de habitantes)

| | País | Población Nacional | Población Indígena | % | Pueblos # |
|------------|----------------------|--------------------|--------------------|-------|-----------|
| Proporción | 1. Bolivia | 8.274 | 134 | 62 | 37 |
| | Más de 40% | 2. Guatemala | 11.678 | 5.004 | 43 |
| | 3. Perú | 24.797 | 11.655 | 47 | 51 |
| | 4. Ecuador | 12.175 | 5.235 | 43 | 14 |
| | 5. Belice | 230 | 44 | 19 | 2 |
| | 6. Honduras | 6.194 | 743 | 12 | 9 |
| | 7. México | 105.000 | 12.400 | 12 | 62 |
| | 8. El Salvador | 6.757 | 743 | 11 | 3 |
| De 5 a 20% | 9. Nicaragua | 5.407 | 448 | 8,3 | 9 |
| | 10. Panamá | 2.800 | 232 | 8 | 7 |
| | 11. Guyana | 850 | 51 | 6 | 9 |
| | 12. Suriname | 460 | 22 | 6 | 6 |
| | 13. Chile | 15.116 | 692 | 4,6 | 8 |
| De 1 a 4% | 14. Guayana Francesa | 100 | 4 | 4 | 6 |
| | 15. Canadá | 31.434 | 976 | 3 | 3 |
| | 16. Argentina | 36.260 | 1.100 | 3 | 25 |
| | 17. Colombia | 43.000 | 877 | 2 | 82 |
| | 18. Venezuela | 23.242 | 533 | 2 | 36 |
| | 19. Islas del Caribe | 8.406 | 162 | 2 | 1 |
| | 20. Paraguay | 5.163 | 89 | 1,7 | 20 |
| | 21. Costa Rica | 3.810 | 63 | 1,7 | 8 |
| Menos d | 22. Brasil | 169.799 | 426 | 0 | 210 |
| | 23. Estados Unidos | 260.800 | 1.959 | 0 | 166 |
| | 24. Uruguay | 3.289 | 1 | 0 | 1 |
| | Gran Total | 548.606 | 43.593 | 14,3 | 798 |

Fuente: IDB, 2002. Informes de los países sobre la evaluación de los logros en salud en el marco del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, 2004.

Resoluciones CD37.R5, CD40.R6, CD47.R18 de la OPS

RESOLUCIÓN CD37.R5 "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS" APROBADA POR LA XXXVII REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO

El Consejo Directivo,

Visto el Documento CD37/20 sobre la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas; Tomando en cuenta las recomendaciones efectuadas por los participantes en la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud, realizada en la ciudad de Winnipeg, Manitoba, Canadá, del 13 al 17 de abril de 1993;

- > Reconociendo que las condiciones de vida y de salud que prevalecen entre una población estimada en unos 43 millones de indígenas en la Región de las Américas son deficitarias, expresándose en una mortalidad excesiva por causas evitables y en una menor esperanza de vida al nacer, lo cual demuestra la persistencia y aun la acentuación de las desigualdades de las poblaciones indígenas en relación con otros grupos sociales homólogos;
- > Considerando las aspiraciones de los pueblos indígenas de asumir el control de sus propias instituciones y formas de vida, la necesidad de fortalecer su propia identidad, así como de que se respeten sus derechos en cuanto a la salud y al medio ambiente;
- > Reconociendo la particular contribución de los pueblos indígenas al mantenimiento de la diversidad étnica y cultural de las Américas, a la biodiversidad y al equilibrio ecológico, y muy especialmente a la salud y nutrición de la sociedad;
- > Resaltando la necesidad de revalorar y respetar la integridad de valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de los pueblos indígenas, incluidos aquellos que tienen relación con la promoción y el mantenimiento de la salud, y con el tratamiento de las enfermedades y dolencias, y

> Reiterando la importancia de la estrategia de transformación de los sistemas nacionales de salud y de la propuesta de desarrollo de modelos alternativos de atención a nivel de los sistemas locales de salud (SILOS) como un recurso táctico valioso y requisito fundamental para la superación de los actuales problemas de déficit de cobertura, falta de acceso y baja aceptabilidad de los servicios de salud entre las poblaciones indígenas.

Resuelve:

1. Adoptar el Documento CD37/20, que describe la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas y el informe de la Reunión de Trabajo de Winnipeg con las conclusiones y recomendaciones sobre las que se basa la Iniciativa.
2. Instar a los Gobiernos Miembros a que:
 - a) Promuevan el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas;
 - b) Fortalezcan la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a fin de superar progresivamente la falta de información en este campo y asegurar mayor acceso a servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad;
 - c) Pongan en marcha las acciones intersectoriales que correspondan en los campos de la salud y el medio ambiente, tanto a nivel del sector oficial

como a través de organizaciones del sector no gubernamental (ONG), universidades y centros de investigación que trabajan en colaboración con organizaciones indígenas;

- d) Promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de la estrategia de los SILOS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad;
- e) Promuevan el desarrollo de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para atender problemas y áreas de mayor importancia en materia de salud indígena en sus países.

3. Solicitar al Director, dentro de la disponibilidad de recursos, que:

- a) Promueva la participación de los indígenas y sus comunidades en todos los aspectos del trabajo de la Organización sobre salud de los pueblos indígenas;
- b) Identifique, dentro de los programas de cooperación, recursos de cooperación técnica y preste apoyo a la movilización de recursos adicionales a nivel internacional y nacional para la puesta en marcha y evaluación de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas;
- c) Coordine el esfuerzo regional para promover la formación de redes de información y colaboración recíproca entre organizaciones, centros e instituciones que trabajan en el campo de la salud de pueblos, organizaciones y comunidades indígenas, utilizando los mecanismos, iniciativas y programas de la Organización ya existentes en la Región y en los países, y procurando obtener la cooperación de otros organismos y organizaciones;
- d) Amplíe las actividades de evaluación de las condiciones de vida y situación de salud para incluir a los pueblos indígenas de la Región, con el fin de superar paulatinamente la actual falta de información en este campo tanto a nivel regional como a nivel de los países;
- e) Promueva la investigación colaborativa, a nivel de la Región y países seleccionados, en temas

prioritarios de salud y atención de la salud de los pueblos indígenas.

(Aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 28 de septiembre de 1993)

RESOLUCIÓN CD40.R6 El XI Consejo Directivo,

- > Habiendo examinado el informe sobre la salud de los pueblos indígenas (documento CD40/14);
- > Reconociendo el cúmulo de pruebas que no cesa de aumentar sobre las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los aproximadamente 43 millones de indígenas de la Región de las Américas, y
- > Considerando los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria a las personas en zonas rurales aisladas y en las zonas urbanas marginales de la mayoría de los países,

Resuelve:

- > Tomar nota del informe sobre el progreso en la ejecución de la resolución CD37.R5, reafirmar el compromiso con las metas del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, y aprobar las actividades propuestas en el documento CD40/14.
- > Exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial los pueblos in
- > Señalar a los Estados Miembros que la renovación de la meta de salud para todos exige que se encuentren soluciones sostenibles para hacer frente a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que impiden brindar asistencia adecuada a los grupos vulnerables.
- > Pedir al Director que continúe esforzándose por llevar a la práctica la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 25 de septiembre de 1997).

RESOLUCIÓN CD47.R18 "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DE LAS AMÉRICAS"

Aprobada por la XXXXVII REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO

EL 47.º CONSEJO DIRECTIVO,

Reconociendo el progreso logrado por la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas y consciente de los resultados de la evaluación del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo;

Tomando nota de la existencia de inequidades de salud y en el acceso a los servicios de atención de salud que afectan a más de 45 millones de indígenas que viven en la Región de las Américas, y

Considerando que el logro de los objetivos de desarrollo internacionalmente acordados relacionados con la salud, incluidos aquellos contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, no podrán alcanzarse a menos que se atiendan las necesidades de salud específicas de las poblaciones excluidas, como los pueblos indígenas,

Resuelve:

1. Aprobar las líneas estratégicas de acción propuestas para la cooperación técnica de la OPS en el ámbito de la salud de los pueblos indígenas de las Américas.
2. Instar a los Estados Miembros a que:
 - a) Velen por la incorporación de la perspectiva de los pueblos indígenas en el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y las políticas sanitarias nacionales;
 - b) Mejoren la gestión de la información y del conocimiento en los temas de salud de los pueblos indígenas para fortalecer la capacidad para la toma de decisiones basadas en evidencia y la capacidad de monitoreo en la Región;

c) Incorporen el enfoque intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región como parte de la estrategia de atención primaria de salud;

d) Desarrollen, junto con la OPS/OMS, alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos para mejorar aún más la salud de los pueblos indígenas.

e) Promuevan la capacitación, la educación y el perfeccionamiento del liderazgo de los terapeutas indígenas, así como su incorporación en el sistema de salud formalmente, cuando corresponda;

f) Propicien la incorporación del criterio intercultural en los planes de estudios de todos los programas de capacitación y carreras en el campo de la salud y esferas afines, así como su ejecución en todas las instituciones sanitarias;

g) Promuevan el establecimiento de mecanismos de consulta permanente con las comunidades indígenas en las decisiones de salud relacionadas con estas;

h) Capaciten los recursos humanos de los sistemas de salud para que actúen como facilitadores interculturales.

3. Solicitar a la Directora que:

a) Apoye el desarrollo e implementación de las líneas estratégicas de acción propuestas para la cooperación técnica de la OPS, incluida la oportunidad para la elaboración de un Plan Regional para la Salud de los Pueblos Indígenas;

b) Abogue por la movilización de los recursos nacionales e internacionales para apoyar los esfuerzos encaminados a mejorar la salud de los pueblos indígenas en la Región;

c) Vele por que las líneas estratégicas de acción propuestas se incorporen en el Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana 2008-2012, y fomente su inclusión en la Agenda de Salud Decenal para las Américas.

(Novena reunión, 29 de septiembre de 2006)

Instrumento de evaluación

EVALUACIÓN DEL DECENIO INTERNACIONAL DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS DEL MUNDO

Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas:
Logros y Directrices Futuras

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

INTRODUCCIÓN

El Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1995-2004) fue proclamado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en su Resolución 48/163 del 21 de diciembre de 1993 con el objetivo principal de fortalecer la cooperación internacional para contribuir a la solución de los problemas que afectan a los pueblos indígenas en áreas tales como derechos humanos, medio ambiente, desarrollo, educación y salud. La lucha permanente de los pueblos indígenas y las propuestas del movimiento indígena fueron factores decisivos en esta proclamación.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y los Países Miembros para contribuir al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de las Américas y en cumplimiento de las Resoluciones CD37.R5 (1993) y CD40.R6 (1997) (Anexo 1: Resoluciones) y de los compromisos del Decenio, han estado promoviendo acciones a favor de estos pueblos en el marco y los principios de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas.

A pesar del progreso experimentado en la Región de las Américas existe evidencia de la inequidad que afecta a los pueblos indígenas de la Región. Un análisis adecuado de los avances y retos que aún persisten en los países en la atención de la salud de los pueblos indígenas, apoyará el desarrollo o reorientación de los esfuerzos en marcha. Para facilitar esta evaluación, a partir de las experiencias en la implementación de la Iniciativa Salud de los

Pueblos Indígenas en el ámbito regional y nacional, se ha elaborado el instrumento que se presenta en este documento.

El contexto para esta evaluación es apropiado al considerar la finalización del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo

(1995 - 2004), los renovados esfuerzos por consolidar la estrategia de Atención Primaria de Salud en las Américas al cumplirse el 25° aniversario de la Declaración de Alma Ata, y sobre todo, la prioridad que la OPS está dando al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas de las Américas en los procesos tendientes al cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

Persona de contacto

Los informes de progreso y los resultados de la evaluación deben ser enviados por vía electrónica (Office-Word) a la Dra. Rocío Rojas, THS/OS a la siguiente dirección electrónica: rorojas@paho.org.

OBJETIVO

A propósito de la finalización del Decenio Internacional de los pueblos Indígenas del Mundo (1995-2004), obtener información que facilite el análisis de los avances, desafíos y enfoques en la salud de los pueblos indígenas en los países de las Américas en el contexto de la renovación de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud⁶⁴ y del cumplimiento de las Metas del Milenio.

Principios

- 1) abordaje integral de la salud;
- 2) derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación;
- 3) derecho a la participación sistemática;
- 4) respeto por las culturas indígenas y su revitalización; y
- 5) reciprocidad en las relaciones.

METODOLOGÍA DE EVALUACION PRINCIPIOS

En la evaluación de los procesos se tomará en cuenta la aplicación de los cinco principios de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas ratificados en las resoluciones CD37.R5 y CD40.R6.

ELABORACIÓN DEL INSTRUMENTO

La metodología seguida en la elaboración del instrumento de evaluación incluyó:

- > Revisión de los avances en la implementación de las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6, en el marco de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas.
- > Plan de Acción 1995-1998 de la OPS/OMS para el Impulso de la Iniciativa en la Región de las Américas.
- > Informe de Progreso.
- > Marco de Referencia Estratégico y Plan de Acción 1999-2002 de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.
- > Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2003-2004 de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas.
- > International Decade of the Indigenous Peoples: 1995-2004: Achievements and Challenges in the Americas, April 2004 - Report to the Department of Ethics, Trade, Human Rights and Health Law (ETH) Sustainable Development and Healthy Environments (SDE) World Health Organization.

- > Revisión de informes de viaje, correspondencia mantenida con los países y otras instituciones afines y documentos técnicos enviados por los países.
- > Consulta con diferentes profesionales de la OPS, Ministerios de Salud y Organizaciones Indígenas y expertos.

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

La metodología para la presentación de los resultados incluirá dos momentos:

- a) Recopilación y sistematización de información y
- b) Presentación de los resultados en una Reunión de Consulta prevista del 6 al 10 de diciembre del 2004. Las personas responsables de completar el instrumento serán tres:
 - > Director de la Unidad Técnica Responsable de Salud de los Pueblos Indígenas en el Ministerio de Salud. De no existir una Unidad Técnica específica, el profesional responsable de la atención de la salud de los pueblos indígenas en el Ministerio de Salud.
 - > Representante indígena.
 - > Punto Focal de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS.

Los responsables de completar el instrumento asistirán a la reunión de consulta a realizarse del 6 al 10 de diciembre, 2004 y realizarán una presentación consensuada de 20 minutos de duración sobre los resultados obtenidos.

⁶⁴ En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS) celebrada en Alma-Ata identificó a la atención primaria de salud como la principal estrategia para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el Año 2000. En la Región de las Américas, los países hicieron suyos los cuatro principios básicos de la APS: 1) accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud; 2) compromiso, participación y empoderamiento individual y comunitario; 3) acción intersectorial por la salud; y 4) costo-eficiencia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles. En el año 2003, al cumplirse 25 años de la Conferencia de Alma Ata, los países han renovado su compromiso en la aplicación de estos principios. Artículo: 25 años después de Alma Ata (Incluye la Declaración sobre APS). http://www.paho.org/Spanish/DD/PIN/Numero17_articulo1_1.htm. En el año 2000, en la Cumbre del Milenio de las Naciones Unidas, los dirigentes mundiales de 191 países acordaron una serie de metas y objetivos medibles y con plazos para combatir la pobreza, el hambre, las enfermedades, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación en contra de la mujer. Estas metas, que constituyen el centro de la agenda mundial, se conocen actualmente con el nombre de Objetivos de Desarrollo del Milenio y constituyen un marco para que todos los países y agencias de las Naciones Unidas trabajen en forma conjunta y coherente por un fin común. Los objetivos y las metas se encuentran en la siguiente dirección electrónica: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/>.

CRONOGRAMA

| Fecha, 2004 | Actividad | Responsable |
|-------------------|--|---|
| 15 de julio | Envío del instrumento a los países. | Dra. Rocío Rojas, THS/OS |
| 15 de agosto | Primer informe de progreso incluye nombres de las personas que serán los responsables de completar el instrumento y por lo tanto representarán al país en la consulta a realizarse del 6 al 10 de diciembre, 2004. | Puntos Focales de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas. |
| 15 de septiembre | Primera versión de la evaluación. | Puntos Focales de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas. |
| 30 de septiembre | Envío del primer informe regional consolidado para revisión de los países. | Dra. Rocío Rojas, THS/OS. |
| 15 de octubre | Envío de aportes al informe regional consolidado. | Puntos Focales de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas. |
| 15 de noviembre | Envío de las presentaciones de los países para la reunión de consulta. | Puntos Focales de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas. |
| 30 de noviembre | Informe Regional Final. CD con las presentaciones de los países. | Dra. Rocío Rojas, THS/OS. |
| 6-10 de diciembre | Reunión de consulta. | Comité planificador. |

ESTRUCTURA DEL INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

PRIMERA PARTE

Consta de cuatro secciones a partir de los compromisos explícitos en los artículos de las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6, de los principios y áreas consideradas en los procesos de implementación de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas:

- > Acuerdos internacionales y políticas nacionales.
- > Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial.
- > Atención primaria de la salud e interculturalidad.
- > Información, análisis, monitoreo y gerencia.

Cada una de las secciones está dividida en temas trazadores que facilitarán la evaluación. En esta sección se incluyen ejemplos ilustrativos de varios países.

SEGUNDA PARTE

La segunda parte contiene una lista de preguntas y una matriz de análisis estratégico que apoyarán la identificación de las directrices para el trabajo futuro.

TERCERA PARTE

La tercera parte del instrumento contiene información disponible sobre datos demográficos y evidencia sobre la inequidad que afecta a los pueblos indígenas de la Región.

En esta sección se solicita que los países actualicen la información de la tabla 1 incorporando la fuente bibliográfica respectiva y la elaboración de una tabla similar a la tabla 2 con datos nacionales.

PRIMERA PARTE

Completar las matrices de cada sección:

Acuerdos internacionales y políticas nacionales

| Acuerdos internacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|--------------------------|-------------------------------------|---|
| | Constitución / Políticas Nacionales | Instancias Gubernamentales / Ministerios |
| | Políticas de Salud | Información de contacto |

Ejemplo:

| Acuerdos internacionales | Marcos legales | Unidades técnicas responsables de la Salud de los Pueblos Indígenas |
|--|--|--|
| Convenio 169 OIT ⁴⁴ Resolución CD37.85 Resolución CD40.86 ⁴⁵ | <p>Constitución / Políticas Nacionales</p> <p>La Constitución reconoce y garantiza el derecho de los pueblos y las comunidades indígenas a la libre determinación y, en consecuencia, a la autonomía para asegurar el acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional.</p> | <p>Instancias Gubernamentales / Ministerio</p> <p>Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas dependiente de la Presidencia de la República.</p> <p>Subdirección de Programas Estratégicos en Áreas Rurales Indígenas, Dirección General de Gestión de Servicios de Salud, Comisión Nacional de Protección Social en Salud, Secretaría de Salud.</p> |
| | <p>Políticas de Salud</p> <p>2004. Seguro Popular para Pueblos Indígenas, enfocado a satisfacer las necesidades de salud de los indígenas. Proyección de medicina tradicional e interculturalidad en los servicios de salud.</p> <p>Elaboración de propuesta de política de Atención a la Salud de Pueblos Indígenas. Proceso de capacitación intercultural a personal en formación en escuelas de medicina y enfermería.</p> | <p>Información de contacto</p> <p>Lic. Carlos Zolla E-mail: czolla@att.net.x Dr. Gonzalo Solís Cervantes Los Pinos México, Distrito Federal Tel. (52-55)5651-3199</p> |

⁴⁴ El Convenio 169 de la OIT (1989) ha sido ratificado por los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Colombia, Costa Rica, Dominica, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú, Venezuela

⁴⁵ Los 35 Estados Miembros de la OPS expresaron su compromiso de priorizar la atención de los pueblos indígenas de las Américas al firmar las Resoluciones CD37.85 (1993) y CD40.86 (1997).

Alianzas estratégicas y redes de colaboración interinstitucional e intersectorial

| | |
|---|--|
| Convenios del Programa Salud Indígena. | |
| Proyectos interinstitucionales / intersectoriales del Programa Salud Indígena. | |
| Proyectos multipais. | |
| Foros interinstitucionales/intersectoriales. | |
| Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas. | |
| Redes | |

Ejemplo:

| | |
|---|---|
| Convenios del Programa Salud Indígena. | No |
| Proyectos interinstitucionales/intersectoriales del Programa Salud Indígena. | Nacional: Salud y Nutrición para los Pueblos Indígenas. Interinstitucional: Salud, Agua y Saneamiento para disminuir la prevalencia de tracoma en San Juan Cancún, Chiapas. Campaña por la Diversidad Cultural (CONACULTA, CONAFE, CDI, CONAPO, SSA). Directrices de Políticas Lingüísticas (INALI, SSA, CONAFE, CONACULTA, CDI). |
| Proyectos multipais. | Proyecto conjunto México/Centroamérica/OPS para la atención intercultural de la salud en las comunidades rurales indígenas de México y Centroamérica. |
| Foros interinstitucionales/intersectoriales. | Grupo Nacional de Trabajo del Proyecto: Salud, Agua y Saneamiento para disminuir la prevalencia de tracoma en San Juan Cancún, Chiapas. |
| Organizaciones indígenas que incluyen el abordaje de la salud en sus agendas políticas. | No |
| Redes | No |

| |
|---|
| Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas, terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud. |
| Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígenas y convencional. |
| Asociaciones de terapéutas indígenas. |
| Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación, becas). |

Ejemplo:

| | |
|--|---|
| Políticas que promueven la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en los Programas Nacionales de Salud. | Las políticas de salud para población indígena establecen la adecuación de los servicios de salud a las características socioculturales de la población, con pleno respeto a las prácticas tradicionales de atención a su salud. Se modificó el Reglamento Interior de la Secretaría de Salud para establecer la capacitación intercultural a nivel federal y para proponer los modelos de atención a la salud considerando las características culturales de la población. (Art. 25) |
| Experiencias de armonización de los sistemas de salud indígena y convencional. | Se han establecido mecanismos de capacitación continua al personal de salud que atiende población indígena con énfasis en las relaciones de la salud intercultural. Se capacita respecto a la medicina tradicional para su reconocimiento como un sistema de salud vigente en regiones indígenas. Se incorporan médicos tradicionales al Consejo Asesor Honorario de la Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. |
| Asociaciones de terapéutas indígenas | Se trabaja con organizaciones indígenas de los Estados de Guanajuato, San Luis Potosí, Puebla, Oaxaca, Michoacán. |
| Programas de formación y desarrollo de recursos humanos (investigación y becas) | Se han establecido tres universidades con énfasis en las relaciones interculturales, para población indígena. |

Información, análisis, monitoreo y gerencia

| | |
|---|--|
| Información sobre el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas. | |
| Sistemas de información, monitoreo, evaluación de la salud de los pueblos indígenas. Incluye la variable de etnicidad. | |
| Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país. | |
| Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud. | |
| Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas. | |
| Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones. | |

Ejemplo:

| | |
|---|--|
| Información sobre el perfil demográfico, socioeconómico y epidemiológico de los pueblos indígenas. | http://www.equidad.df.gob.mx/indigenas/index.html |
| Sistemas de información, monitoreo y evaluación de la salud de los pueblos indígenas incluye la variable de etnicidad. | El sistema nacional de información en salud, liderada por la Dirección de Información de la SSA, está haciendo esfuerzos por incorporar la variable de pertenencia étnica. http://www.salud.gob.mx/unidades/dgjed/sinai/sinai.php |
| Mapas de localización de los pueblos indígenas en los países de acuerdo a la división política del país. | Existen diversas mapas nacionales y regionales donde figura la ubicación de los diversos pueblos indígenas de México. http://www.edomexico.gob.mx/sedseem/Mapa%20Pueblos.html http://www.equidad.df.gob.mx/boletines/detalleBoletines.html?id_boletin=21 |
| Caracterización de los pueblos indígenas respecto a sus condiciones de vida y salud, organización social y sistemas de creencias y valores que influyen en el mantenimiento y restauración de su salud. | Existen diversas publicaciones al respecto como: Indicadores socioeconómicos de los pueblos indígenas de México 2002. |
| Publicaciones periódicas sobre la salud de los pueblos indígenas. | No |
| Sección sobre salud de los pueblos indígenas en la página electrónica de los Ministerios de Salud, OPS u otras instituciones. | La secretaria de salud de México, a través de: http://www.salud.gob.mx/index_anterior.html (Medicina Tradicional) y del Programa de acción: Salud y Nutrición de los Pueblos indígenas: http://www.ciesas.edu.mx/bibdl/ http://www.gomaya.com/unmasking_sp/resonancia.html |

SEGUNDA PARTE

1. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?
2. ¿Cuáles son los problemas prioritarios en la atención de la salud de los pueblos indígenas en el período 1995-2004?
3. ¿Cuáles son los aspectos a considerar en la inserción de la salud de los pueblos indígenas como prioridad en los procesos que el país está promoviendo en la renovación de la Estrategia de Atención Primaria y en el cumplimiento de las Metas del Milenio?

Completar la siguiente matriz:

| Análisis Estratégico | |
|-----------------------|---------------------|
| Fortalezas: | Debilidades: |
| | |
| Oportunidades: | Amenazas: |
| | |

TERCERA PARTE

Actualizar la información de la tabla 1 y realizar una tabla similar a la tabla 2 con datos nacionales.

Población y pueblos indígenas de las Américas
(población expresada en miles de habitantes)

| | País | Población Nacional | Población Indígena | % | Pueblos # |
|-----------------------|----------------------|--------------------|--------------------|-----|-----------|
| Proporción Más de 40% | 1. Bolivia | 7.960 | 5.652 | 71 | 32 |
| | 2. Guatemala | 10.801 | 7.129 | 66 | 23 |
| | 3. Perú | 24.797 | 11.655 | 47 | 51 |
| | 4. Ecuador | 12.175 | 5.235 | 43 | 12 |
| | Sub total | 55.733 | 29.671 | 53 | 118 |
| De 5 a 20% | 5. Belice | 230 | 44 | 19 | 2 |
| | 6. Honduras | 6.147 | 922 | 15 | 7 |
| | 7. México | 95.831 | 13.416 | 14 | 59 |
| | 8. Chile | 14.824 | 1.186 | 8 | 5 |
| | 9. El Salvador | 6.032 | 422 | 7 | 3 |
| | 10. Guyana | 850 | 51 | 6 | 9 |
| | 11. Panamá | 2.200 | 132 | 6 | 7 |
| De 1 a 4% | 12. Suriname | 414 | 25 | 6 | 6 |
| | 13. Nicaragua | 4.807 | 240 | 6 | 6 |
| | Sub total | 131.335 | 6.438 | 13 | 104 |
| | 14. Guayana Francesa | 100 | 4 | 4 | 6 |
| | 15. Canadá | 29.100 | 1.045 | 3 | 3 |
| | 16. Paraguay | 5.222 | 157 | 3 | 18 |
| Menos de 1% | 17. Colombia | 40.803 | 816 | 2 | 81 |
| | 18. Venezuela | 23.242 | 465 | 2 | 28 |
| | 19. Islas del Caribe | 8.406 | 162 | 2 | 1 |
| | 20. Argentina | 36.123 | 361 | 1 | 15 |
| | 21. Costa Rica | 3.841 | 38 | 1 | 8 |
| | Sub total | 146.837 | 3.048 | 2 | 160 |
| | 22. Brasil | 165.851 | 332 | 0 | 197 |
| | 23. Estados Unidos | 260.800 | 1.959 | 0 | 166 |
| | 24. Uruguay | 3.289 | 1 | 0 | 0 |
| Sub total | 429.940 | 2.292 | 0 | 363 | |
| | Gran Total | 763.845 | 51.449 | 6,7 | 745 |

Fuente: IDB, 2002. Informes de los países sobre la evaluación de los logros en salud en el marco del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo, 2004.

Reunión Regional de Evaluación: Relatoría

La relatoría que se presenta a continuación refleja los resultados de las discusiones mantenidas en las plenarias y en los grupos de trabajo en el marco de la Reunión Regional “Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Logros y Directrices Futuras” realizada en Managua, Nicaragua del 6 al 8 de diciembre, 2004. Las recomendaciones de los participantes de la Reunión Regional han sido incorporadas en el documento “Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Ejes de Trabajo y Plan de Acción 2005–2015”.

La relatoría ha sido organizada en tres partes:

1. Comentarios generales.
2. Comentarios al documento “Programa Regional Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: Ejes de Trabajo y Plan de Acción 2005 2015” versión noviembre, 2004.

3. Resultados de la matriz de análisis en las siguientes áreas temáticas:

- > Abogacía, desarrollo de la capacidad técnica y coordinación.
- > Políticas y focalización en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
- > Información y gestión del conocimiento.
- > Atención Primaria de la Salud e Interculturalidad.

COMENTARIOS GENERALES

Es preciso la ratificación y aplicación de las resoluciones y los convenios internacionales, regionales y subregionales que competen a la salud de los pueblos indígenas.

- > Es imperativa la revisión conceptual que incluya la visión de los pueblos indígenas.
- > Falta una evaluación del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo por parte de las otras agencias del Sistema de Naciones Unidas para tener un enfoque integral en el abordaje de la situación de la salud de los pueblos indígenas.
- > Es primordial que la propuesta de convertir la Iniciativa en Programa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas se implemente efectivamente, tenga un sistema de seguimiento y evaluación y se le asignen recursos adecuados.

COMENTARIOS AL DOCUMENTO

- > Los representantes indígenas del Grupo #4 consideraron que las estrategias definidas en todos los ejes del documento del Programa no satisfacen sus necesidades sino que apuntan a logros institucionales.
- > Es importante precisar indicadores verificables.
- > Es necesario revisar la redacción de algunos objetivos, resultados esperados y actividades.
- > Es preciso incluir información de referencia y actividades adicionales.
- > Es imperativo realizar evaluaciones periódicas para conocer los avances en la aplicación del Programa.

RESULTADOS DE LA MATRIZ DE ANÁLISIS ABOGACÍA, DESARROLLO DE LA CAPACIDAD TÉCNICA Y COORDINACIÓN (parte 1)

| Lecciones aprendidas | Qué necesitamos | Cómo lo podemos hacer | Cómo lo podemos medir |
|--|---|---|---|
| La atención de la salud de los pueblos indígenas es un proceso dinámico que no solamente requiere compromiso, sino su operativización a través de financiamiento, participación directa de los pueblos indígenas, monitoreo, evaluación, normatividad. | Alianzas con los gobiernos locales con acompañamiento, seguimiento y evaluación. | Realización de diagnóstico de situación de salud con la participación indígena. | Líneas de acción implementadas que surgen del diagnóstico. |
| Se deben realizar procesos participativos de concertación y diálogo dentro de los países para la formulación de políticas públicas. | Apropiación del proceso por parte de los pueblos indígenas. En el contexto del Caribe debe haber más ONG para prestar servicios y para promover la participación. | Capacitando a promotores de salud indígenas desde una perspectiva intercultural y a funcionarios de salud en herramientas metodológicas y normatividad. | Procesos metodológicos desarrollados para la elaboración de políticas. |
| | Fortalecer procesos de representatividad indígena en la toma de decisiones | Garantizando los espacios de participación. | Participación indígena en los espacios locales de manera equilibrada y representativa. |
| | Construir procesos de manera conjunta a partir de las necesidades, problemas y propuestas por los mismos pueblos indígenas. | Fortaleciendo la identidad indígena. | Número de organizaciones indígenas reconocidas e involucradas en la toma de decisiones. |
| | Partir de un diálogo de saberes en el contexto de respeto y mutuo enriquecimiento, responsabilidad, compromiso y participación. | Realizando campañas públicas por la diversidad cultural. | Número de campañas realizadas. |

| Lecciones aprendidas | Qué necesitamos | Cómo lo podemos hacer | Cómo lo podemos medir |
|--|---|--|--|
| Se deben realizar procesos participativos de concertación y diálogo dentro de los países para la formulación de políticas públicas. | Participación de los pueblos indígenas desde la definición hasta la implementación, seguimiento, evaluación de las políticas. | Reconociendo y valorando la identidad cultural por parte de los no indígenas. | Número de leyes, políticas sectoriales, programas y documentos que reconocen la diversidad (educación, salud, ambiente, empleo, seguridad social, territorio). |
| Fortalecimiento de las organizaciones indígenas | Fortalecimiento de espacios para abordar la salud desde una perspectiva integral, intrasistémico-nal, interinstitucional e intersectorial | Creando herramientas jurídicas para hacer operativo el Convenio 169 de la OIT. | Número de herramientas que surgen a partir del 2005 y que tengan en cuenta iniciativas de las comunidades. |
| Institucionalización de espacios | Fortalecimiento de las instancias organizativas indígenas (asociaciones tradicionales, organizaciones indígenas) | Monitoreando los recursos económicos asignados a los temas de salud. | Modelo de atención basado en las necesidades y características culturales de los pueblos indígenas. |
| Promover los derechos de los pueblos indígenas en el marco de la autonomía y empoderamiento de los pueblos | Institucionalización de espacios para abordar la salud desde una perspectiva integral, intrasistémico-nal, interinstitucional e intersectorial | Creando espacios de representación indígena del nivel local al nacional. | A través de la rendición de cuentas. |
| Fortalecimiento de las instancias organizativas indígenas (asociaciones tradicionales, organizaciones indígenas) | Promover los derechos de los pueblos indígenas en el marco de la autonomía y empoderamiento de los pueblos | Definiendo una línea de base. | Número de espacios de representatividad Número de redes funcionando Espacios de planificación |
| Procesos apoyados por los organismos internacionales deben partir de las cosmovisiones de los pueblos indígenas, deben tener impacto satisfactorio con un control social y seguimiento compartidos. | Fortalecimiento de las instancias organizativas indígenas (asociaciones tradicionales, organizaciones indígenas) | Mediación cultural con asistencia técnica y capacitación. | Número de capacitaciones e intercambios realizados. |
| Que se parta de la visión holística de la salud como lo propone la cosmovisión indígena. | Procesos apoyados por los organismos internacionales deben partir de las cosmovisiones de los pueblos indígenas, deben tener impacto satisfactorio con un control social y seguimiento compartidos. | Intercambio de información entre países y generación de redes. | |
| Debe definirse una política de Estado enfocada al derecho a la salud de pueblos indígenas. | Que se parta de la visión holística de la salud como lo propone la cosmovisión indígena. | Abrir espacios de a) planificación; b) competencia cultural, c) empoderamiento individual. | |
| Tener claridad en la definición de los principios de inclusión social, equidad, interculturalidad, para poder operar la política y estos deben ser discutidos y consensuados con participación indígena y de otros sectores. | Tomar en cuenta la participación de la representación indígena desde la planeación, diseño, seguimiento y evaluación para poder definir las políticas de salud. | Sensibilización de las autoridades nacionales, regionales y locales sobre la importancia del tema. Empoderamiento de los pueblos indígenas sobre sus derechos de desarrollo integral, especialmente el derecho a la salud y educación. | Mecanismos que oficializan la participación indígena. Número de instancias de toma de decisión con participación indígena. Incorporación de la temática indígena en el quehacer del país. |
| Debe definirse una política de Estado enfocada al derecho a la salud de pueblos indígenas. | Tener claridad en la definición de los principios de inclusión social, equidad, interculturalidad, para poder operar la política y estos deben ser discutidos y consensuados con participación indígena y de otros sectores. | Creación de estructuras en las instituciones de salud que operativicen la política con respaldo legal para su funcionamiento. | |
| Transversalizar el componente de pueblos indígenas en los programas de salud para ofertar un paquete de servicios. | Identificación de mecanismos de participación, talleres comunitarios, institucionales, interinstitucionales, intersectoriales, seminarios de discusión de pueblos indígenas en cada momento del proceso. Abogacía en todos los niveles. | Generando grupos de discusión en diferentes niveles para lograr el consenso de las definiciones de los principios que sustentan la política nacional. | Presencia de mecanismos democráticos y/o consensuados para garantizar la representatividad de los pueblos indígenas a nivel local, regional, y nacional. |
| Garantizar la sostenibilidad de procesos a ser implementados. Sensibilizar a los gobiernos sobre la importancia de los programas de salud de los pueblos indígenas para la asignación de recursos. | Transversalizar el componente de pueblos indígenas en los programas de salud para ofertar un paquete de servicios. | Definiendo el enfoque para pueblos indígenas dentro de los programas que funcionan en cada Ministerio, a través de consultas a usuarios y especialistas tradicionales. | Número de unidades técnicas en los Ministerios de Salud que incluyen el enfoque intercultural de la salud. |
| Garantizar la sostenibilidad de procesos a ser implementados. Sensibilizar a los gobiernos sobre la importancia de los programas de salud de los pueblos indígenas para la asignación de recursos. | Garantizar la sostenibilidad de procesos a ser implementados. Sensibilizar a los gobiernos sobre la importancia de los programas de salud de los pueblos indígenas para la asignación de recursos. | Comprometiendo al gobierno para una asignación presupuestaria regular y adecuada a las necesidades para la atención integral de salud de los pueblos indígenas. | Número de acuerdos entre organizaciones indígenas y gobiernos para el desarrollo de planes de trabajo conjuntos, implementación de programas, capacitación, investigación, pasantías, becas que les permitan a los jóvenes indígenas tener mejores perspectivas de vida. |

**RESULTADOS DE LA MATRIZ DE ANÁLISIS
ABOGACÍA, DESARROLLO DE LA CAPACIDAD TÉCNICA Y COORDINACIÓN (parte 3)**

| Lecciones aprendidas | Qué necesitamos | Cómo lo podemos hacer | Cómo lo podemos medir |
|---|---|---|--|
| Se deben realizar procesos participativos de concertación y diálogo dentro de los países para la formulación de políticas públicas. | Fortalecer el liderazgo indígena enfocado a la búsqueda del bien general del colectivo indígena con un enfoque de consenso de todos los pueblos que están en un país. | Creando estructuras en las instituciones de salud que operativicen la política con respaldo legal para su funcionamiento, garantizando la participación igualitaria de representantes indígenas en direccionamiento de su proceso. Generando alianzas de las organizaciones de pueblos indígenas, instancia de la sociedad civil, agencias de cooperación y Estado para la gestión e inversión de recursos en respuesta a las acciones definidas en la política nacional de los pueblos indígenas. | Número de convenios de cooperación, intercambio y movilización de recursos al interior del país y entre países. |
| Debe definirse una política de Estado enfocada al derecho a la salud de pueblos indígenas. | Un secretariado permanente en la OPS para impulsar los temas de salud indígena; podría tomar la forma de un consejero especial a nivel de la Dirección de la Organización. Alianzas entre pueblos indígenas dentro y entre los países. Capacitación en materia de abogacía. Revisar los documentos de la OPS incluyendo una visión indígena. | Animando a que la OPS desempeñe un rol de abogada en el tema de la salud de los pueblos indígenas en foros internacionales incluyendo la promoción de estrategias regionales. Promoviendo intercambios entre los pueblos indígenas. Proporcionando apoyo técnico en el desarrollo de instrumentos y metodología de capacitación. Análisis de las respuestas que los pueblos indígenas han desarrollado para enfrentar su situación de salud enfatizando el fomento de la autodeterminación | Presencia de la OPS y representantes indígenas y de los Ministerios de Salud en foros internacionales y regionales. Número de proyectos conjuntos. Número de acuerdos de cooperación. Módulos de capacitación. Marcos conceptuales y estrategias operativas concertadas con los pueblos indígenas. |

Anexo 4

**RESULTADOS DE LA MATRIZ DE ANÁLISIS
POLÍTICAS Y FOCALIZACIÓN EN LOS OBJETIVOS DE DESARROLLO DEL MILENIO**

| Lecciones aprendidas | Qué necesitamos | Cómo lo podemos hacer | Cómo lo podemos medir |
|---|---|---|--|
| Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) no incluyen la visión indígena en su marco conceptual, ni representatividad indígena en sus procesos de implementación. | Completar los Objetivos de Desarrollo del Milenio con un enfoque específico de pueblos indígenas. Evaluar el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) a partir de información desagregada por pertenencia étnica. | Promoviendo la participación de los representantes indígenas en los procesos de los ODM. Desarrollando sistemas de información e información que consideren la variable de etnicidad con plena participación indígena. | Incorporación de la visión indígena en los ODM. Evaluación del cumplimiento de los ODM a partir de la información desagregada por pertenencia étnica. |

Anexo 4

| Lecciones aprendidas | Qué necesitamos | Cómo lo podemos hacer | Cómo lo podemos medir |
|--|---|---|---|
| <p>Existe una legislación sobre patentes de productos provenientes del conocimiento ancestral.</p> <p>Existe información enfocada hacia el rescate de los valores culturales, pero no hacia los aspectos que atentan contra estos valores culturales de los indígenas.</p> | <p>Difundir la legislación relacionada con las patentes, así como de aquellas actividades que se pueden realizar dentro de los territorios indígenas y de los estudios de impacto ambiental que son necesarios de realizar.</p> <p>Difundir las experiencias que se han llevado a cabo en la Región de las Américas y con otros grupos étnicos del mundo.</p> <p>Denunciar las agresiones a los pueblos indígenas de las Américas en cuanto a explotaciones ilegales del territorio, violaciones a los derechos humanos concernientes a la salud y a la vida.</p> <p>Incluir los factores de riesgo a que están abocados los pueblos indígenas (ambientales, sociales, de salud, económicos) y factores protectores que influyen en el bienestar de los pueblos indígenas en los sistemas de información.</p> <p>Tener conocimiento de lo que se produce en materia de medicamentos y cómo se produce.</p> | <p>Abriendo espacios de discusión y análisis de la legislación vigente.</p> <p>Promoviendo encuentros de intercambio, visitas, pasantías, página web.</p> <p>Presentando denuncias formales.</p> <p>Creando opinión pública a través de denuncias informales ante los medios de comunicación.</p> <p>Estableciendo un sistema de información georeferenciado de riesgos que permita tomar decisiones.</p> <p>Construyendo indicadores para evaluar el concepto holístico de la salud y la calidad de la atención.</p> <p>Partiendo de la percepción de riesgo que tienen los pueblos indígenas.</p> <p>Definiendo leyes que obliguen a las empresas y al Estado a divulgar esta información.</p> | <p>Incorporación de la discusión de la legislación existente en las agendas institucionales e indígenas.</p> <p>Número de encuentros realizados</p> <p>Número de experiencias replicadas al interior del país y en otros países.</p> <p>Número de iniciativas desarrolladas</p> <p>Número de denuncias presentadas.</p> <p>Validación social del mapa de riesgos.</p> <p>Establecimiento de medidas de mitigación del riesgo.</p> <p>Países con legislación referente al control de medicamentos y alimentos transgénicos.</p> |
| <p>Existe información enfocada hacia el rescate de los valores culturales, pero no hacia los aspectos que atentan contra estos valores culturales de los indígenas.</p> | <p>Mejorar la comunicación hacia las comunidades mas alejadas de los centros urbanos y que serán las mas afectadas por proyectos ambientales.</p> <p>Dar a conocer la metodología desarrollada en los países dentro de los programas formadores de salud para incorporar elementos de la medicina tradicional y del enfoque intercultural.</p> <p>Disminuir la brecha de acceso al conocimiento tecnológico por parte de los pueblos indígenas.</p> <p>Introducir la variable de etnicidad e interculturalidad en los sistemas de información, que permita fortalecer la vigilancia de salud y prestación de servicios para comparar entre grupos y garantizar la gestión de recursos y la reorientación de las estrategias de los programas.</p> <p>Regular las investigaciones desarrolladas en localidades indígenas para garantizar el pleno respeto de la propiedad intelectual y mismas en la población que brindó el conocimiento.</p> | <p>Informando sobre los proyectos a los diferentes afectados o beneficiados, a través de los medios de comunicación, de documentos traducidos a los idiomas indígenas.</p> <p>Animando a que la OPS de a conocer a las universidades y a las escuelas de ciencias de la salud los avances en la incorporación del enfoque intercultural.</p> <p>Desarrollando una política de Estado equitativa en cuanto al acceso tecnológico por parte de los pueblos indígenas.</p> <p>Definición y validación de los indicadores para garantizar la operativización de la variable de etnicidad.</p> <p>Creando el marco regulatorio nacional para la evaluación y aprobación de proyectos dirigidos a los pueblos indígenas.</p> <p>Creando mecanismos para la socialización de las propuestas de proyectos en las comunidades indígenas.</p> <p>Creando procesos de vigilancia con la participación de las diferentes estructuras organizativas de los pueblos indígenas.</p> <p>Creando mecanismos de divulgación de los resultados de las investigaciones desarrolladas.</p> <p>Garantizando que las comunidades al ser beneficiadas por un proyecto, participen en todas las fases del mismo.</p> | <p>Número de proyectos y programas con intervención de las comunidades.</p> <p>Número de respuestas y tópicos incorporados en los planes de estudio de las escuelas y las ciencias de la salud de cada país.</p> <p>Sistemas de difusión acordes a las características de los pueblos indígenas funcionando.</p> <p>Indicadores referentes a la pertinencia étnica incorporados en los sistemas de información.</p> <p>Presencia de marco regulatorio.</p> <p>Mecanismos desarrollados.</p> <p>Normas de vigilancia establecidas.</p> <p>Mecanismos desarrollados.</p> <p>Directrices establecidas.</p> |

**RESULTADOS DE LA MATRIZ DE ANÁLISIS
INFORMACIÓN Y GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO
(parte 2)**

| Lecciones aprendidas | Qué necesitamos | Cómo lo podemos hacer | Cómo lo podemos medir |
|---|--|--|---|
| Existe información enfocada hacia el rescate de los valores culturales, pero no hacia los aspectos que atentan contra estos valores culturales de los indígenas | Crear mecanismos de aprobación, control y monitoreo de proyectos que se desarrollen en poblaciones indígenas y medición sistemática de los mismos. Elaborar documentos culturalmente adecuados con información dirigida a la población. | Realizando evaluaciones periódicas sobre los avances de los proyectos implementados. Creando boletines informativos. Diseñando páginas web, con temas relacionados con pueblos indígenas. Involucrando a la población en el diseño y elaboración de documentos y programas. Tomando en cuenta elementos idiomáticos para ampliar la difusión de información. | Resultados de las evaluaciones. Boletines publicados con participación indígena y en idiomas indígenas. Páginas web con participación indígena. |
| | | Creación de programas de educación permanente en temas relacionados a la salud de pueblos indígenas en ambiente, seguridad alimentaria, relación al consumo de productos libres de contaminación genética. Promoción y valoración de productos tradicionales de la comunidad. | Número de programas de educación. Número de productos nativos incorporados en la dieta de la población y en los programas de protección de especies nativas. |

Anexo 4

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD E INTERCULTURALIDAD

| Lecciones aprendidas | Qué necesitamos | Cómo lo podemos hacer | Cómo lo podemos medir |
|--|--|--|---|
| No existe un perfil epidemiológico con enfoque cultural de los pueblos indígenas. | Hacer evaluaciones que midan el impacto de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en los indicadores de salud de los pueblos indígenas. | Definiendo indicadores desde la cosmovisión indígena. | Número de perfiles epidemiológicos con enfoque cultural. |
| Participación comunitaria en función del sistema occidental, pero no con enfoque cultural. | Establecer redes de relaciones e intercambio de conocimientos entre las instituciones y los pueblos indígenas. | Fomentando encuentros de educación y salud intercultural. Creando espacios realistas de participación. | Número de redes y alianzas establecidas. |
| Hay limitación del servicio de salud. | Desarrollar estrategias de reproducción de nuevos hábitos saludables en las escuelas y comunidades a partir de la propia cultura y con personal de las mismas comunidades. | Socializando y validando la estrategia de escuelas saludables indígenas. | Número de espacios saludables funcionando y culturalmente aceptados. |
| No se ha sintetizado la información sobre el avance de la Atención Primaria de la Salud en zonas con población indígena. | Fomentar la atención culturalmente competente ligada a la red de salud (primero, segundo y tercer nivel de atención). | Certificando unidades de salud culturalmente competentes. Construyendo criterios e indicadores para la certificación de los establecimientos. | Sistema de financiamiento y certificación intercultural disponible. Número de establecimientos o unidades de salud culturalmente adecuados |
| Tendencia a la privatización y debilitamiento de los servicios públicos de salud y de la Atención Primaria de la Salud. | Revitalizar la Estrategia de Atención Primaria de la Salud dentro de la Reforma Sectorial. | Promoviendo acciones en interculturalidad y salud en el marco de la renovación de la Estrategia de APS. | Priorización de la atención de la salud de los pueblos indígenas en el marco de la APS. |

Anexo 4

Reunión Regional: Declaración de Managua emitida por los líderes indígenas

LA SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS: RETOS EN EL LOGRO DE LA EQUIDAD

Sesión especial de los líderes indígenas

En el marco de la declaración del Decenio de los Pueblos Indígenas del Mundo reconocemos algunos logros alcanzados en el fortalecimiento de la Salud de los Pueblos Indígenas, fruto de ello ha sido la creación de la "Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas", en este contexto proponemos que este esfuerzo debe ser enmarcado en un "Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas que nos permita direccionar la elaboración de políticas públicas de acuerdo a la realidad indígena y la nacional que nos conduzcan a alcanzar modelos de salud intercultural.

Por lo tanto, proponemos los siguientes retos para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio:

Fortalecer la cultura y la espiritualidad de los pueblos indígenas, incidiendo, elaborando y transformando los marcos jurídicos de cada país.

Asegurar que los diferentes gobiernos de la Región se comprometan a trabajar en cuanto a la formulación de políticas públicas que se conviertan en verdaderas acciones que mejoren las condiciones de vida de los pueblos indígenas.

Fortalecer institucionalmente a los pueblos indígenas, con los medios y recursos necesarios. Buscar la coordinación entre instancias del Estado, organismos internacionales de cooperación con los pueblos indígenas.

Fortalecer la capacidad política de los pueblos indígenas para lograr la formulación y negociación de una agenda de salud.

Crear o fortalecer nuestros espacios para discutir el tema de la salud desde nuestra perspectiva. Crear nuestras propias redes de información e intercambio sin que se arriesguen nuestros saberes.

Invertir en los procesos, para que no sean concebidos desde nuestros pueblos y ejecutados desde los mandos centrales.

Aprobar y cumplir los convenios internacionales a favor de nuestros pueblos indígenas en los estados de las Américas.

Hacer que se reconozcan los sistemas de salud de las diferentes nacionalidades indígenas.

Lograr la participación real de los pueblos indígenas en programas y proyectos de salud.

Divulgar e intercambiar experiencias exitosas que estén desarrollando los pueblos indígenas de los países de las Américas.

Que los pueblos indígenas se mantengan vigilantes y luchen por que se respete nuestra cosmovisión frente a los tratados y convenios internacionales y los megaproyectos que se elaboran y ejecutan en nuestras regiones.

Coordinación directa de los pueblos indígenas, fortaleciendo el control social por parte de los pueblos indígenas.

Que los pueblos indígenas no sean el instrumento de los proyectos y programas que desarrollan los gobiernos, sino que decidan sus propias necesidades priorizadas a partir de una verdadera participación equitativa y protagónica.

Implementar una propuesta de etnodesarrollo y un plan de política indígena, en el hábitat que tienen los pueblos y comunidades indígenas para ayudar a resolver las carencias y reafirmar la identidad y autonomía de los pueblos indígenas.

Dichas políticas tendrán un carácter específico vinculado con la realidad sociocultural y forma de vida indígena.

Hacer entender a los políticos, funcionarios públicos y privados la visión holística de salud de los pueblos indígenas.

Que se revisen los indicadores de pobreza utilizados para caracterizar a pueblos indígenas de manera que se perciba correctamente a los pueblos indígenas sin mancillar su dignidad (los pueblos indígenas somos parte de una rica biodiversidad milenaria).

Lograr que el diálogo intercultural se convierta en una estrategia de complementación de los sistemas de salud.

Crear capacidades en los pueblos indígenas para aprovechar elementos positivos del mundo occidental para el desarrollo socioeconómico.

Demandamos que todos los proyectos y acciones dirigidas a los pueblos indígenas de las Américas se inscriban en el marco del Programa Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS y sean guiados por los principios que orientan el programa.

Que se contextualice el tema indígena en el marco de la reforma al sector salud y que no se ponga en peligro la atención primaria en salud por intenciones de privatización.

Managua, Nicaragua, 8 de diciembre, 2004

Reunión Regional de Evaluación: Lista de participantes

BELICE

Dr. Jose Antonio Marengo

Regional Manager
Southern Region
Ministry of Health
Dangriga Town
Tel. 00 501 522 2078, 00 201 5222 805
drjamarengo@hotmail.com
Belize, C.A.

Sra. Cherry Mae Avilez

Project Coordinator
Southern Alliance for Grassroots Empowerment
Jose Maria Nunez Street Punta Gorda Town
Tel. (501) 722-2744
e-mail: sagelol@btl.net
cmaevilez@hotmail.com
Belize, C. A.

BOLIVIA

Sr. Rubén Aparicio

Secretario de Salud de CIDOB
Confederación de Pueblos Indígenas de Bolivia
Tel. 349-8494, Cel. 710-45468
e-mail: Cubau_aparicio@4deb-bo.org
La Paz, Bolivia

Sra. María Angélica Gómes

OPS/OMS Bolivia
Calle Victor Sanjinez No. 2678
Edificio Torre Barcelona Pisos 1,6 y 7
Zona Sopocachi
La Paz, Bolivia
Casillas Postales 9790 y 2504
La Paz, Bolivia
Tel. (011-591-2) 2412-313
Fax (011-591-2) 2412-598
e-mail magomes@bol.ops-oms.org

Sra. Martha Chipana Chuquimid

Técnico de Promoción de Salud
Ministerio de Salud

Tel. 22 492926
Marthachipana@hotmail.com
Bolivia

BRASIL

Dr. Edgard Dias Magalhães

Asesor Técnico
Ministerio de Salud
Tel. 55 21 61 314-6212
Edgard.magallanes@funasa.gov.br
Brasil

Dr. Miguel Malo

Organización Panamericana de la Salud Brasil
Representante da OPAS/OMS no Brasil
Setor de Embaixadas Norte, Lote 19
70800-400 - Brasília, D.F., Brasil
Caixa Postal 08-729
70312-970 - Brasília, DF, Brasil
Tel. (011-55-61) 426-9595
Fax (011-55-61) 426-9591
e-mail miguel@bra.ops-oms.org

CANADA

Sr. Pierre Bouret

Policy Analyst
Strategic Policy, Planning & Analysis Directorate
First Nations and Inuit
Health Branch, Health Canada
PL 1921D Jeanne Mance Building,
Tunney's Pasture Ottawa, Ontario
Canada K1A 0K9, Canada
Tel. 613-948-7570 Fax: 613-954-0765
e-mail: pierre_bouret@hc-sc.gc.ca

Dr. Jay Wortman

Regional Director-BC-Yukon
First Nations and Inuit Health Branch
Health Canada
5th Floor, Room 540
Sindair Centre - Federal Tower
757 West Hasting Street

Vancouver, British Columbia
V6C 3E6, Canada
Tel. 604-6663235
e-mail: jay_wortman@hc-sc.gc.ca

Jeff Reading MSc., PhD.

Scientific Director CIHR Institute of Aboriginal
Peoples' Health and Professor
Faculty of Human and Social Development
University of Victoria
Tel. (250) 472-5449
Fax (250) 472-5450
e-mail jereading@uvic.ca

PERU

Ing. Ricardo Dianderas

Coordinador Proyecto Regional
CEPIS/OPS
Telf. (511) 437-1077
Lima, Perú

COLOMBIA

Dra. Gina Carrioni

Coordinadora del Grupo de Equidad y Género
Dirección General de Promoción Social,
Carrera 13 No. 32-76, Piso 12
Tel. 336-5066 Ext 1236
e-mail gcarrioni@minproteccionsocial.gov.co
Costa Rica

Sr. Lizardo Domicó Yagari

Calle 13 No. 4-38
Bogotá, Colombia
Tel. 284-2168
Fax 284-3465
e-mail onic@colnodo.apc.org

COSTA RICA

Sra. Xinia Gómez Sarmiento

Coordinadora, Equipo Técnico Asesor en Salud de
los Pueblos Indígenas
Dirección de Desarrollo de la Salud
Ministerio de Salud Costa Rica
Oficinas Centrales, Segundo Piso

Calle 16, avenida 6 y 8, Costa Rica
Teléfono: 2568248
Fax: 2568410
e-mail: xgomez@costarricense.cr

Hugo Lázaro Estrada

Asociación Regional Indígena Dikes
Director
Buenos Aires, Puntarenas 150 sur de la Clínica del
Seguro Social
Teléfono: 730 02 89
Fax: 258 58 30
e-mail: aradikes@racsa.co.cr
kuasran@yahoo.com.mx

Sr. Humberto Montiel

Organización Panamericana de la Salud Costa Rica
Punto Focal en Salud de los Pueblos Indígenas
OPS/Costa Rica
Ministerio de Salud, Oficinas Centrales.
Segundo Piso Calle 16, avenida 6 y 8.
Teléfono: 2585810
Fax: 2585830
e-mail: montielh@cor.ops-oms.org

CHILE

Lic. Margarita Sáez Salgado

Encargada de Unidad Salud y Pueblos Indígenas
Ministerio de Salud
Santiago, Chile
Fono: 56-2-6300755
Fax: 56-2-6300751
Correo electrónico: msaez@minsal.gov.cl

Dr. Christian Darras

Servicios de Salud
OPS/OMS-Chile
darras@chi.ops-oms.org
Chile

Sra. Yolanda Nahuelcheo

Coordinadora Regional Salud Intercultural
Secretaría Regional, Ministerio de Salud
TEL. 45-235545
Yolmongen@yahoo.es
Chile

DOMINICA

Dr. Patrick Cloos
Chief Medical Officer
Ministry of Health Government Headquarters
Roseau
Commonwealth of Dominica, West Indies
Tel. 767-448-2401 (#3521,3258)
Fax 767-448-6086
Email cmo@cwdom.dm

Sra. Sylvie Paris-Warrington,
Primary Care Nurse (Carib Territory),
Tel: 1-767-4458656

EL SALVADOR

Evangelina Hernández de Ventura
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Asesora Médica, Dirección General de Salud y
Aseguramiento de la Calidad
Calle Arce NO 827, San Salvador El Salvador.
Teléfono: 202-7213
Fax: 271-3524
e-mail: eventura@mispas.gob.sv

Sra. Betty Pérez
Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvador-
eño (CCNIS)
Coordinadora CCNIS
Col. Flor Blanca, Calle El Progreso,
Reperto Rosedal, Pasaje Las Rosas # 7,
San Salvador, El Salvador.
Teléfono: 298-8676
e-mail: ccnis@sahnet.net
Dr. Jorge Jenkins
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
Asesor en Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental
Dirección: 73 Avenida Sur NO 135, Colonia
Escalón, San Salvador, El Salvador
Teléfono: 298-3491
Fax: 298-1168
e-mail: jjenkins@els.ops-oms.org

ESTADOS UNIDOS

Dr. Joseph Bastien
Department of Sociology and Anthropology
The University of Texas at Arlington
601 South Nedderman Drive Room 430
Arlington, Texas 76019
E mail: bastien@uta.edu

GUATEMALA

Dr. Efraín López
Organización Panamericana de la Salud, Guate-
mala
Edificio Etisa, Plazuela España
7a. Avenida 12-23, Zona 9
Guatemala, Guatemala
Apartado Postal 383
Guatemala, Guatemala
Tel. (011-502) 2332-2032
Fax (011-502) 2334-3804
E-mail hernadf@gut.ops-oms.org

Lic. Ana María Rodas C.
Ministerio de Salud y Asistencia Social
Coordinadora del Programa Nacional
de Medicina Popular Tradicional y Alternativa
11 avenida A 12-19 zona 7, Colonia La Verbena
Guatemala
Tel. 2471 6046
e-mail anarodascar@yahoo.com

Licda. Marta Alicia Ordóñez Ajsivinac
Directora de Relaciones Públicas
Fondo de Desarrollo Indígena Guatemalteco
-FODIGUA
Ruta 6 8-19, zona 4, Ciudad de Guatemala
Tel. 23319666
Telfax: 23612797 ext. 211
correo electrónico: consejofodigua@hotmail.com,
maliciao@yahoo.es

HONDURAS

Lic. Gerardo Medina
Coordinador del Programa de Etnias.
Secretaría de Salud
Tegucigalpa, M.D.C.
Teléfono: 236-7995 oficina
Teléfono: 232-1467 casagmedina@yahoo.com
Honduras

Prof. Salvador Edagardo Zúñiga
Coordinador de COPINH
Ciudad de Intibuca, Dpto. de La Esperanza
Teléfono: 783-0817 - 783-0160
Celular: 394-6621
Email: salvalentercala@yahoo.es

Dr. Martín I. Sinclair Gutiérrez
Organización Panamericana de la Salud, Nicara-
gua
Punto Focal de la Iniciativa Salud de los Pueblos
Indígenas
Edificio Imperial, 6o y 7o.piso
Avenida República de Panamá
Frente a la Casa de Naciones Unidas
Tegucigalpa, M.D.C., Honduras
Teléfono: 221-6091; 221-6093
Fax: 221-6103
Email: sinclair@hon.ops-oms.org

Dr. José Alejandro Almaguer
Director de Medicina tradicional y
Desarrollo Intercultural de la SSA
Ciudad de México, México
Tel. (5211)-7747 o Comm 5256-0113 al 16 ext. 213
Medicinatradicional@salud.gob.mx
México

Dr. José Moya
Epidemiólogo
OPS/OMS
Tel. 00 52 55 50890868
moyajose@mex.ops-oms.org
México

Lic. Sara Ramos Ruiz
Jefa de Dpto. de Asuntos Bilaterales
Secretaría de Salud México
Tel. 52-639214, Fax. 526 39208
sramos@salud.gob.mx
México

NICARAGUA

Dr. José Antonio Alvarado
Ministro de Salud
Nicaragua
Complejo Concepción Palacios, Managua
Teléfono: 2897441; 2893489

Lic. Miguel Medina
Director de Estadísticas, MINSA
Ministerio de Salud
Complejo Concepción Palacios
Teléfono: 2894411; 2894700
Managua, Nicaragua

Dra. Kathleen Reyes G.
Resp. Estadísticas
Ministerio de Salud
Tel. 2897379
katis@minsa.gob.ni
Nicaragua

Diputado Leonel Pantin
Presidente
Parlamento Indígena de América
Presidente Com. Asuntos Étnicos
Asamblea Nacional
Teléfono: 2225810, 2222380

Dr. Patricio Rojas
Representante OPS/OMS-Nic
Tel. 2894200
rojasp@nic.ops-oms.org
Nicaragua

Dra. Mariana Corriols Molina
Punto focal Etnicidad
OPS/OMS-Nic
Tel. 2894200
corriolm@nic.ops-oms.org
Nicaragua

Dr. Galio Gardián

PNUD
Tel. 2661701-2663191-2663195/ Fax 2666909
Managua, Nicaragua

Sr. Rigoberto Mendoza

Representante APRODIN
Tel. 0612-2692
consejoregionalespcn@yahoo.com
Nicaragua

Sra. Tatiana Guerrero

Presidenta de la Comisión de Salud de la RAAS
Tel. 057-21005, 0624-1841
tatianaguerrero@yahoo.com
Bluefields, Nicaragua

Lic. María Elena Guerrero

Presidenta de la Comisión de Salud de la RAAN
Tel. 0820-6450
guerreroelivas@yahoo.com
Puerto Cabezas, Nicaragua

Dr. Francisca Rivas

Especialista SSR-Adolescente
Tel. 2700099
Frivas@nicasalud.org.ni
Nicaragua

Lic. Serafina Espinoza Blanco

Directora
IMTRADEC-URACCAN
Tel. 0852-4740
e-mail: serafinaespinza@hotmail.com
Nicaragua

Sr. Aminadad Rodríguez

Vice Coordinador Nacional
Movimiento Indígena, MIN
Tel. 2662485
Nicaragua

Sr. Justhean Osejo Valdivia

Miembro
Comunidad Indígena – Sébaco
justhean@yahoo.es
Tel. 0608-8737, 775-2155, 775-2525
Matagalpa

Sr. Salathiel Aguirre Peña

Movimiento Indígena de Nicaragua
Teléfono: 2662485
50. Sr. Hedi Alfonso García Padilla
Vice-Presidente
ASREPALMEN-Sutiaba
Tel. 0315-5545
Edgar@bankoi.com

Sr. Rafael Casanova

Equipo Técnico
Movimiento Indígena de Nicaragua
Tel. 2683078, 0453-3960

Sr. Osman Esteban Salinas V.

Coordinador Territorial – Chorotega
APRODIN-Sutiava
oesv@msn.com
Nicaragua

Sr. Victor Manuel Machado C.

Miembro
Comunidad indígena Virgen de Hato
Tel. 0311-0723
cantiles2004@yahoo.s
Chinandega, Nicaragua

Sra. Rita Medina

APRODIN

Lic. María José Mendoza

Focal en Salud
Consejo de Pueblos Indígenas
Tel. 083-86359
Nicaragua
Enrique Fonseca
Asesor Comité Específico

PANAMA**Sr. Yuri Bacorizo Sabugora**

Técnico de la Sección de Salud de los Pueblos Indígenas
Ministerio de Salud de Panamá
Apartado postal 2048
Tel. (507) 212-9191 (567) 653-71-43
ybacorizo@hotmail.com

Dra. Guadalupe Verdejo

OPS/OMS Representación en Panamá
Representante
Panamá, Rep. de Panamá
Tel. 507-262-1996
Fax: 507-262-4052
e-mail: verdejog@pan.ops-oms.org

Sra. Antonia Alba de Edman

Voluntaria
ONG-Conamuip
Naraskinyaiz@hotmail.com
Tel. Cel. 689-0233
Panamá

PARAGUAY**Dra. Antonieta Arias**

Organización Panamericana de la Salud de Paraguay
Edificio "Faro del Río"
Mcal. López 957 Esq. Estados Unidos
Asunción, Paraguay
Tel. (011-595-21) 450-495
Fax (011-595-21) 450-498
e-mail ariasa@par.ops-oms.org

Sr. Silvio Ortega Rolow

Director Gral de Servicios de Salud
Ministerio de Salud
Tel. 021-207410
ssalud@mspbs.gob.com
Paraguay

SURINAME**Sra. Maria-Josée Artist**

Bureau VIDS (Association of Indigenous Village Leaders in Suriname)
Project Coordinator
Keizerstraat 92
Paramaribo
Tel. (597) 520-130
Fax (597) 520-131
e-mail vids@sr.net

Dr. Glenn Lavenberg

Medical Mission
Regional Manager South and West Suriname
Zonnebloemstraat 45-47
Paramaribo
(597) 499-466
(597) 432-655
glavenberg@medischezending

VENEZUELA**Dra. Noly Coromoto Fernández**

Coordinadora de Salud Intercultural Pueblos Indígenas
Ministerio de Salud y Desarrollo Social
Tel. 0416-7649449, 0414-6252461, 0212-4832560
Nolyfernandez@cantv.net
Venezuela

OPS/OMS WDC**Dra. Sandra Land**

Asesora Regional
Servicios Locales de Salud
Organización Panamericana de la Salud (OPS)
525 23rd Street, N.W.
Washington, D.C. 20035
Tel (202) 974-3214
Fax (202) 974-3641
Email landsand@paho.org



Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas
Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

www.paho.org

rrojas@ecu.ops-oms.org
gvillaci@ecu.ops-oms.org



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud