

IIDH

Instituto Interamericano
de Derechos Humanos

Campaña Educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas

Salud indígena y derechos humanos Manual de contenidos



 **Asdi**
AGENCIA SUECA
DE COOPERACION
INTERNACIONAL PARA
EL DESARROLLO

 **Organización
Panamericana
de la Salud**
Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Instituto Interamericano de Derechos Humanos

**Campaña educativa sobre derechos humanos
y derechos indígenas**

Salud indígena y derechos humanos

Manual de contenidos

© 2006 Instituto Interamericano de Derechos Humanos.
Reservados todos los derechos.

323.7

I59c Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas, salud indígena y derechos humanos: manual de contenidos / Instituto Interamericano de Derechos Humanos;

San José, C.R.: IIDH, 2006 268 p. ; 9X6 cm.

ISBN 9968-917-57-5

1. EDUCACIÓN EN DERECHOS HUMANOS 2. DERECHOS DE LOS
PUEBLOS INDIGENAS 3. DERECHO A LA SALUD

Las ideas expuestas en los trabajos publicados en este libro son de exclusiva responsabilidad de los autores y no corresponden necesariamente con las del IIDH o las de sus donantes.

Se permite la reproducción total o parcial de los materiales aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y se haga llegar una copia de la publicación o reproducción al editor.

Equipo productor de la publicación:

Departamento de Entidades de la Sociedad Civil
Programa Pueblos indígenas y derechos humanos
Programa Combate al racismo

Cristina Zeledón M.
Oficial de Programa
Coordinación académica

Amílcar Castañeda
Autor

Unidad de Información y Servicio Editorial del IIDH
Diseño, diagramación y artes finales

Masterlitho S.A.
Impresión

Publicación coordinada por la Unidad de Información y de Servicio Editorial del IIDH

Instituto Interamericano de Derechos Humanos
Apartado Postal 10.081-1000 San José, Costa Rica
Tel.: (506) 234-0404 Fax: (506) 234-0955
e-mail: uinformacion@iidh.ed.cr
www.iidh.ed.cr

Índice

Presentación	9
Introducción	11
 Módulo I	
Medicina indígena tradicional y medicina convencional	13
Unidad uno: Fundamentos de las medicinas indígenas tradicionales	16
1.1 Conceptos de salud, medicina tradicional y medicina convencional	16
1.2 Cosmovisión y salud	20
1.3 Los estados de salud y de enfermedad.....	23
 Unidad dos: Elementos, recursos y organización de la medicina indígena tradicional.....	29
2.1 Los terapeutas y los especialistas.....	29
2.2 Empleo de las plantas medicinales	32
2.3 La bioprospección y propiedad intelectual	38
 Unidad tres: Articulación medicina indígena tradicional-con la medicina convencional .	41
3.1 Bases conceptuales y condiciones para la armonización.....	41
3.2 Armonización de la medicina indígena tradicional y la medicina biológica	46
3.3 Buenas prácticas en armonización en América Latina	47
 Módulo II	
Derecho indígena a la salud.....	57
Unidad uno: El derecho indígena a la salud en los instrumentos internacionales de derechos humanos	60
1.1 La salud como un derecho humano.....	60
1.2 El derecho a la Salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos.....	63
1.3 El derecho a la salud en el Sistema de Naciones Unidas.....	69



Unidad dos: El derecho indígena a la salud en la legislación interna en América Latina .	79
2.1 Para comprender la normativa interna	79
2.2 La normativa interna sobre salud indígena en los Estados latinoamericanos.....	82
2.3 Implementación de la normativa y mecanismos para una abogacía en salud indígena	96
 Módulo III	
Agua, pueblos indígenas y derechos humanos	103
Unidad uno: Agua y cosmovisión indígena	107
1.1 La Cosmovisión indígena	108
1.2 Cosmovisión Ngöbe (Panamá).....	109
1.3 Cosmovisión Purépecha (México).....	112
1.4 El agua en la cosmovisión andina	114
1.5 A manera de sumario.....	117
 Unidad dos: El agua como derecho humano	119
2.1 Largo camino para su configuración como derecho humano.....	123
2.2 Relevancia de la Observación General N° 15 derecho al agua.....	125
2.3 La Observación General N° 15 y los Pueblos Indígenas	129
2.4 El agua en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos	130
2.5 ¿Una convención internacional del agua?.....	132
 Unidad tres: Marco normativo e institucional para la gestión del agua	133
3.1 Derechos de agua en los sistemas consuetudinarios indígenas	133
3.2 Legislación de aguas y pueblos indígenas.....	137
3.3 Políticas y gestión del agua.....	142
3.4 Hacia una gobernabilidad del agua.....	144
 Unidad cuatro: Buenas prácticas sobre agua y saneamiento en pueblos Indígenas.....	147
4.1 Antecedentes.....	148
4.2 Propuesta del proyecto	149
4.3 Desarrollo del proyecto.....	151
4.4 Resultados obtenidos	153



4.5 Algunas buenas prácticas nacionales destacadas en agua y saneamiento	155
4.6 Conclusiones	157
Módulo IV	
Políticas de salud indígena.....	161
Unidad uno: Políticas públicas de salud indígena	164
1.1 Conceptos de política, política pública	164
Unidad dos: Interculturalidad en salud	171
2.1 Cultura, multiculturalidad e interculturalidad.....	171
2.2 Interculturalidad en salud	176
2.3 Modelo de salud intercultural	181
Unidad tres: Política y accionar de salud indígena	187
3.1 Políticas y acciones de salud indígena de los Organismos Internacionales	188
3.2 Políticas y acciones de salud indígena a partir de los Estados	194
3.3 Políticas y acciones de salud desde la sociedad civil y las organizaciones indígenas.....	203
Guía Pedagógica.....	213
Primera parte: Aspectos teóricos y conceptuales	216
1. Derechos humanos.....	216
2. Las organizaciones internacionales y los sistemas de protección de derechos humanos.....	220
3. La protección nacional de derechos humanos.....	224
4. Conceptos relacionados con la política	226
Segunda parte: Aspectos metodológicos y prácticos	235
1. El sujeto de derecho: los pueblos indígenas	235
2. La concepción pedagógica.....	236
3. Aspectos prácticos	238



Tercera parte: Talleres	244
Taller uno: Medicina indígena tradicional y medicina convencional (Módulo 1)	244
Taller dos: Derecho indígena a la salud (Módulo 2)	250
Taller tres: Agua, pueblos indígenas y derechos humanos (Módulo 3).....	257
Taller cuatro: Políticas de salud indígena (Módulo 4).....	262



Presentación

Desde el punto de vista de la doctrina de los derechos humanos, el acceso a la salud puede ser considerado en sí mismo como un derecho garantizado en el ordenamiento internacional y en el orden interno. Sin embargo, el acceso de los pueblos indígenas a la salud integral e intercultural es todavía un asunto pendiente de resolver. Además de las dificultades generales de acceso a la salud, este sector acumula una serie de dificultades adicionales, derivadas de su marginalidad económica, política y social. Existe, por ejemplo, una falta de adecuación de los sistemas de salud nacionales a las características lingüístico-culturales de estos pueblos, así como a las dinámicas sociales específicas y diversas de los mismos. Por otro lado, no existe un reconocimiento de los sistemas de salud indígenas, a pesar de que las propuestas de las organizaciones indígenas en varios países han incorporado, desde muy temprano, las demandas de reconocimiento y respeto de sus derechos en esta área.

Por otro lado, es constatable una tendencia hacia la incorporación progresiva de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales en los ordenamientos jurídicos, amparada en el derecho internacional de los derechos humanos. Es también reconocida la multietnicidad y pluriculturalidad de las sociedades de la región, así como los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, tales como el idioma, la colectividad de la tierra, el derecho consuetudinario, el autogobierno, los recursos naturales, la medicina tradicional, entre otros. Sin embargo, los derechos de los pueblos indígenas son vulnerados, en no pocas ocasiones, por la actuación del Estado, además de la de empresas transnacionales que impulsan proyectos de inversión en territorios indígenas (industrias extractivas, industrias que enajenan las fuentes hídricas, bioprospección y megaproyectos) que resultan lesivos para el disfrute de una salud integral, abarcadora del bienestar biológico, el psicológico, el social y el espiritual del individuo y de su comunidad, en condiciones de equidad.

Los logros en el campo de la salud resultan aún insuficientes para garantizar el pleno disfrute del derecho que los pueblos indígenas tienen a una salud integral e intercultural. Esto se puede constatar tanto en la evaluación de la *Década de los pueblos indígenas* como en el informe de febrero de 2006 del Relator Especial de la Naciones Unidas sobre libertades fundamentales de los pueblos indígenas, Dr. Rodolfo Stavenhagen, también Vicepresidente del IIDH, quien advirtió de la gran brecha de aplicabilidad que existe entre la normativa internacional y la nacional de derechos de esta población. Aún queda mucho por hacer en cuanto a la calidad de las soluciones y la celeridad con que los asuntos son resueltos.

El IIDH sostiene que la construcción de la gobernabilidad democrática no será posible sin el reconocimiento, inclusión y participación activa en las políticas públicas de las poblaciones indígenas, especialmente en países donde representan grupos poblacionales numerosos. En ese



sentido, desde sus inicios el Instituto ha apoyado procesos locales y regionales para potenciar la actuación de las entidades públicas y sectores de la sociedad civil en la promoción de los derechos de los pueblos indígenas.

Un elemento que ha vigorizado los procesos de sensibilización y capacitación sobre el tema es el impulso brindado por el IIDH, desde el 2003, a su *Campaña educativa sobre derechos humanos y derechos indígenas*. La misma incluye varios manuales, módulos, cartillas, cursos interactivos y programas de radio sobre derechos y participación política, incidencia, ciudadanía, medio ambiente, derechos educativos, derechos de la mujer indígena e instrumentos internacionales de derechos humanos. El presente Manual se enmarca en esta campaña, ampliándola y profundizándola mediante una reflexión sobre el estado de la medicina tradicional indígena, el acceso indígena a la salud pública, el acceso y gestión al agua y políticas de salud intercultural, desde el enfoque de los derechos humanos.

Tenemos la certeza de que esta publicación servirá como referencia útil de estudio y valoración del trabajo que realizan las entidades públicas del sector salud, agentes de salud indígenas y organizaciones indígenas para hacer más justiciable sus derechos a la salud, considerando adicionalmente que representa una reafirmación de nuestra tarea de velar por los derechos humanos.

Valoramos altamente la alianza estratégica establecida entre nuestras dos instituciones. Expresamos asimismo nuestro agradecimiento al Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (CEPIS) por su decidido apoyo para la elaboración de la presente publicación, en especial al Ing. Ricardo Vianderas y al Dr. Luis Meneses del Equipo Técnico Nacional por su motivación desde un inicio. Agradecemos a la Dra. Rocío Rojas, al Dr. Jorge Jenkins, al Dr. Gustavo Vargas y al Ing. Gerardo Galvis, todos de la OPS, por sus comentarios y sugerencias atinadas al texto.

Finalmente queremos agradecer al consultor Amilcar Castañeda, quien tuvo a su cargo la elaboración del manual de contenidos, a Lucrecia Molina del CEDOC/IIDH por la elaboración de la guía pedagógica y a Cristina Zeledón, Oficial del Programa de Pueblos Indígenas y Derechos Humanos del IIDH, por su permanente acompañamiento académico al proyecto y empeño para que esta publicación se hiciera una realidad.

Roberto Cuéllar M.
Director Ejecutivo
IIDH

Carlos Samayoa C.
Representante en Costa Rica
OPS/OMS



Introducción

El perfil epidemiológico de los pueblos indígenas está asociado a altos índices de pobreza, desempleo, analfabetismo, migración, falta de tierra y territorio, destrucción del ecosistema, alteración de la dinámica de vida, aislamiento geográfico y marginación. Estos factores estructurales determinan las necesidades básicas insatisfechas en estos pueblos. La mortalidad materna, la mortalidad infantil, la malaria, la tuberculosis, el VIH/SIDA, los problemas asociados a la falta de acceso a los servicios básicos, salud, agua, vivienda y saneamiento básico, junto a problemas de seguridad alimentaria y salud mental, entre otros, están presentes en la mayoría de las comunidades indígenas¹.

El derecho a la salud –entendido como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social–, es un derecho fundamental de todo ser humano, y fue consagrado como tal en 1948, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el Protocolo adicional a la Convención Americana de los Derechos y Deberes del Hombre sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Este derecho también está relacionado con otros derechos (derecho a la vida e integridad personal) reconocidos en distintos instrumentos internacionales.

En 1991, el IIDH convocó al Primer Encuentro Centroamericano sobre Salud de los Pueblos Indígenas realizado en San José, Costa Rica; el mismo constituyó el inicio de un importante proceso de reflexión sobre la relación del derecho a la salud de los pueblos indígenas como un derecho humano. El tema fue retomado por el IIDH desde su estrategia de acompañamiento a las organizaciones indígenas en las discusiones de los Proyectos de Declaración Universal y Americana de los Derechos de los Pueblos Indígenas, y en sus actividades regulares de investigación y capacitación.

La presente publicación, *Salud Indígena y Derechos Humanos*, se circunscribe en la estrategia del IIDH de ampliar y profundizar temáticas de los materiales de la Campaña Educativa en Derechos Humanos y Derechos Indígenas en América Latina. La elaboración de esta publicación se hizo desde un enfoque de derechos humanos, con el objetivo de proveer un material pedagógico sobre derecho a la salud indígena que contenga un desarrollo sustantivo de contenidos, de información y análisis. Sus módulos y unidades analizan el desarrollo histórico, normativo, político y cultural de la salud indígena como un derecho humano y su convertibilidad en políticas de acción pública. En este sentido, la presente publicación se propuso abordar los siguientes ejes temáticos:

- a) Perfil de la salud de los pueblos indígenas en las Américas.
- b) Instrumentos de protección de los derechos de la salud indígena.

¹ Organización Panamericana de la Salud. *Propuesta de Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2005-2010*. Programa Salud de los Pueblos Indígenas, setiembre 2004. Pág. 9.



-
- c) Desarrollo de institucionalidad de atención en salud indígena.
 - d) Interculturalidad en la salud indígena.
 - e) Perspectivas, medicinas y terapias indígenas.
 - f) Enfoque indígena sobre el agua y medio ambiente.
 - g) Armonización entre sistemas de salud convencionales e indígenas.
 - h) Adopción e implementación de políticas de acción afirmativa para pueblos indígenas.

La población meta de esta publicación son las personas (indígenas y no indígenas) de entidades públicas y privadas prestadoras de servicios de salud a población indígena; el liderazgo indígena vinculado a procesos organizativos relativos a la salud de los pueblos indígenas; facilitadores y personal de organizaciones de sociedad civil y organismos internacionales relacionados al tema.

El material está organizado en cuatro módulos temáticos, un módulo pedagógico y un disco compacto con material bibliográfico, documental y virtual sobre los temas.

El primer módulo “*Medicina tradicional indígena y medicina convencional*”, analiza los fundamentos de la medicina tradicional indígena; las medicinas, terapias y recursos de la medicina tradicional indígena, así como las experiencias de articulación entre medicina tradicional indígena y medicina convencional.

El segundo módulo “*Derecho indígena a la salud*”, analiza los contenidos, expresiones y posibles alcances del derecho indígena a la salud en América Latina, tomando como base los instrumentos legales internacionales y nacionales que están vigentes o que son vinculantes para el ejercicio de este derecho.

El tercer módulo “*Agua, pueblos indígenas y derechos humanos*”, se ocupa de los factores que configuran los sistemas de acceso y manejo de agua en las comunidades indígenas, su cosmovisión, el marco normativo e institucional, limitaciones, potencialidades y requerimientos para una gestión adecuada del agua.

El cuarto módulo “*Políticas de salud indígena*”, aborda los elementos que la configuran y da cuenta de algunas acciones específicas relacionadas: políticas públicas, interculturalidad en salud y política de salud intercultural.

El módulo “*Guía pedagógica*”, trae una propuesta para el abordaje metodológico de cada uno de los cuatro módulos temáticos mediante talleres. La guía incluye previamente dos segmentos sobre *aspectos teóricos y conceptuales*, y otro sobre *aspectos metodológicos y prácticos*.

Finalmente, se adjunta a esta publicación un *disco compacto* con documentos, artículos, informaciones, legislación nacional e internacional, sitiografía sobre salud indígena, medicina tradicional, agua y medio ambiente, saneamiento, derechos indígenas, declaraciones, convenciones, informes de derechos humanos y publicaciones técnicas.





Módulo 1

Medicina indígena tradicional
y medicina convencional

Introducción

En este módulo se busca socializar con el participante las formas en que los pueblos indígenas focalizan y resuelven sus problemas de salud individual y colectiva; en ocasiones mediando el acceso a la medicina convencional occidental, pero en la mayor parte de los casos recurriendo a su propio sistema de salud, el de la medicina tradicional indígena. Se busca que el participante diferencie los sistemas de salud oficial y del sistema de salud tradicional indígena, sobre todo explorar los valores, la actitud, y los sentimientos con los cuales los pacientes se aproximan, lo mismo que los niveles de respuesta del sistema incluyendo sus dificultades y retos.

El módulo se organiza en tres unidades, como puede verse en detalle en el índice.

Unidad Uno: Fundamentos de las medicinas tradicionales indígenas

Unidad Dos: Elementos, recursos y organización de la medicina tradicional indígena

Unidad Tres: Articulación medicina tradicional indígena-medicina convencional

La unidad uno indaga los conceptos que fundamentan la práctica de ambas medicinas, la segunda unidad explora el énfasis a la praxis, los métodos, elementos y los recursos de la medicina tradicional así como su organización; la tercera unidad considera la articulación de la medicina tradicional indígena en la práctica de la atención de la salud dirigida a los pueblos indígenas, revisa algunas experiencias exitosas y considera su viabilidad desde una visión de respeto a la cultura y a la identidad indígenas.

En este módulo no se analizará el componente de derechos de la medicina indígena, ya que éste asunto se desarrollará en el módulo II sobre “salud indígena y derechos humanos”.

El módulo pedagógico, adjunto a este material, trae una propuesta de abordaje de cada una de las unidades temáticas de este módulo con actividades educativas participativas que abordan con especificidad los contenidos temáticos.



Unidad uno Fundamentos de las medicinas tradicionales indígenas

Los pueblos indígenas han desarrollado un conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna. Mucha de la fuerza y capacidad de sobrevivencia de los pueblos indígenas se debe a la eficacia de sus sistemas de salud tradicionales, cuyo 'eje conceptual' o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integridad. (OPS/OMS 1997:13).

1.1 Conceptos de salud, medicina tradicional y medicina convencional

La medicina es parte de la cultura de un pueblo. No hay pueblo, que no haya desarrollado algún sistema de medicina, es decir, un sistema ideológico o doctrinario acerca de la vida y la muerte, la salud y la enfermedad, y más concretamente sobre las causas de las afecciones, la manera de reconocerlas y diagnosticarlas, así como las formas o procedimientos para aliviar, curar o prevenir las enfermedades, y además preservar y promover la salud. La etnomedicina, como afirma Cabieses, es el estudio de las medicinas tradicionales de los pueblos.

La salud

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de la comunidad.

También es la expresión individual y colectiva de calidad de vida y bienestar, y producto de las determinaciones sociales. Comprende el conjunto de condiciones biológicas, psicológicas, materiales, sociales y culturales que tienen como determinantes, entre otros, la alimentación, la vivienda, el saneamiento básico, el medio ambiente, el trabajo, la renta, la educación, el transporte y el acceso a bienes y servicios esenciales. Su realización define la condición de estar y permanecer sano, ejerciendo cada cual a plenitud sus capacidades potenciales a lo largo de cada etapa de la vida. Se alcanza a través del esfuerzo colectivo, intersectorial y participativo de todos y todas, orientado hacia la conquista y defensa de oportunidades equitativas materiales y sociales de vida, para mejorar el bienestar social y económico de toda la población¹.

Acorde a la Iniciativa de Salud de los Pueblos indígenas (SAPIA), la salud expresa relaciones dinámicas entre componentes inseparables, en lo individual (físico, mental, espiritual

¹ Ministerio de Salud y Desarrollo Social. "Anteproyecto de la ley orgánica de Salud". En *Etnias indígenas de Venezuela*. Ministerio de Salud y Desarrollo Social, Venezuela/GTZ. 2002. Glosario.



y emocional), lo colectivo (político, económico, cultural y social) y entre lo natural y lo social².

La concepción de los pueblos indígenas respecto a la salud, está ligada a una perspectiva integral del mundo; como consecuencia, se prefiere definir la salud en términos de un bienestar integral que incorpora, infaliblemente, la dimensión espiritual. De esta manera, el concepto de “salud integral” abarca el bienestar biológico, el psicológico, el social y el espiritual del individuo y de su comunidad en condiciones de equidad³.

Visto así, la salud de las poblaciones indígenas es una resultante de la integración de elementos fundamentales, como el acceso a la tierra, el nivel de participación en la sociedad nacional y la libertad para vivir su propia singularidad cultural en lo que respecta a su alimentación, vestimenta, vivienda, trabajo, educación y, especialmente, sus posibilidades de acceso, acorde al derecho que les asiste, a los servicios públicos de atención de la salud en condiciones de equidad y dignidad.

La salud, es además, un derecho humano que asiste a todas las personas, indistintamente de su género, religión, color, etnia, idioma. Es el derecho que existe a la oportunidad de recibir atención de salud en lo personal, lo familiar y en la comunidad, y es un deber y responsabilidad del Estado asegurar efectivamente los derechos a la salud de las poblaciones indígenas.

Existe un enfoque de derechos en la salud que es concomitante al reconocimiento por la mayoría de los países de la diversidad cultural de los pueblos indígenas y a los derechos específicos en materia de salud indígena, acorde a dos instrumentos fundamentales:

a) Los Arts. 6, 24 y 25 del Convenio No. 169 de la Organización Internacional del Trabajo, OIT, (obligación del Estado a extender progresivamente la seguridad social a los pueblos indígenas y la responsabilidad de que los servicios de salud sean adecuados y tomen en cuenta las medicinas tradicionales).

b) La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas (SAPIA) de la Organización Panamericana de la Salud, OPS/OMS, que establece un conjunto de principios para el trabajo con las comunidades indígenas⁴:

- i) El abordaje integral de la salud,
- ii) La autodeterminación de los pueblos indígenas,
- iii) La participación sistemática,
- iv) El respeto y la revitalización de las culturas indígenas y
- v) La reciprocidad en las relaciones⁵.

² OPS-OMS. *Situación de salud de los pueblos indígenas de Bolivia*. 1998. p. 14.

³ Rojas, Rocío/OPS, *Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud*. 2001.

⁴ OPS, *Serie Salud de los Pueblos Indígenas* No. 3, “Informe Ejecutivo Taller Subregional Mesoamericano Pueblos Indígenas y Salud”. Quetzaltenango, 5 a 8 de julio de 1994, p.1.

⁵ OPS, *Serie Salud de los Pueblos Indígenas*, Doc HSS/SILOS-34, pp. 2-3.



Estos derechos avalan la necesidad de un desarrollo institucional apropiado y que los servicios de salud se centren en las personas a quienes se les deben reconocer sus derechos específicos, tanto como personas individuales como a colectividades específicas que poseen una identidad particular. En este contexto, el bienestar es concebido por los indígenas como “la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”⁶.

El bienestar colectivo incluye a los otros miembros de la comunidad y las demás especies que les rodean.

Factores de la salud

Entre los factores que contribuyen a la salud y el bienestar se tienen⁷:

- Economía y subsistencia.
- Condiciones de la vivienda, alimentación, suministro de agua.
- Armonía espiritual y con el medio ambiente.
- Armonía con los demás, con los familiares, los vecinos y la comunidad.
- La disponibilidad del territorio.
- La educación.
- Familia y roles.
- Disponibilidad de oportunidad laboral.

La medicina tradicional

En términos generales, se entiende por medicina tradicional como “el conjunto de todos los conocimientos teóricos y prácticos, explicables o no, utilizados para diagnóstico, prevención y supresión de trastornos físicos, mentales o sociales, basados exclusivamente en la experiencia y la observación y transmitidos verbalmente o por escrito de una generación a otra. Puede considerarse también como una firme amalgama de la práctica médica activa y la experiencia ancestral”⁸.

⁶ Rojas, Rocío/OPS. Op. cit. p. 14.

⁷ Van der Laat, Carlos. *Hacia la construcción de servicios de salud específicos: Análisis de los determinantes de la salud, basado en la perspectiva de la población indígena cabécar de Chirripó*. OPS, UCR. San José, Costa Rica, 2005.

⁸ OPS, *Serie Informes Técnicos* 622, 1978. p. 7 y 8, citado por OPS–OMS, *Serie de los Pueblos Indígenas* No. 15. “Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los maya de Guatemala”, p. 8.



Se dice que la medicina tradicional es un sistema⁹, en tanto que tiene un complejo de conocimientos, tradiciones, prácticas y creencias; porque dichos componentes se estructuran organizadamente a través de sus propios agentes, los cuales son los especialistas terapeutas, parteras, promotores, sobadores, que poseen sus propios métodos de diagnóstico y tratamiento, además de sus propios recursos terapéuticos como lo son las plantas medicinales, animales, minerales, y porque existe población que confía en ella, lo solicita y los practica.

En este concepto abierto caben una diversidad de tradiciones médicas de origen diferente al de los pueblos indígenas. Por ello referiremos la especificidad de la medicina indígena como “medicina indígena tradicional”, que se diferencia de otras tradiciones muy presentes en la llamada medicina popular, principalmente de tradición campesina.

Medicina indígena tradicional

Son aquellas prácticas médicas que han tenido su origen en los espacios geográficos y sociales de los pueblos indígenas, y que surgieron antes de la colonia, y/o en el proceso, cuyos conceptos y metodologías terapéuticas se basan en la historia, la cosmovisión y la identidad cultural indígena. Esto no significa que no se hayan modificado en el tiempo, incorporando elementos conceptuales, médicos y terapéuticos de las diferentes sociedades que los han dominado¹⁰. Lejos de desaparecer, la medicina indígena ha resurgido en la actual era, y está ganando su lugar. Las curas tradicionales de hierbas y los tratamientos espirituales varían dependiendo del pueblo indígena, pero también existen muchos parecidos. La mayoría de ellos han sido desarrollados a lo largo de los siglos y son prescritos y utilizados con mucha confianza por su población.

La medicina biológica o convencional

Es la medicina científica, la que se estudia en las universidades y cuyo paradigma básico se funda en las relaciones causa-efecto lineales entre las carencias, los microorganismos, los procesos orgánicos y los factores relacionados con el ambiente y el desarrollo de la enfermedad y por tanto su curación. La medicina convencional se apoya en la farmacopea química para sus tratamientos, en los recursos de la cirugía biológica, el empleo de instalaciones hospitalarias y los equipamientos e instrumental específico.

La medicina convencional es la medicina según la practican aquellas personas que tienen títulos de doctor en medicina y sus profesionales asociados de la salud, como fisioterapeutas, psicólogos y enfermeras tituladas¹¹. La realidad es que ve al enfermo fragmentado, por especialidades, de manera no integral, con poca comunicación entre unos y otros médicos, “sin un director de orquesta” que integre el tratamiento, y sin contemplar al paciente como persona.

⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala. Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa. p. 13.

¹⁰ Jaime Tomás P. Page. “Política Sanitaria y Legislación en Materia de Medicina Indígena Tradicional en México”. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v11n2/v11n2a03.pdf>

¹¹ Definición del Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa, NCCAM. www.nccam.nih.gov



Otros términos para la medicina convencional incluyen alopática, medicina occidental, formal, ortodoxa y ordinaria y biomedicina.

Esta medicina se asume como universalmente válida en todas las circunstancias sociales posibles; basada en ese hecho, se hegemoniza como el centro de la organización de los servicios de salud. En razón de sus éxitos (científicos y económicos), esta medicina se ha extendido como enfoque rector de las políticas de salud de la mayoría de los gobiernos.

1.2 Cosmovisión y salud

Cosmovisión

Es la forma de ver y concebir el mundo (cosmos) en el que viven los seres humanos. Es la visión o ideología que se forman ciertas culturas, asociada a sus creencias míticas y espirituales, para explicarse el mundo y las relaciones que lo sustentan.

Aunque existen diferentes procesos de desarrollo de la salud en los pueblos indígenas, es posible ver una cosmovisión común que, fundamentalmente, entiende la salud como, el equilibrio entre las fuerzas naturales y las espirituales, entre los individuos y las comunidades. La enfermedad, en esta concepción, es una alteración de dicho equilibrio y su curación tiene que ver con la restauración de los equilibrios perdidos, poniéndose de relieve la armonización necesaria.

Cosmovisiones particulares de la salud

La visión principal de la medicina indígena costarricense particularmente la de los **bribris** y **cabécares**, se basa en el concepto de que la vida se define como la unión del cuerpo, los sentidos, la mente, el alma, la naturaleza, y está íntimamente ligada a la concepción cuya base simbólica y material es la tierra. La salud se ve como un estado holístico de bienestar físico, mental, social, moral y espiritual y el equilibrio cósmico. Entonces, una enfermedad no puede tratarse en forma fragmentada, porque inclusive la enfermedad puede ser individual como colectiva y su cura debe incluir tanto causas como efectos.

En estos pueblos existe una reglamentación social y sanitaria que está contenida en mitos y leyendas que en su conjunto forman la tradición del “*siwá*” (una especie de código ético, social, filosófico y espiritual)¹². Dentro de las prevenciones en materia de salud, se alerta a la gente de no contaminarse tocando objetos con la impureza “*ña*” (excrementos, animales muertos y elementos en descomposición, la menstruación de la mujer, ciertos animales como el zopilote, el armadillo de panteón, las personas que han fallecido). Otra categoría de impureza son los estados de podredumbre relacionados con la fungocidad y todo aquello que está guardado por más de una semana. El contacto involuntario o accidental es cosa seria y amerita de la curación por el médico tradicional (*Awá*), lo cual implica varias ceremonias de cura con hierbas medicinales, purgas y observar dietas severas. Otro tipo de enfermedades están en la misma

¹² Borge, Carlos. *Etnografía de la salud en el territorio indígena de Talamanca*. SEDER. San José, Costa Rica. 1997. p. 6-17.



naturaleza, provienen de incumplir las reglas para con la naturaleza, el bosque y lo que contiene, también de no observar las reglas sociales¹³.

Existe un sistema propio para la atención de la salud en los pueblos indígenas compuesto por un complejo proceso médico tradicional, los cuales están conectados a tratamientos específicos relacionados con la forma de entender su universo. En el concepto bribri-cabécar, recuperar el bienestar no es únicamente sanar el cuerpo, sino expulsar las causas sobrenaturales que implanta disturbios en la persona. Los procedimientos medicamentosos, se complementa con medios simbólicos de contacto con el mundo sobrenatural con el canto del *Awá o Jawá*, identificado con los conceptos del cuerpo invertido¹⁴, el debido relacionamiento de los pacientes con su ascendencia clánica. La curación metafóricamente comparada es una negociación que hace el médico tradicional (*Awá o Jawá*) con las deidades, y las estrategias persuasivas de lucha contra la enfermedad.

En la **cosmovisión Mapuche (Chile)**¹⁵, se reconocen cuatro espacios en su mundo, con la identidad enraizada en relación directa a esos espacios. Las fuerzas que habitan en esos espacios a veces se manifiestan en la forma de visiones o manifestaciones físicas de los seres espirituales. *Mapu* es el universo, la tierra, un espacio físico al mismo tiempo que un espacio no físico. El *waj mapu* es el universo, un ente vivo habitado por un número de fuerzas que hacen posible otros tipos de vidas. Cada persona pertenece a una fuerza. Cada elemento que existe en la naturaleza es reflejo de una vida que posee un origen determinado. El *waj mapu* está dividido en cuatro estadios diferentes: *Wenu mapu*, las tierras de arriba; el *Regiñ mapu* es una dimensión intermedia, allí habitan los *newen* las fuerzas que son intermediarias entre los *che* (la gente), y los *newen* de otros *mapu*; el *Püji mapu*, es el espacio donde habitan las personas, el planeta tierra, en el que se manifiesta la vida que son al mismo tiempo reflejo de diversas formas de fuerzas; el *Miñche mapu* es una dimensión bajo la tierra. El concepto mapuche de persona denota su identidad mapuche vinculado al territorio de sus ancestros o a la consanguinidad. Muchos lugares son guardados por *geh* o dueños espirituales, como son por ejemplo los montes, o vertientes a quienes se tiene que respetar.

Entre los **Mayas**, los aspectos centrales de la cosmología son: la creación del cosmos; el ordenamiento del mundo de los seres humanos y de los dioses y los antepasados del Otro Mundo; el triunfo de los seres humanos ancestrales sobre las fuerzas de la muerte; la descomposición y la enfermedad por medio de la astucia y el engaño; el milagro verdadero renacimiento a partir del sacrificio y los orígenes del maíz como sustancia del cuerpo y el alma mayas¹⁶. En los Mayas se reconocen dualidades en el sexo de las deidades como en algunas oposiciones relevantes, lo mismo que en las manifestaciones del frío y el calor y en lo alto y lo bajo. El respeto a lo sagrado equivale a cumplir con las normas establecidas para regular la relación entre el ser humano y el *ajau* (denominación del creador). Este respeto implica obligaciones

¹³ Bozzoli, de Wille, María. *Especialistas en medicina aborigen bribri*. UCR, San José Costa Rica. 1982: 97-135.

¹⁴ Bozzoli, Ibid. p. 109.

¹⁵ OPS, *Serie Informes Técnicos*, No. 16. "Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los mapuche de Makewe-Pelale de Chile", pp. 15-25.

¹⁶ Freidel citado por Car, Glendy, Eder, Karin y García Pú, Manuela. *La herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya*. Ed. ASECSA, 1ª. Edición. Guatemala, 2005. Pág. 93.



que deben realizarse observando los ciclos y períodos del tiempo, cuya lectura del calendario es tanto una herramienta útil como una manifestación misma de los sagrado.

En la cosmología **aymara** (Perú, Bolivia), el alma existe como *ajayu*, *kuraji* y *animu*. Cuando se pierde el *ajayu* la gente muere; cuando la persona se asusta se pierde el *kuraji* y puede estar perdido semanas o meses y recuperarse después sin tener consecuencias fatales; para sanar hay que “llamar”; el *animu* denota un estado como nervioso¹⁷. La sombra revela los tres componentes, la sombra más oscura es el *ajayu*, el semioscuro es el *kuraji* y el más claro es el *animu*. También el contacto con los humanos es causa de enfermedad. El terapeuta aymara *yatiri* indica: “los doctores no tienen capacidad para curar el *ajayu* ni el *animu*”.

Entre los **Ngöbe-Buglé** (Panamá y Costa Rica), la característica específica es la importancia de los sueños. El sueño puede matar y para evitar los maleficios que pueden derivar de ellos, el sacerdote, *sukia*, trata por todos los medios de vencer al espíritu del mal, llamado *Nicorare*. Entonces los ngöbes deben someterse a frecuentes baños de purificación y dietas.

Los manantiales son las puertas por donde entran y salen seres malignos (*Ngutiobo*). Las cataratas son lugares sagrados (*deme*) pues ahí habitan seres temerosos. Junto a ellos se celebran rituales importantes. En las cataratas están las siete puertas (*jogwatdakügü*), en el charco que se hace donde cae el chorro vive *Bube*, ser espiritual, maligno, temido, que es amarrado por los que poseen el poder *bube*, (únicamente lo posee un varón que haya pasado el ritual de iniciación masculina *Gró*). Este es un tema privado (*boin*) del que no se debe hablar en público, delante de los no iniciados (“*tibore*”)¹⁸.

Para los **Miskitu**¹⁹ cada uno de los cuatro espacios de la naturaleza (bosque, sabana, fuentes de agua y cielo) es concebido como una entidad completa, con su propia vida animal, vegetal y espiritual. Hay un amo espiritual para cada uno que es visto como su guardián y protector de los seres humanos. El cielo es la morada del amo espiritual *Alwani* (trueno), *liwa* tutela las fuentes de agua, un grupo de espíritus *unta dukia* y los *duhindo* tutelan el bosque y la sabana, además, cada animal, planta y objeto tienen un *dueño* espiritual, mientras que los seres humanos tienen alma. Los seres espirituales tienen características masculinas o femeninas o carecen de género, muestran emociones de odio y amor, y presentan características de temperatura frío o caliente. Tales espíritus tienen acceso al ámbito humano de los sueños, un espacio fuera del dominio humano y que resulta peligroso ya que a través de ellos se entra en contacto con los espíritus de la naturaleza. En la cosmología miskita, el alma humana tiene tres manifestaciones diferentes: el *alma o spirit*, que va al cielo; *bakul*, el alma que se queda en la comunidad e *isigni*, que permanece en la casa del difunto. El contacto de ellas con los humanos, al igual que los espíritus, puede causar enfermedades. Existe una concepción que los flujos corporales vitales (sangre y semen) en determinadas circunstancias generan enfermedades, dicha idea concuerda con el complejo cosmogónico de los grupos amazónicos, pero difiere de la cosmología de las

¹⁷ Fernández Juárez, Gerardo. “Médicos y yatiris: Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara”. *CIPA Cuadernos de investigación* No. 51. La Paz. Bolivia. 1999. p. 60-61.

¹⁸ Quintero, Blas. *Los ngöbe y el manejo de los recursos naturales*, Panamá, s/f, p. 13.

¹⁹ Pérez Ch., Isabel. *Espíritus de Vida y Muerte. Los Miskitu hondureños en época de guerra*. Editorial Guaymuras, Tegucigalpa, 2002. págs. 160-162.



culturas indígenas sudamericanas, en los que los fluidos corporales, se conciben como flujo vital, el cual comprende las ideas de nacimiento y muerte²⁰.

Las especificidades cosmovisivas presentan desafíos en la provisión de atención de salud en los espacios geográficos donde habitan estos pueblos indígenas. La OPS plantea la necesidad de formular modelos alternativos de salud basados en el mejor conocimiento de las características, de la visión y los recursos de la población indígena.

1.3 Los estados de salud y de enfermedad

Se ha expresado la idea que desde la perspectiva indígena, el mundo es concebido como un todo integral u holístico en el que sus elementos se interrelacionan de forma que producen el equilibrio. Los sistemas de salud indígena poseen elementos propios de las relaciones socioculturales y espirituales que enriquecen las posibilidades de enfoque de los estados de salud-enfermedad.

La enfermedad

Los principales referentes para los pueblos indígenas son las concepciones, percepciones, valores e insumos, generados por su cosmovisión para el mantenimiento y restauración de su bienestar. Así, las enfermedades tienen una connotación cultural y están también estrechamente vinculadas con su sistema de creencias y valores. En ese sentido, en la mayoría de los pueblos indígenas, la enfermedad es resultado del desequilibrio del ser humano con su ambiente más inmediato y con las esferas espirituales, es producto de la trasgresión de las normas morales o sociales.

Así, en esta perspectiva, las enfermedades pertenecen a dos grupos²¹:

- i) Las enfermedades causadas por factores sobrenaturales (encantos, vientos, espíritus, que actúan en forma autónoma o dirigidos por personas que hacen el daño).
- ii) Las enfermedades enviadas por Dios.

Para los mayas, la enfermedad es un desequilibrio que se puede manifestar a través de sintomatologías físicas, emocionales y de carencias. Por ejemplo, al inquirir por el significado de la enfermedad, los terapeutas mayas y miembros de familia lo expresan con frases como “estar triste, el no tener tierra donde poder trabajar y sembrar, el no tener ánimo y ganas de trabajar, el no tener una buena casa o una bonita cama”²².

²⁰ Sullivan, citado por Pérez. Op. Cit. p. 182.

²¹ Polia Meconi, citado por Rojas, Rocío en “Crecer Sanitos. Estrategias, metodologías, e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas”. 2003.

²² Eder, Karin y García, María. *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala*. ASECSA, 2da edición. Guatemala, 2003. Pág. 27.



En el caso de los miskitu²³, la enfermedad es básicamente originada por la posesión espiritual, aunque puede ser resultado de la magia, el envenenamiento o la intrusión de un ser espiritual en el cuerpo humano. Para ellos, algunas concepciones de la vida y la muerte son muy determinantes, así, “la muerte jamás es una ocurrencia natural, está siempre causada por una posesión espiritual”. Entre los Miskitu, Tawahka y Sumu, el acceso a los espíritus es restringido porque la esencia humana es caliente (flujos de sangre y semen), en tanto que la de los espíritus es fría. Los humanos necesitan de los espíritus para controlar la naturaleza a su favor; sin embargo, al haber contacto ambos sufren. En el fondo ambas esencias se atraen y se repelen, pues su encuentro tendrá un efecto necesariamente negativo para ambos. Todo contacto entre humanos y espíritus que ocurra sin el control adecuado, resulta en enfermedad (posesión espiritual), en la forma de una afección física, emocional o mental. Como consecuencia, la restauración de la salud requiere de la expulsión del espíritu y la adopción de medidas que prevengan su reingreso en el cuerpo del paciente²⁴.

Conocer el comportamiento de los espíritus forma parte del saber que cada miskitu adquiere a lo largo de su vida y obedece a tres principios:

- i) Los amos espirituales controlan la vida silvestre y castigan las acciones humanas indeseables (por ejemplo: la caza o pesca más allá de sus necesidades).
- ii) Los espíritus disfrutan la compañía de los humanos y buscan el contacto con ellos.
- iii) Los espíritus no toleran la esencia humana caliente, y toman represalias cuando el contacto ocurre.

En concreto, el espíritu *alwani*, produce enfermedades de la piel (llagas, costras, inflamación de ojos); *liwa*, produce enfermedades estomacales, inflamaciones estomacales y diarrea, enfermedades reproductivas, abortos, *duhindo* produce pérdida del control de sí.

Entre los Mapuche²⁵, el proceso de salud-enfermedad es el resultado de un equilibrio o desequilibrio psico-biológico-espiritual. La enfermedad proviene de una trasgresión contra las normas morales o sociales (*az mapu*). Por ejemplo el aliento de una persona o animal que está muriendo afecta a la embarazada de forma que el recién nacido puede llegar a adquirir deformaciones en sus constitución orgánica. La enfermedad también resulta de un encuentro con un ente espiritual enviado por el agresor a través de la comida, la ropa o huellas del enfermo. Para un mapuche, el hecho de que algo o alguien en su comunidad esté en condiciones no deseables, afecta a la persona. Si los cultivos están en malas condiciones, la persona ya no está bien.

Es decir el ambiente en su conjunto afecta a la persona. La presencia de una enfermedad se puede detectar de varias maneras. La falta de salud no solo se puede medir con la presencia o ausencia del dolor. El dolor es la maduración de la enfermedad que ha ingresado en la vida del individuo. La enfermedad es un ente vivo que ingresa hasta el organismo de la persona, se alimenta de ella misma y por tal razón se desarrolla, mientras la persona se debilita. Pero ella

²³ Pérez. Op Cit. p. 191.

²⁴ Para profundizar en la diversidad de espíritus y su relación con las curaciones ver el libro de Cox, Avelino, *Sukias y Curanderos: Isingni en la espiritualidad*. URACCAN, Managua, 2003.

²⁵ Quidel Lincoleo. *La salud en el pensamiento mapuche*. OPS, op. cit. p. 23–25.



tiene un contexto, un origen como todos los seres vivos. Muchas enfermedades o *kuxan* son consecuencia de una trasgresión contra las normas del universo *waj mapu*.

La enfermedad puede tener múltiples formas, pero la causa siempre proviene del comportamiento violatorio del individuo o de un miembro de su familia. Distinto al pensamiento occidental cartesiano, el cuerpo no es una entidad cerrada, por lo tanto la trasgresión de uno puede afectar a los demás²⁶. Por consiguiente, el tratamiento de toda enfermedad tendrá que abordar los síntomas biofísicos y las causas socio-psíquicas, por lo tanto, el rol del terapeuta es fundamental por su capacidad para sacar el mal y restaurar el equilibrio causa de la enfermedad.

Estas categorías de enfermedades requieren ser ligadas a la esfera de la cultura y cosmovisión para ser entendidos y tratados. Se afirma que no existen curas equivalentes en la medicina convencional. En esta categoría cae la muy conocida histeria colectiva juvenil *bla kira o siknis* entre los miskitu y los tawaka, de la cual se afirma que obedece a hechizos. Dicha naturaleza se repite con enfermedades bastante comunes como la depresión, la angustia, temores y enfermedades del alma (*bakul*) en búsqueda de compañeros vivos²⁷.

En la tradición quechua peruana²⁸ se conoce la división clásica de las enfermedades. Éstas son de dos categorías: Los males del frío (*chiri onccoy*) y males del calor (*ccoñi onccoy*). Se tienen además las subdivisiones: i) Los males provenientes del aire, el ambiente y la atmósfera (*wayra onccoy*). Entre los principales males del aire o viento se tiene: el aire de los muertos *Aya waira*, el aire que causan pasmos y vahídos intempestivos, el aire relacionado a los rayos *Jaycca wayra*, el aire de los ancestros muertos *machu wayra*, *so'ja wayra*, *el sullu wayra* y *el phiru wayra* que son emanaciones y efluvios dañinos. ii) Los males provenientes del susto que producen el desdoblamiento anímico, la pérdida o extravío de una de las almas o ánimos, que ocasionan alteraciones del sistema nervioso y mental. Cuando el ánimo no vuelve ocurre que la madre tierra se apropió del alma (*ccapiscca*) y no es posible liberarla hasta ofrecer una ofrenda.

En la cultura aymara, la enfermedad se entiende como un resultado de la pérdida del equilibrio de la estabilidad en las relaciones entre el hombre y la naturaleza. La práctica de la medicina indígena, está dirigida fundamentalmente a restablecer este equilibrio o estabilidad o normalidad²⁹.

Entre los Ngöbe, se practican los baños purificatorios de río, sobre todo a las criaturas, pero especialmente, en el contexto de la iniciación femenina, en las que se lleva a la púber al río para bañarla antes de que salga el sol y después que se oculta el sol. Se celebra este ritual en el

²⁶ OPS, *Serie salud de los Pueblos Indígenas* No. 18: “Promoción de la medicina y práctica indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Quechua del Perú”. OPS, 2001. p. 15 y 16.

²⁷ Pérez. op. cit. p. 238. Ver también Cox, Avelino. Op.Cit. págs. 78–82.

²⁸ Lira A, Jorge. *Medicina Andina: Farmacopea y Ritual*. Talleres Gráficos del Centro Bartolomé de las Casas, Cusco, Perú. 1985. pp. XXV-XXVIII.

²⁹ Garrido, Molly “*Medicina intercultural indígena*”. *Serie Salud de los Pueblos Indígenas*. “*En Memoria del Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud: Región de la Araucanía*”. OPS, Washington D.C., febrero 1998.



que debe guardar “cuidos” o ayuno (*boin*) de no asolearse y sí bañarse cuando aún las aguas no hayan sido tocadas por nadie³⁰.

Principios de las terapias de la medicina tradicional

El sistema de salud tradicional³¹, se manifiesta solvente e integradora, en el sentido de que:

- Posee principios y formas propias de interpretar los conceptos de enfermedad y salud, generalmente acorde con la cosmovisión. Dicha cosmovisión tiene que ver con la forma como se explica el origen y el establecimiento del universo, donde el ser humano está interrelacionado con el todo y no está en el centro del universo, pero que es parte del equilibrio y que cuando el ser humano pierde el equilibrio, pierde la salud.

- Existe una forma de organizar la terapéutica.
- Existe un cuerpo de conocimientos, principios, fundamentos y técnicas.
- Se posee una práctica social que establece la prevención, la promoción, el tratamiento de la problemática de salud y la enfermedad.
- Se tiene la aceptación social por parte de la población con identidad e inclusive presta asistencia a aquellos marginados y pobres de su entorno.

En la mayor parte de los pueblos indígenas, se acatan los consejos preventivos de enfermedad que los terapeutas recomiendan, entre ellas prohibiciones y restricciones al comportamiento, la observación de dietas, el empleo de los amuletos (los collares, lazos de diversos colores y naturalezas de hilos, los atados de hierbas medicinales adheridos a la ropa, la inclusión de elementos simbólicos, etc.); la mayoría de los niños llevan una.

Salud reproductiva

En la tradición miskita durante el embarazo, las mujeres están extremadamente calientes y tienen una mirada muy fuerte que los niños y los enfermos deben evitar. El poder reproductivo de la mujer enferma pero también cura (enfermedad mortal de *flujo* en los recién nacidos)³². Una mujer embarazada tiene dos pulsos, uno fuerte que enferma a los animales y otro débil. Después de dar a luz, una mujer debe permanecer en casa 5 a 8 días, si sale, tiene que cubrirse el rostro. Se abstiene de cocinar por dos meses, consume alimentos de esencia fría (pescado, pollo, arroz y farináceos) y no debe ir al bosque. Durante la labor de parto, la parturienta recibe el apoyo de sus familiares.

³⁰ Quintero, Blas. Op. Cit, p. 7.

³¹ Referencias útiles de encuentran en Eder y Car, *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala: expresiones del modelo en el grupo étnico Q'eqch'í*. ASECSA, 2004, p. 35-36. Eder y García. *Modelo de la Medicina indígena maya en Guatemala*. ASECSA, 2003, p. 20-30.

³² Pérez. Op. cit. P. 189.



El parto en la tradición quechua (Perú)

En la tradición quechua andina de Perú, el nivel espiritual tiene una especial importancia, así por ejemplo, los espíritus de las montañas vienen a acompañar a la mujer para darle fuerza en el momento del parto. El sol, como elemento masculino, la luna como elemento femenino, y la *pachamama* (madre universal) tienen una presencia telúrica en el momento del parto. Las plantas que usan las parteras también tienen su espíritu y su presencia es más significativa de lo que puede ser algún otro elemento fármaco-terapéutico. Al existir una relación de horizontalidad con las plantas, éstas proveen fuerza y tranquilidad que calman a la mujer, siendo así que el espíritu de la planta se posesiona de alguna manera del espíritu de la mujer.

El hecho de que durante el parto se usen plantas, baños, rezos, etc., y que haga del parto toda una ceremonia es algo que es el don de la partera, es algo que viene desde adentro y que es su conexión con lo espiritual.

Además, importan mucho las relaciones y apoyo de los familiares en el proceso de parto. La mujer que da a luz, es el centro de la atención y unión familiar, al dar a luz en el propio hogar, el cual le brinda el recinto apropiado y con la calidez necesaria, emocional y espiritual. Y, es la cocina el lugar ideal, allí el parto se conduce con apoyo del esposo y asistida por la partera, con quién mantiene una relación de confianza.

En lo fundamental, la labor del parto avanza en posición vertical acorde a la tradición.

La medicina tradicional quechua ha realizado los siguientes aportes a la práctica obstétrica:

- i. el acompañamiento constante durante el parto,
- ii. la verticalidad en el parto,
- iii. el calor y la oscuridad,
- iv. la privacidad y la intimidad,
- v. la presencia del esposo,

vi. el manejo de la placenta, por haber alimentado a una criatura, su cremación o su entierro se realiza dentro de la ceremonia de agradecimiento o pago a la “madre tierra”; así la puérpera no sufrirá de sobreparto.

Fuente: Adaptado de OPS. *Serie Salud de los Pueblos Indígenas* No. 18: “Promoción de la medicina y práctica indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Quechua del Perú”. OPS, 2001: 17-21.



El parto entre las mujeres mayas (Guatemala)

- Para las mujeres mayas el control del embarazo es la preparación para el momento del parto, tarea que realizan las comadronas y es en ellas donde depositan toda su confianza, la práctica fundamental de este control es la colocación del feto a través del “calentamiento de la cintura” y “la sobada de estómago”.

Las mujeres mayas utilizan prácticas tradicionales para acelerar el trabajo de parto, por ejemplo, las mujeres K'iche' se bañan en el temaxcal (que es un baño de vapor que utilizan los Mayas, los Mam lo llaman chuj) y toman una infusión de varias plantas, las Q'eqchi toman pimienta para que el trabajo de parto sea activo, las Mam toman manzanilla con chocolate para tener fuerza y las Kaqchikel dicen que no toman nada. También utilizan prácticas para “pujar con fuerza” como el vómito inducido.

- La gran mayoría de las mujeres Mayas tienen el parto en la casa acompañadas por la comadrona y en muchos casos por el esposo, reconocen que hay riesgos de morir y el mayor temor es que no “nazca la placenta”;

- Ellas prefieren el parto en posición hincada, esta es una práctica cultural aprendida en la que se preserva la intimidad de la mujer porque ella está cubierta por su corte, en ésta posición la comadrona recibe al bebé con los brazos extendidos;

- “Cuando el parto en la casa hay una costumbre que es hincado, y en el hospital no lo dejan hacer eso, porque dicen que es peligroso que caiga el bebé” y las pueden acompañar sus esposos, mientras que en el hospital no puede entrar la comadrona, sienten que no les tienen paciencia porque no les entienden el idioma, les da temor que les hagan cesárea, no les respetan sus creencias, no las pueden acompañar los esposos o las madres y les da vergüenza porque las atienden los hombres; también les preocupa el costo y el acceso.



Unidad dos Elementos, recursos y organización de la medicina indígena tradicional

La medicina indígena tradicional se vale de una serie de recursos para las prácticas curativas. Naturalmente, el recurso más decisivo es el ser humano, el terapeuta. Es éste quien asimila el conocimiento y el dominio de la naturaleza de forma que, organiza los elementos auxiliares para hacer frente a cada evento perturbador de la salud individual o colectiva. Entre los elementos participan varias fuentes de plantas medicinales, algunos animales, minerales y fluidos. El sistema de medicina indígena tradicional es un sistema que incluye terapeuta, terapias, recursos y destrezas curativas.

2.1 Los terapeutas y los especialistas

Terapeutas tradicionales indígenas

La idea de que hay espíritus que sanan y espíritus que enferman está muy difundida. El intermediario entre dichos espíritus y el hombre son los médicos tradicionales. El proceso de iniciación de un terapeuta es complejo, involucra una serie de ritos, dietas y abstenciones. Básicamente, por lo común, son las deidades quienes eligen al candidato.

En los pueblos bribri, cabécar y ngöbe de Costa Rica, los terapeutas tradicionales son el *awá*, *jawa* y *sukia*. Entre los malekus, chorotegas, huetares, brunkas y teribes hay especialistas en plantas medicinales y curanderos. Su formación incluye extensos estudios sobre la historia, las plantas, la espiritualidad, la cosmovisión, los cantos de sanación y ceremonias³³. La condición de terapeuta se gana por una larga preparación (entre 10 y 15 años) bajo la dirección de otro *awá*, *jawá* o *sukia*; en el momento adecuado el postulante obtiene el reconocimiento comunal a través de un complejo ceremonial. El acceso a dicha condición está reservado a niños en quienes se reconoce cierto designio.

Entre los miskitu, el *sukia* es el especialista terapeuta y religioso, y son intermediarios entre los seres humanos y la esfera espiritual. Están capacitados para usar el poder de los espíritus de la naturaleza para fines humanos. Su eficacia para sanar depende de la amplitud de sus conocimientos y las expectativas compartidas con su pueblo. Es un innovador dinámico que acomoda nuevas situaciones a un marco explicativo para sus pacientes. Pérez³⁴ refiere

³³ Bozzoli, op. cit. Págs. 4-44.

³⁴ Pérez, op. cit. p. 196.



que, muchos *sukias* han incorporado ideas cristianas de las Iglesia Morava³⁵, así como ideas compartidas por sus vecinos ladinos y garífunas³⁶.

La iluminación que torna a una persona en *sukia* es sobrevivir al rayo, en ocasiones pasar un estado próximo a la muerte y pérdida de conciencia. Se trata de un renacimiento luego del cual prosigue un rito de iniciación a la vida espiritual (preparación para el ritual, separación de la sociedad y la reincorporación a la sociedad con su nuevo estatus). En muchas tradiciones culturales existen los especialistas que manejan las energías negativas.

Algunas jerarquías de los terapeutas

Existen diversos niveles de organización y coordinación entre los especialistas. Así, entre los miskitu existen las siguientes categorías de terapeutas tradicionales³⁷:

Okuli: (desaparecido) Tenía habilidades terapéuticas y capacidad para controlar huracanes e inundaciones.

Prapit (profeta): Intermediario entre el hombre y los espíritus, con amplia capacidad terapéutica.

Sukia: Es el terapeuta y religioso más representativo.

Hierbero: El especialista que posee dominio de la medicina herbolaria.

Passintaylor: Son especialistas que combinan las creencias sobrenaturales tradicionales y nuevas experiencias relacionadas con el primer contacto con los Moravos. Usaron artefactos de origen foráneo como espejos para adivinar las fuentes del mal, asociadas a la manipulación de la simbología cristiana morava.

Iumu yayabakara: Es el especialista que cura a través del método *iumu*, el cual utiliza pociones espiritualmente fortalecidas.

En los pueblos quechuas andinos³⁸, los especialistas terapeutas se componen de:

Yachaj: El sabio de mayor prestigio.

El Hampij: El especialista en aplicar la materia médica propia al caso, relaciona y balancea adecuadamente las propiedades de las hierbas, sales; vela la correcta medicación.

El *Watu*: Especialista en diagnósticos, el que averigua por medios interpretativos el origen y proceso del mal. Indaga el estado somático, psíquico y patológico del paciente. Determina el diagnóstico más preciso.

³⁵ El impacto de la Iglesia Morava en más de 150 años de presencia entre los Miskitus ha sido estudiado por muchos investigadores. Destacan los siguientes: Jorge Jenkins. *El Desafío indígena en Nicaragua: el caso de los miskitos*. Editorial Vanguardia, Managua, 1986. Págs. 79-114. Germán Romero. *Historia de la Costa Atlántica*. CIDCA-UCA, Managua, 1996.

³⁶ Los garífunas habitan la costa caribe de Honduras, Guatemala y Belice. Se originaron en la fusión de negros africanos que naufragaron en 1655 frente a la Isla de San Vicente y los indígenas arahuacos que la habitaban. En 1797 los garífunas fueron expulsados de la Isla San Vicente hacia Honduras donde finalmente se asentaron. Más información en: Ramón Rivas. *Pueblos Indígenas y garífuna de Honduras*. Editorial Guaymurás, Tegucigalpa, 2000.

³⁷ Pérez: ídem, p. 195-202.

³⁸ Lira, Jorge, op. Cit. p. XXIV-XXV.



El *Pacco*: Especialista en el alma, el que la pone en sincronía. Hace obrar alma y cuerpo, y evita que las emanaciones vivas del remedio no alteren en lo posible las íntimas relaciones entre cuerpo y espíritu.

En la tradición aymara boliviana:

El Yatiri: Es el terapeuta de mayor rango, seleccionado sobrenaturalmente por el rayo³⁹ a la cual sobrevive con su nuevo estatus. Tiene competencias diagnósticas y curativas, así como de interceder mediante ofrendas como la mesa (misa) por el paciente ante los seres tutelares.

El *Ch'amankani* (el dueño de la oscuridad): posee capacidades específicas para comunicarse con los seres espirituales, es un intermediario entre los seres sagrados y la gente. Sus ceremonias de convocación son de carácter diagnóstico y de identificación de las fuentes de enfermedad.

Los *Kallawayas*⁴⁰, eran terapeutas naturistas itinerantes, figuras míticas relacionadas con la propia figura del inka. Los actuales son sedentarios y poseen amplio conocimiento de las especies naturales que emplean para la curación, también conocen prácticas rituales para terapias específicas, leen la suerte en coca, naipes, elaboran ritos e identifican enfermedades relacionadas con la pérdida del “alma”. En diciembre de 2003, la Unesco reconoció a la medicina y a la cultura Kallawayas como patrimonio oral e intangible de la humanidad. Además existen *Coca qawiri parteras, Aysiri materos, Qulliri milluris, qaquidores paqos y layqiri rezadores*.

En Chile están difundidos los (las) *machi* (consejero médico, social, cultural, espiritual), hierberos, hueseros, curanderos, sobadores y parteras, *yatiris*. En Ecuador: el *Yachac* o *Samayuc*, fregador o sobador, la partera o *mamahua, paccarichic mama*, y el hierbatero. En Guatemala: El (la) guía espiritual, los (las) curandero(a)s generales, las comadronas curasustos, huesero, hierberos, chupadores.

Entre los bribri y cabécares de Costa Rica la jerarquía de terapeutas se componía del *Usekol* (sacerdotes que controlaban las enfermedades colectivas, está extinto), el *awá/jawá* (terapeutas), *bikakla* (especialista del ceremonial), *Okom* (manipulador de muertos)⁴¹.

Entre los kunas de Panamá la jerarquía se compone del *inaduled* (terapeuta), *nele* (vidente), *saila* (cantor). Entre los emberá el terapeuta se denomina *jaibanas*.

En México, a nivel de los más de 60 pueblos indígenas, perduran gran diversidad de chamanes, parteras, rezadores, yerbateros, hueseros, sobadores, culebreros y otras especialidades.

En muchos pueblos indígenas existen Consejos y Asociaciones de Médicos Tradicionales, es el caso de la Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la amazonía Colombiana, UMIYAC, quienes poseen una importante propuesta de un Código de Ética de la Medicina Indígena del Piedemonte Amazónico Colombiano. En Costa Rica, existen las Asociaciones de Awa en Salitre/Cabagra y en Talamanca y en México, la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, OMIECH. Organización de Médicos Tradicionales Mixes, OMETRAM,⁴²

³⁹ Ochoa, 1974 y Huanca, 1990, citados por Fernández, op. cit. p. 126.

⁴⁰ Fernández, ídem. cit. p. 129-130.

⁴¹ Bozzoli; op. cit. p. 2-44.

⁴² El Instituto Nacional Indigenista de México ha publicado una serie sobre “Testimonios de Vida de Médicos Indígenas Tradicionales”.



Consejo de Médicos y Parteras Indígenas Tradicionales de Chiapas, COMPITCH, en cada Estado existen asociaciones.

2.2 Empleo de las plantas medicinales

El término botánica aborigen fue usado por primera vez en 1874 por Power para referirse a las plantas utilizadas por los pueblos aborígenes, en calidad de alimentos, medicamentos o para usos prácticos. Más tarde, en 1896, Harshberger acuñó el término etnobotánica para referirse a la disciplina que estudia y evalúa el conocimiento de los pueblos primitivos acerca de las plantas, sus relaciones con el hombre y su medio ambiente, así como sus usos de acuerdo a las costumbres o creencias.

La medicina tradicional es fruto de miles de años de acumulación de conocimientos empíricos, muchos de ellos estrechamente vinculados a mitos y prácticas religiosas. Acorde a dicha naturaleza, la medicina tradicional es extremadamente dinámica e incorpora a su modelo elementos de otras prácticas, culturas o medicinas. Se va enriqueciendo constantemente de los aportes ajenos y de sus propios descubrimientos. Sobre el particular, existieron durante la colonia procesos de incorporación de elementos de la medicina de origen europeo, como es el caso de algunas plantas medicinales usadas actualmente por los curanderos americanos, como las muy conocidas verbena, llantén, manzanilla y cola de caballo⁴³.

Plantas medicinales

Los pueblos indígenas hicieron aportes significativos a la medicina convencional como en los casos del aprovechamiento de la quinina, del curare, la zarzaparrilla, el guayaco, la coca, entre otras sustancias y plantas medicinales. Los sistemas de salud convencionales se han beneficiado de esos conocimientos.

Se consideran plantas medicinales aquellas especies vegetales cuya calidad y cantidad de principios activos tienen propiedades terapéuticas comprobadas empírica o científicamente en beneficio de la salud humana⁴⁴.

Plantas medicinales: incluye plantas, materiales, preparaciones y productos terminados a base de plantas.

Plantas: incluye plantas crudas, material como hojas, flores, frutos, semillas, tallos, madera, raíces, rizomas u otras partes de la planta, las cuales pueden ser enteras, fragmentadas o en polvo.

⁴³ Mabit, op. cit. www.incahuasi.org

⁴⁴ Existe abundante literatura sobre plantas medicinales específicas según la tradición de diferentes pueblos indígenas. Los siguientes textos son un ejemplo: Floripe Fajardo, Alejandro/CECALLI. *Plantas que curan*, Salud plantas medicinales. 1ª. Edic. imprimatur. Managua, 1998. Ventocilla, Jorge, Herrera, Heraclio, Núñez, Valerio. *El Espíritu de la tierra. Plantas y animales de la vida del pueblo Kuna*. 2ª. Edición. Abya Yala. Quito, Ecuador. Lira, Jorge. *Medicina Andina: farmacopea y ritual*. Centro de Estudios Bartolomé de las Casas. Cusco, Perú. House, Paul; Sánchez, Indalecio. *Mayangna Pana Basni. Plantas medicinales del pueblo Tawahka*. Rowland digital. Inglaterra. 1997. H. P. *Donde no hay doctor*. Lima, Perú.



Materiales de plantas: incluye jugos frescos, gomas, mezcla de aceites, aceites esenciales, resinas y polvos secos de plantas.

Preparaciones de plantas: son la base de los productos terminados de plantas y pueden incluir materiales en polvo o extractos, tinturas, grasas y aceites de materiales herbarios. Estas preparaciones son producidas por fraccionamiento, purificación, concentración y otros procesos físicos o biológicos. Incluye preparaciones de materiales de plantas en soluciones alcohólicas y/o en miel.

Productos terminados de plantas: preparaciones elaboradas con una o más plantas. Si se usa más de una, el término es “mezcla de plantas”. Estos productos pueden contener excipientes en adición a los ingredientes activos⁴⁵.

En general, existen diferentes formas de preparar las plantas medicinales, por ejemplo en zumo, jugos, ungüentos, cocción, maceración, emplastos, compresas y otros. También solas, mezcladas, serenadas, hervidas, reposadas, asadas, etc. Igualmente, existe un conocimiento extenso de los componentes de la planta que se emplean como medicina, como lo es el conocimiento específico de las horas, condiciones y los procedimientos rituales para recolectarlas. Hay terapeutas que dialogan con las plantas, otros median cantos, rezos y plegarias durante la colecta, como también otros celebran rituales largos y continuos durante todo el proceso de curación y preparación de medicamentos. Es por ello que hay jerarquías de terapeutas especialistas en esos diversos procesos.

Algunas especies son omnipresentes y fundamentales. Así, en la mayoría de los pueblos indígenas mesoamericanos, el empleo del cacao tiene especial relevancia, entre ellos su uso ritual. Hay pocas ceremonias en las que no interviene el cacao. En cambio, en los pueblos andinos, lo preponderante es la coca, como medicina y como elemento ritual de sanaciones y ofrendas, además la coca está presente en la mayoría de los actos sociales, religiosos y mágicos, desempeña el rol de integrador socioeconómico y favorece la interrelación entre los pueblos andinos⁴⁶. En las zonas de selva, los pueblos indígenas dominan grandes variedades de plantas, incluyendo la ayahuasca, el yagé y el peyote en México. Varios pueblos indígenas emplean la raíz que se machaca y se echa en un saco y se deposita en la corriente removiendo ese machacado, al diluirse sus jugos en el agua, lo envenena y emborracha a los peces y camarones, entonces, la familia entera se aprovisiona de peces.

El biólogo Doménico Carotenuto⁴⁷, refiere que las plantas medicinales contribuyen al fortalecimiento de los programas de salud, y también a la economía del país, en la medida en que se aprovechan como materia prima, como extractos alcohólicos o acuosos, en forma semipurificada o también como sustancias puras o semi-sintéticas. En el reconocimiento del potencial valor de la medicina tradicional y la utilización de las plantas medicinales en la

⁴⁵ World Health Organization, WHO, “Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine, January 2004”. También ver: World Health Organization. “National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines”. WHO, Geneva, May 2005. Pág. 74-84. <http://hinfo198.tempdomainname.com/medicinedocs/collect/edmweb/pdf/s7916e/s7916e.pdf>.

⁴⁶ Al respecto consultar: *La coca... Tradición, rito, identidad*. Instituto Indigenista Interamericano. México 1989. 79-229.

⁴⁷ Carotenuto, Doménico. Discurso pronunciado en la ceremonia de incorporación como Profesor Honorario de la UNMSM el 16 Julio 2004, Lima, Perú. <http://www.unmsm.edu.pe/Noticias/julio/d21/veramp.php?val=1>



salud pública, la OMS, mediante la resolución WHA 331.33 (1978) reconoció la importancia de las plantas medicinales en el cuidado de la salud y recomendó a los Estados Miembros a elaborar:

- i) Un inventario y clasificación terapéutica, actualizadas periódicamente de plantas usadas en los diferentes países.
- ii) Criterios científicos y métodos para asegurar la calidad de las preparaciones con plantas medicinales y su eficacia en el tratamiento de enfermedades.
- iii) Estándares internacionales y especificaciones de identidad, pureza, potencia y buenas prácticas de fabricación.
- iv) Métodos para el uso seguro y efectivo de productos fitoterapéuticos por diferentes profesionales de la salud.
- v) Diseminación de la información a los Estados Miembros.
- vi) Designación de Centros de Investigación y Capacitación para el estudio de plantas medicinales.

Empleo de animales

Los animales intervienen en los preparados del terapeuta, ya sean vivos, disecados o partes del animal. En ocasiones, los terapeutas utilizan reproducciones y figurillas que trabajan en diversos materiales. Entre algunas aplicaciones y usos específicos se refieren los siguientes: Los quechuas emplean saltamontes, rana, culebra, lagartija, gusanos, zorro; pelos de perro, de vicuña, de venado; segmentos disecados del feto de la llama, colibrí y del cóndor; animales vivos como gallina, cuy (cobayo), sebos de distintos animales (gallina, culebra), huevos de gallina, perdiz, cóndor y pelajes varios. Los bribri y cabécares emplean animales disecados como la lapa, mono, cuyeo, tortuga, oso perezoso, plumas de águila real, también, nidos de colibrí.

Los ngöbe de la cordillera central de Panamá, emplean el sapo común como “comida trampa” para los *Ni Krwa* o gente gato, que son personas que causan enfermedades por brujería; esta comida llamada *Mröre dobobitdi* se coloca cerca de las tumbas o en los caminos para atrapar cierto tipo de espíritus. También una especie de rana junto con la perdiz y la iguana se emplean como alimento para los que guardan *boin* o ayuno religioso, dicha rana llamada *Nulo*, es amarilla o color sombra tostada, también las utilizan con fines curativos: se echa una rana viva en agua, en una botella durante una noche, de esa agua se le da de beber al alcohólico sin que él lo sepa. También se emplea un sapito pequeño o rana, pintadito, para algunas curaciones de bebés y sapos vivos para otros rituales. La rana *Nulo* también es utilizada para curación: se echa una rana viva en agua, en una botella durante una noche, de esa agua se le da de beber al alcohólico, sin que lo sepa⁴⁸.

El pez de manantial *bitdigali* y *tuliba* como de seis centímetros, blancos y transparentes, tiene una función en el ritual funerario *bomondige*: a los 32 días de fallecido un adulto, se celebra un ritual para despedir definitivamente al difunto. El ritual comienza al anoecer y se

⁴⁸ Quintero, Blas. Op. Cit. p. 10.



pasa toda la noche en vigilia; al amanecer se hace un baño purificador a todos los presentes con agua asperjada por la espalda. Luego se hace el siguiente ritual: se echan varios pececillos *bitdigali* en una botella y una persona mete una varita delgada en la botella y moja ligeramente los labios de todos los presentes. Este ritual protege para no tener visiones del difunto. Todos los rituales ngöbe utiliza el agua para purificar a los asistentes de un ritual u objetos rituales, o lugares, prevenir males y cura.

Medios de diagnóstico

Los terapeutas de los pueblos indígenas han perfeccionado diversas formas de diagnóstico, la mayoría de ellas consisten en ceremonias complejas en las que participa el especialista y una serie de elementos como hierbas, animales, minerales, muchas de las cuales se convierten en ofrendas a las divinidades.

Entre los quichuas de Ecuador es muy popular el empleo diagnóstico y la “limpia” con cuy, con vela, con huevo, mediante el análisis del sueño, examen visual de la orina, el examen físico y hay una limpia con piedras sagradas. Entre los mayas es popular la observación directa, las señas espirituales, las pláticas personales, análisis de sueños. En México se confía en la interpretación de los sueños, el pulso, lectura del huevo, en tirar el maíz, el empleo mediante hongos alucinógenos y el peyote. Entre los quechuas de Perú son muy populares la lectura y soba del cuy, la soba con huevo, la lectura con hojas de coca, mesadas, y psicoactivos.

Entre los miskitu se preparan el *secreto* consistente en hierbas con poderes de diagnóstico, que son acondicionados por los *sukias* mediante un ritual denominado *secreto*, *rezo* o *invocación*. Mediando dichos rituales, las referidas hierbas adquieren cualidades diagnósticas y se emplean para determinar la fuente del mal que posee una persona.

Entre los Aymaras⁴⁹ y los quechuas, el diagnóstico se auxilia de la “lectura de las hojas seleccionadas de la coca”, cuya lectura es toda una especialidad. Otra forma de diagnóstico es que se auxilia en el examen del cuerpo sacrificado de animales como el conejo de indias (cuy, cobayo), el huevo, un vaso con agua, los cuales proporcionan verdaderas radiografías del paciente⁵⁰.

Protección de las plantas medicinales

La mayoría de los países tiene alguna referencia en su legislación sobre la protección a las plantas medicinales, de igual manera, los pueblos indígenas han impulsado proyectos de producción de hierbas medicinales, por los problemas de la pérdida de bosques y desaparición de los ambientes donde se colectaban tradicionalmente dichas plantas. Ya son comunes las iniciativas de los comités de salud, las organizaciones de mujeres e incluso de las escuelas, que diseminan huertos de plantas medicinales.

⁴⁹ Fernández: op. cit. p. 130-136.

⁵⁰ Fernández: op. cit. p. 38-39.



Por otro lado, han surgido diversas redes de organizaciones indígenas y ONGs⁵¹ que se ocupan de la recuperación y fortalecimiento de la medicina indígena mediante acciones de búsqueda de su protección legal, educación comunitaria e investigación. A instancias del Programa Salud de los Pueblos Indígenas varias entidades públicas están valorando el aporte de la medicina indígena a la salud de los pueblos indígenas y explorando mecanismos de complementariedad. Al respecto en un taller organizado (noviembre de 1999) en el marco de dicho programa sobre Medicinas y Terapias Tradicionales, Complementarias y Alternativas, recalcaron la necesidad de respetar la integridad de los valores y prácticas sociales, culturales y espirituales de los pueblos indígenas. Tomando en cuenta los retos y los temas, se identificaron tres áreas prioritarias de trabajo:

- Medicina herbaria.
- Integración de las medicinas y terapias complementarias y alternativas en los sistemas de salud nacionales y promoción de los sistemas de salud indígena.
- Intercambio de información de medicinas y terapias complementarias y alternativas, en general y basadas en pruebas.

⁵¹ Cabe destacar las experiencias de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas en México, la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud de Guatemala, el Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunal, IMTRADEC, de la Universidad URACCAN de Nicaragua, el Jampi Huasi de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura, Ecuador, entre otros.



Estado de avance en materia de medicina indígena

Todos los países: Varios Estados están emprendiendo la normalización de definiciones y términos, así como referencias específicas para evitar malas interpretaciones o malentendidos.

Bolivia y México: Autorregulación para los prestadores de servicios de medicina tradicional, lo cual incluye su inscripción en una asociación profesional de terapeutas tradicionales. Adiestramiento de los prestadores.

Cuba y Guatemala: Han aprobado el uso de plantas medicinales para el tratamiento y alivio sintomático de enfermedades comunes. Estos productos figuran en sus listas de medicamentos esenciales.

Perú y Guatemala: Han iniciado programas con el fin de reunir a los terapeutas tradicionales y a los proveedores de salud convencionales para tratar los problemas de salud de la comunidad con miras a llegar a un acuerdo sobre la forma de colaborar en el tratamiento.

México, Perú, Estados Unidos: Describieron las metas, objetivos y funciones de sus institutos o centros nacionales (gubernamentales) para la medicina tradicional o el desarrollo indígena, que incluye la medicina indígena.

Cuba, Perú, Estados Unidos: Van a ofrecer programas financiados de investigación en medicinas y terapias tradicionales y alternativas, sobre: 1) políticas y programas nacionales, 2) regulación de los prestadores y los productos, 3) investigación y 4) adiestramiento. Estos países cuentan con grupos de trabajo sobre medicinas y terapias complementarias.

Bolivia: Ha impartido adiestramiento para terapeutas tradicionales y han desarrollado talleres.

Chile: proyecto de inversión del Banco Interamericano de Desarrollo para un nuevo modelo de atención de salud que trata la necesidad de considerar la conveniencia cultural en la prestación de dicha atención. Se ha puesto en marcha el Hospital Intercultural de Nueva Imperial.

Cuba: Ha creado un Programa Nacional para la Medicina Tradicional y Alternativa como una estructura permanente dentro del Ministerio de Salud Pública (MINSAP). Ha presentado un plan estratégico y pruebas de su puesta en práctica en todo el sistema de atención de salud.

Guatemala: Ha puesto en práctica programas de capacitación con el fin de incorporar la medicina indígena dentro de su sistema tradicional de atención de salud.

Jamaica: El Ministerio de Salud está regulando las preparaciones herbarias dentro de las reglas existentes para medicamentos y consultorios médicos.

Panamá: El Ministerio de Salud ha permitido a los médicos tradicionales utilizar los Centros de Salud para realizar sus prácticas y se han introducido plantas en las boticas populares.

Perú: El Sistema de Seguridad Social, ha formado un Instituto de Medicina Tradicional con un programa integral de medicina tradicional, complementaria y alternativa.

El Instituto de Medicina Tradicional en Perú ha analizado la eficacia en función de los costos de la medicina alternativa, complementaria y tradicional comparada con la medicina convencional.

OMS: Hay un mandato de la Asamblea Mundial de la Salud para la cooperación técnica en medicina tradicional y cuenta con un programa con asignación de fondos presupuestarios. El Programa de Medicina Tradicional de la OMS ha propuesto un plan estratégico quinquenal (2001-2005).

OPS/OMS: El 40^{avo} Consejo Directivo de la OPS dispuso el establecimiento de una Iniciativa de Salud Indígena con asignación presupuestaria.

Fuente: OPS. "Informe del taller de medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas en las Américas: políticas, planes y programas", Ciudad de Guatemala, 19 y 20 de marzo de 2001. Una referencia actualizada podrá encontrarse en: WHO. *Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine, Text and Map Volumes 2005* (aún no disponible en internet).



2.3 La bioprospección y propiedad intelectual

Las plantas medicinales y el comercio

Por mucho tiempo la medicina tradicional ha sido marginada, sólo en las últimas décadas la situación ha comenzado a cambiar, especialmente por el avance de la investigación etnobotánica y etnomédica, que han aportado elementos de importancia sobre el saber médico tradicional.

La OMS, a raíz de la creciente intoxicación medicamentosa derivada de la medicina oficial, estima que en la actualidad, más de la mitad de todos los habitantes de la tierra confían en las medicinas tradicionales para resolver sus principales necesidades de salud. En el mundo industrializado, se expande la ideología de la vuelta a la naturaleza y existe una cierta desconfianza en los avances científico-tecnológicos y en el valor de los productos de la industria farmacéutica. Debido a ello la demanda mundial de plantas medicinales ha experimentando un crecimiento inusitado. En ese sentido, existe un flujo de comercio de plantas medicinales provenientes de los países del sur hacia los países desarrollados del norte, la misma creció de 100 millones de dólares americanos en 1979 a 6.000 millones en 1994 y a 35.000 millones en el 2003⁵² (se incrementó cerca de 350 veces en el lapso de 25 años).

Bioprospección y derechos de propiedad intelectual

La creciente demanda y comercio de plantas medicinales, han incrementado la presión sobre el hábitat de los pueblos indígenas. Los volúmenes del intercambio significa grandes y fáciles negocios para las compañías farmacéuticas, la cuales ya han abierto secciones de fitoterapia para atender dicha demanda. Dicha situación ocurre, porque a la industria farmacéutica, le demanda mucha inversión en dinero y en tiempo para realizar investigaciones para descubrir moléculas químicas útiles como medicamento. Los largos períodos de prueba y validación que se exigen a los investigadores encarecen seriamente el precio de los nuevos medicamentos. En esas condiciones resulta más fácil y barato para las transnacionales prospectar plantas medicinales en las selvas y copiar las prácticas curativas de los pueblos indígenas.

Jacques Mabit advierte de la amenaza que representan las acciones de algunas transnacionales que “almacenan con avidez en las cámaras de frío y liofilización de transnacionales farmacéuticas como Monsanto (USA) todas las plantas posibles para acceder a su código genético. Ante una eventual dificultad a acceder legalmente a las plantas medicinales, las reservas de genes botánicos permitirán a dichas empresas patentizar sus ‘descubrimientos’ y exigir el cobro de regalías a los usuarios del Sur, proveedores iniciales de la materia prima que les ha sido confiscada”.

Mabit, señala que existen por lo menos 121 distintas sustancias químicas de origen vegetal que pueden ser catalogadas como fármacos importantes y que se encuentran en uso. Estos medicamentos tienen una amplia gama de usos terapéuticos y se obtienen principalmente

⁵² Mabit, J. Op. cit. www.inkahuasi.org



de unas 95 especies de plantas, las cuales podrían adaptarse para su cultivo y utilización prácticamente en todos los países⁵³.

El problema radica en que una vez patentada, los que quieran producirla y venderla, estarán obligados al pago de regalías por el uso de la patente. En esa condición los propietarios de la planta se convierten en dependientes de los dueños de la patente, la cual goza de protección en todos los países por los convenios internacionales. Es decir son despojados de la propiedad sin darse cuenta. Un caso específico ha sido denunciado con relación a la maca, un revitalizante andino que una compañía extranjera patentó (ver el caso). Estos juegos tienen impactos depredadores para los recursos botánicos de los pueblos indígenas. Se incluyen entre estas estrategias a los Tratados de Libre Comercio que están suscribiendo los Gobiernos en forma inconsulta a los pueblos indígenas.

La biopiratería, definida como el robo y saqueo de plantas con fines comerciales, comenzó hace unos 15 años. La han realizado empresas transnacionales de los países ricos que obtienen ganancias fáciles de esta actividad. El conocimiento tradicional asociado a los recursos genéticos ha sido gestado y practicado ancestralmente por los pueblos indígenas, y no es apto para ser protegido por derechos de propiedad intelectual vigentes, ni por sus características ni por su naturaleza comunitaria, por ello debería ser desarrollado –con el apoyo de las modernas tecnologías– en beneficio y de acuerdo con la gestión de quienes lo proveen y de la sociedad en general.

Para las multinacionales farmacéuticas estos recursos y el conocimiento asociado a ellos son una mina de oro, ya que los ven como la fuente potencial de nuevos medicamentos para aumentar sus ya jugosas ganancias. El conocimiento tradicional les significa un enorme ahorro de investigación, ya que les indica qué recursos son más útiles y qué caminos pueden tomar. En las últimas dos décadas, varios factores han llevado a las empresas a intensificar la biopiratería de recursos y conocimientos tradicionales. Uno de ellos son los cambios tecnológicos. Las nuevas biotecnologías, la genómica, la bioinformática, la nanotecnología y otras, han multiplicado las posibilidades de encontrar nuevos componentes y/o nuevas aplicaciones de éstos. Otro factor es la universalización del sistema de patentes, impuesto por medio de los acuerdos de propiedad intelectual de la Organización Mundial de Comercio, que les permite privatizar mediante el patentamiento, recursos que eran públicos y colectivos, con sólo alegar una transformación o adecuación de éstos en sus laboratorios.

⁵³ Mabit, *ibídem*.



Caso: La biopiratería de la maca andina

“Las comunidades indígenas andinas han usado Maca para alimento y con propósitos medicinales desde antes de la Conquista”, explica Alejandro Argumedo. “Irónicamente, ahora estamos en peligro de perder la Maca, no por extinción, sino por las patentes depredadoras de los Estados Unidos”.

Argumedo se refiere a la patente de los Estados Unidos en poder de Pure World Botanicals, Inc., una compañía basada en Nueva Jersey que se especializa en extractos botánicos. La patente de PureWorld sobre extracto de Maca no está reconocida en Perú, por lo tanto hasta el momento no impide que los pueblos peruanos cultiven, usen o vendan extractos de Maca en su país. Sin embargo, PureWorld podría hacer valer su patente, de tal forma que impidiera que Estados Unidos importara extractos de Maca de origen peruano, y extender esa limitación a cualquier otro país donde se reconozca su patente. Su patente no cubre específicamente la semilla de Maca o material genético, pero reclama el compuesto aislado y el proceso utilizado para hacer el extracto.

Según el Profesor Carlos Quirós de la Universidad de California en Davis, la patente de PureWorld describe la preparación de un extracto alcohólico de raíces de Maca. El procedimiento y la fórmula son bastante comunes y el producto final no es tan diferente del que se obtiene por el método tradicional de extracción en Perú.

El “Viagra natural” de Perú

Debido a la creciente demanda de Maca tanto en Perú como para exportación, el área cultivada con esta planta se expandió drásticamente. En 1994 se cultivaban en Perú menos de 50 hectáreas. En 1999, ya se había incrementado 24 veces el área cultivada, es decir, 1,200 hectáreas. Actualmente se están cultivando unas 2,000 hectáreas de Maca. Desafortunadamente, la creciente demanda de Maca ocasionó una sobreproducción y la caída de los precios. Como resultado, los agricultores no se han beneficiado del auge de la Maca.

¿Violación del fideicomiso?

El Centro Internacional de la Papa, CIP, en Lima, es el depositario más importante del mundo de germoplasma de raíces y tubérculos. Su banco genético conserva 31 muestras de Maca peruana, todas recolectadas en parcelas campesinas. Todas están protegidas por el Acuerdo de Fideicomiso entre la FAO y el CGIAR, para beneficio de la comunidad internacional. Bajo los términos del acuerdo entre el CGIAR y la FAO firmado en 1994, el germoplasma “en fideicomiso” debe mantenerse en el dominio público y queda, por definición, fuera del alcance de los reclamos de propiedad intelectual. Aunque hasta ahora las patentes de Estados Unidos sobre Maca no incluyen reclamos sobre el germoplasma, la patente es depredadora del conocimiento indígena del pueblo Andino.

Afirmaciones que confunden

Es una ilusión hacer creer que las patentes serían un sistema “democrático” que todos podrían usar, y de esa forma legítimar la privatización y el uso monopólico. Por ejemplo, los campesinos de las tierras altas de Puno, Perú nunca podrían pagar cientos de miles de dólares para solicitar, obtener y defender las patentes como un medio para proteger su conocimiento y recursos. Aún si intentaran y consiguieran recursos para seguir la vía de la propiedad intelectual, las leyes de patentes de los Estados Unidos continuarán promoviendo que las empresas que aíslan, purifican o modifican productos y procesos biológicos que ya existían, puedan obtener patentes monopólicas, y de esta manera, de todas formas seguirían monopolizando recursos y robando conocimientos tradicionales.

“Tal vez PureWorld Botanicals no haya hecho nada equivocado ante los ojos de la Oficina de Patentes y Marcas Registradas de los Estados Unidos y la compañía probablemente argumentará que ha seguido la ley al pie de la letra. Sin embargo, los reclamos de patentes sobre Maca son moralmente inaceptables”. (www.observatorideute.org/cast).



Unidad tres Articulación de la medicina indígena tradicional con la medicina convencional

La experiencia, los conocimientos y el saber de los pueblos originarios, son fuentes de primer orden para obtener respuestas efectivas a los problemas de la atención de la salud. Una de las razones más impactantes que avala a la medicina indígena tradicional, es que los pueblos indígenas, subyugados, empobrecidos y obligados a abandonar su cultura a lo largo de varios siglos, tuvieron capacidad para sobrevivir, y lo hicieron hallando refugio en elementos trascendentales de su cultura, como es la medicina indígena tradicional. Los conocimientos de este sistema de salud se transmitieron de labios a oído, de padres a hijos, de terapeutas a aspirantes. El enfoque de complementariedad intercultural puede significar superar las grandes barreras que existen en la atención de la salud de los pueblos indígenas.

3.1 Bases conceptuales y condiciones para la armonización

Enfoques de la armonización

Un hecho notorio ocurre con los indígenas emigrados hacia las urbes, donde, en las entrañas de esas ciudades, los indígenas llegan a manejar formas de doble identidad; la de la sociedad moderna que los acoge y la suya propia; esta última, es la que en su intimidad reproduce, vivencia y auxilia sus prácticas y cuidados de salud más inmediatos, rememorando las prácticas médicas tradicionales de sus comunidades de origen. Pareciera que estos emigrados son los primeros que a nivel casero integran los sistemas médicos convencional y tradicional.



Comparación de las cualidades de la medicina científica y la medicina indígena

Cualidad	Medicina científica	Medicina indígena tradicional
<p><i>Agente de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Idioma - Raza - Género - Formación - Clase social - Selección 	<p>Médico, farmacéutico de bata</p> <ul style="list-style-type: none"> - español u otro - blanca o mestiza - varón y mujer - universitaria +especialización - burguesa o capa media - élite social y económica 	<p>Terapeuta tradicional, especialistas</p> <ul style="list-style-type: none"> - indígena más idioma ritual - indígena, a veces mestiza - varón y mujer, generalmente varón - Bajo tutela de un maestro terapeuta - pobre, a veces de clan elegido - pruebas de iniciación, tradición
<p>Establecimiento</p> <p>Lugar de la atención</p> <p>Horario de atención</p> <p>Costo de la atención</p> <p>Medicamentación</p> <p>Duración de la cura</p>	<p>Público, privado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Centro salud, hospital o consultorio médico - fijo, rígido, diurno, días hábiles (de otro modo se paga más) - Caro, pago en efectivo ó Seguro - farmacología química comercial - Rápida 	<p>Privado, al servicio de la comunidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - hogar del enfermo (dedicación exclusiva) - día y de noche - accesible, en dinero o en especie - medicina natural, terapia tradicional -Lenta



Paradigma	Biológico fragmentario, causa-efecto	Desequilibrio cosmovisivo. Integral
Causa enfermedad	- gérmenes, virus, bacterias	- desequilibrio personal, ecológico, religioso, psíquico, moral
Núcleo de intereses	- superficial y físico y por sección corporal (fragmentación biológica)	- integral, profundo, espiritual
Trato verbal	- interrogatorio individual corto	- conversación, diálogo integrador con familia, requiere más tiempo
Instrumental	- Estetoscopio, manómetro, balanzas, tallímetro	- bordón, banco, examen visual
Sistema de diagnóstico	- Laboratorio, análisis clínico, cirugía	- Diagnóstico en plantas, animales o sueño.
Diagnóstico final	- somático	- psicósomático-espiritual integrado
Terapia	- individual	- individual, familiar y comunitario
Dieta	- alimentos costosos	- dietas, alimentos tradicionales
Medicamentos	- farmacéutica, costosos	- hierbas medicinales, ritual, amuletos para previsión / protección. Accesible
Religiosidad	- ausente	- cosmovisión, espiritualidad, ritos
Actitudes		
Del paciente al médico/terapeuta	- con temor	- confianza, respeto, fe (paciente individual o colectivo)
Del médico/terapeuta al paciente	- objetividad, cientificismo	- simpatía, servicio
Del médico/terapeuta hacia la comunidad	- segregación	- integrador/equilibrador, consejo, liderazgo

Fuente: Adaptado de OPS, Serie Salud Indígena No. 7: “Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud”. 1996: p. 20.

Los estudios antropológicos y de la etnomedicina vienen validando la visión que fundamenta la medicina ancestral, que los fenómenos de salud-enfermedad ocurren y deben entenderse



dentro de las especificidades de la cultura material y espiritual. La OPS, señala que a partir del reconocimiento de la vigencia de los pueblos indígenas, se incorporan nuevas dimensiones de análisis de la problemática de salud indígena, así las cosas, la salud indígena es el foco donde concurren muchos otros temas como: derechos humanos, democracia, desarrollo, medio ambiente, comprensión de la cultura, identidad y cosmovisión de estos pueblos a partir de una revisión de la historia⁵⁴.

No se puede dar armonización entre ambos sistemas de salud sin considerar los requerimientos de la interculturalidad. Ella da sentido a principios básicos de la atención en salud como la equidad, que es un concepto aplicable en su esencia, pero se deben considerar los diferentes atributos que determinan la exclusión de una población específica como los indígenas. Entre ellos tienen impacto: el umbral de pobreza, el nivel educacional, el sexo, la edad, el grupo étnico, el monolingüismo en su idioma nativo, y la discapacidad física. Estas características pueden reforzarse, combinarse de diversas maneras y manifestarse en diversos grados de exclusión. Por ejemplo, la forma más crítica de exclusión resulta en el caso de una persona que es pobre, analfabeta, de género femenino, en edad reproductiva, indígena, que habla idioma indígena y es además discapacitada⁵⁵.

Ocurre que en ese contexto, el concepto de equidad, a menudo, está relacionado con el de universalidad. Sin embargo, el concepto de universalidad “homogeniza” a la población y determina la formulación de criterios similares, pasando por alto las necesidades diferentes o discrepantes de grupos poblacionales diversos. Mientras la “equidad” es universal, “no toda universalidad es equitativa”. Como resultado, la universalidad puede ser inadecuada si reemplaza el concepto de equidad. La equidad implica la distribución en conformidad con las características y las necesidades especiales de cada individuo y de cada grupo sin exclusión. La universalidad, por su parte, es insuficiente para satisfacer las necesidades y las prioridades de las poblaciones indígenas o de otros pueblos específicos⁵⁶.

Los gobiernos nacionales reconocen tanto la contribución del conocimiento, las prácticas, los recursos y las terapias indígenas a la salud de la población, como la necesidad de encontrar estrategias y espacios adecuados para fortalecerlos y generar una relación respetuosa y complementaria de éstos con los sistemas de salud oficiales.

En ese sentido, el enfoque intercultural de la salud es una de las estrategias para mejorar el acceso y la calidad de la atención y la promoción de la salud, es también una de las estrategias para proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y tener mayor control de sus vidas. El tema de la interculturalidad ha traspasado los límites de la educación y empieza a asentarse en el ámbito de la salud. La discusión y acciones en torno a la problemática de salud y pueblos indígenas, ha generado al menos cuatro enfoques⁵⁷:

⁵⁴ Rojas, Rocío/OPS. *Crecer Sanitos: Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas*. Washington, USA. 2003.

⁵⁵ OPS-OMS, *Serie de los Pueblos Indígenas* No. 24. “Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas: Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud”. 2003, p. 17.

⁵⁶ Rojas, R. y Shuqair, citado por Rojas, Rocío. Op. Cit. 2003.

⁵⁷ Pedreros, Malva. Ponencia “Interculturalidad en salud: reflexiones en torno a la situación en el norte de Chile”, en OPS, *Serie Salud de los Pueblos Indígenas*. Primer encuentro nacional salud y pueblos indígenas: hacia una política nacional intercultural en salud. Chile, 200?



1. El que surge al interior de los servicios oficiales de salud, se asume liberal y declara que los usuarios son iguales, sean éstos indígenas o no indígenas. Bajo esa premisa rechazan cualquier posibilidad de considerar las especificidades culturales y sociales de la población indígena, a la hora de definir e implementar programas de salud.
2. El enfoque que señala que hay “variables culturales” en los indígenas que condicionan la situación crítica de la salud. Dichas variables son vistas más como barreras a superar que como una potencialidad a desarrollar. En ese sentido, se tiende a una instrumentalización de elementos culturales, de forma que el problema se centra a nivel de la comunicación. Se trata de mejorar tales relaciones, exigiendo a los pacientes indígenas una adherencia absoluta y total a los programas que se implementan.
3. El enfoque de algunas organizaciones indígenas, que plantean el rescate y la revalorización de la medicina tradicional. Se pone énfasis en el sistema de salud como elemento de identidad étnica; sin embargo, olvida que los indígenas de hoy no son los mismos de antes, que no existe una única identidad indígena, existe un pueblo disperso que se posesiona en distintos pisos ecológicos y, según donde se poseione, se identifica como indígena o como campesino.
4. El enfoque que busca articulaciones entre el sistema médico indígena y el sistema médico oficial. Busca desarrollar espacios interculturales para el desarrollo regional con un enfoque sectorial. Asume que existe una interrelación práctica entre los problemas de salud y los distintos elementos del desarrollo social.

Requerimientos para la armonización

El analfabetismo, la pobreza, el desempleo, la carencia de tierra y territorio, las altas tasas de morbilidad por causas evitables y las grandes limitantes de acceso y utilización de los servicios por barreras geográficas, económicas y culturales, son problemas que afectan a la mayoría de comunidades indígenas. Sobre ese contexto, parece claro que para que ocurra la armonización de los sistemas de salud, existen varios requerimientos⁵⁸:

1. Despojarse de las pretensiones de objetividad y universalismo del sistema médico oficial.
2. En tanto que la población dispone y utiliza distintos elementos terapéuticos provenientes de diversas tradiciones culturales, se requiere de una visión pluralista al interior del sistema. Las opciones terapéuticas de la gente son, por decirlo de alguna forma, “democráticas”, y el sistema debe ser consecuente con esta realidad.
3. Desprenderse del autoritarismo que implica el querer conocer los sistemas indígenas con el fin de desestructurarlos aún más en función de la búsqueda de éxito de los propios programas de salud. Ésa es condición indispensable para devolver a la gente la capacidad y el poder de decidir sobre sus procesos de salud-enfermedad.
4. La interculturalidad es una oportunidad para que el sistema médico oficial también aprenda del sistema médico indígena y que este último pueda aportarle al primero conceptos y herramientas que permitan mejorarlo. Hay que asumir que el sistema médico oficial no es el

⁵⁸ Pedreros, Malva, op. cit.



único llamado a “salvar” a los pueblos indígenas, incorporándolos a sus propios referentes, a sus ideas de modernidad, de conocimiento científico, de universalismo, sino que es posible que también se aprenda del sistema indígena.

3.2 Armonización de la medicina indígena tradicional y la medicina biológica

Los indígenas saben que no todos los problemas de la salud se pueden solucionar con los tratamientos tradicionales, reconocen sus limitaciones. Se enfrentan a enfermedades desconocidas como el SIDA, respecto a las cuales tienen limitada experiencia. Aunque son efectivos en el tratamiento de enfermedades culturales, los terapeutas tradicionales a menudo reconocen la necesidad de referir sus pacientes a los servicios de atención de salud oficiales. La medicina oficial es efectiva en los males somáticos, pero falla en los culturales. Ambos sistemas tienen vacíos, pero pueden llegar a ser complementarias y la experiencia lo confirma, cuando el paciente, luego de la visita al médico de bata blanca, lleva primero el medicamento occidental al terapeuta tradicional para que éste lo bendiga.

Se ha indicado en la sección anterior que, en las poblaciones indígenas concentradas en pequeños poblados, coexisten ambas prácticas y se tiende a disponer de una variedad de opciones. El siguiente cuadro demuestra las opciones posibles:

Opciones atención de la salud en caso una dolencia

La decisión pasa por la evaluación de algunas de las siguientes opciones

1. Automedicación
 - Automedicación por consejo de los familiares y amistades
 - Acudir a fármacos conocidos o recomendados
 - Acude a las hierbas medicinales conocidas o recomendadas
2. Opción de la medicina convencional, biológica o científica
 - Consulta al médico especialista
 - Consulta al farmacéutico
 - Consulta a otro personal de salud
3. Opción de la medicina popular
 - Consulta a terapeutas empíricos (medicina popular)
 - sobador
 - curandero
 - huesero
4. Opción de la medicina tradicional indígena
 - Consulta al terapeuta indígena
 - Consulta a los auxiliares de la jerarquía del terapeuta tradicional indígena
5. Combinar opciones



La articulación de las medicinas tradicionales a la salud pública es un terreno que arde con enfrentamientos dogmáticos, intereses largamente establecidos y territorios airadamente disputados. Hace falta reconocer que los extremos son imprecisos, existe la idea de que hay espacios fijos y delimitados, que serían la medicina tradicional y la medicina occidental, pero están desbordadas por todos los lados, porque por principio, las medicinas son dinámicas, evolucionan, agregan nuevos conocimientos, modifican otros, abandonan los que considera obsoletos. Inclusive, existen medicinas tradicionales y no una medicina tradicional (hay diferentes manifestaciones y marcos conceptuales, aún en un mismo territorio nacional). Por el lado de la medicina moderna, también se están asimilando muchas prácticas no alopáticas. La medicina moderna es, ella misma, heredera de medicinas tradicionales de varios orígenes (desde celta hasta árabe) y se nutrió también de los conocimientos botánicos de los shamanes americanos.

3.3 Buenas prácticas en armonización en América Latina

En esta sesión se van a revisar algunos casos que ilustran avances en la armonización de los sistemas de salud convencionales y de las poblaciones indígenas. Algunos son iniciativas de los pueblos indígenas en tanto que otros son del Estado. La armonización y articulación deben darse en un clima de mutuo respeto.

Bolivia

Las experiencias de salud intercultural son ocasionales o nulas. Algunas de ellas han surgido de la iniciativa de los pueblos indígenas, se trata de casos de inserción de terapeutas indígenas kallawayas, hueseros y matronas junto a los médicos, enfermeras y obstetras, con limitada combinación de recursos. Algunas experiencias de esa naturaleza se han dado en Redención Pampa y Zudáñez en Chuquisaca; Ancoraimes, Puerto Pérez y Cohoni, Chanca, en La Paz; Tiraque, Punata y Raqaypampa en Cochabamba, Vallegrande en Santa Cruz, y Uges I y VI en Tarija⁵⁹. Entre acciones de apoyo, se refiere a METRABOL, la implementación de una base de datos sobre plantas medicinales. Entre las decisiones administrativas de gran impacto, figura la decisión gubernamental del 6 de febrero de 2006, por la cual se transforma la Dirección Nacional de Medicina Tradicional Indígena en el Vice Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad. Que constituye la avanzada latinoamericana en cuanto a institucionalización de políticas públicas sobre medicina tradicional.

Costa Rica

En 1996 se realizaron algunas actividades interculturales con terapeutas Awapa de Talamanca en visita al sistema de salud pública. Los terapeutas participaron en la rutina médica en el Hospital del Niño en San José, fueron capacitados en medicina convencional básica y recibieron algunos instrumentos médicos y medicamentos básicos. En otra referencia, la Caja Costarricense de Seguro Social destinó un espacio para la eventual consulta de

⁵⁹ Pérez: op. cit. p. 235-236.



terapeutas indígenas y la atención herbolaria en la Clínica de Suretka, Talamanca. Hay varias organizaciones sobre medicina tradicional, principalmente de cultivo y distribución de plantas medicinales, en la que los huétares hallaron cierta especialidad. También hay una variedad de proyectos a cargo de comités de mujeres en Ujarrás, Talamanca, Quitirrisí, que se dedican a elaborar productos medicinales en territorios indígenas.

Ecuador

A partir de 1986, a iniciativa de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura, se crea el Área de Salud Jambi Huasi en Otavalo. La organización administra varios centros de salud “Jambi Huasi” donde se proporciona atención de medicina general, odontológica, obstétrica; combinando la atención de especialistas de la medicina occidental y con un equipo de terapeutas indígenas que incluye Yachac, fregador (sobador), partera.

La experiencia es un ejemplo de buena práctica que demuestra la factibilidad de atención intercultural de la salud, en tanto que ofrece la posibilidad de que el paciente, ante un malestar determinado, puede elegir si le atiende el médico convencional ó el terapeuta tradicional yachaj. Igualmente, en el nivel de la atención de medicamentos, además de los medicamentos farmacéuticos tiene opción a las plantas medicinales y tratamientos tradicionales. La atención que se proporciona es bilingüe, quichua-castellano. El servicio oferta precios módicos por cada atención y permite la opción de visita a las comunidades. La iniciativa es dirigida por una sociedad basada en la solidaridad, la comunidad, el humanismo, el reconocimiento y el respeto a la diversidad cultural y étnica. El personal está compuesto por profesionales indígenas y terapeutas tradicionales indígenas. Además de la atención de salud, organiza capacitaciones en aspectos de salud y actividades de promoción en coordinación con el gobierno y asociaciones comunales indígenas.

Guatemala

Médicos Descalzos de Guatemala está abocada al desarrollo endógeno de la Medicina Tradicional en las áreas rurales. Se propone rescatar los conocimientos tradicionales en salud herbolaria, mejorar la accesibilidad del primer nivel de atención con la incorporación de la medicina natural herbolaria de acceso local. También pretende aumentar la participación comunitaria en la resolución de los problemas básicos de salud y promueven la articulación entre los actores de la medicina tradicional y el sistema integral de atención en salud⁶⁰.

Otra experiencia consolidada es la de la Asociación de Servicios Comunitarios de Salud, ASECSA, que difunde servicios interculturales en varios municipios indígenas, siendo una de sus actividades más sobresalientes la capacitación. Actúan básicamente a través de organizaciones de base como COSPREK, APROSADSE y APROSADEC.

También son destacables los proyectos de la Asociación CDRO para el fortalecimiento de la medicina indígena y sobre todo la diseminación de medicamentos indígenas mediante la red de farmacias de CDRO.

⁶⁰ http://www.eco-index.org/search/pdfs/248report_1.pdf



Nicaragua

En las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua, la Comisión de Salud del Consejo Regional con el apoyo de diversas entidades con la Universidad URACCAN y el Ministerio de Salud, implementa un modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte, en cooperación con la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo, CIES y el SILAIS- RAAN. El proyecto tiene un fuerte énfasis en capacitación y formación de recursos humanos. Otras experiencias son la de CECALI en el área de Estelí y las acciones del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunal con labores en prevención de la salud, letrinas y hierbas medicinales e investigación en etnomedicina.

Perú

Health Unlimited⁶¹ desde 1997 con iniciativas en la región quechua de Ayacucho, desarrolla e implementa centros de atención de salud, Jampi huasi, ayudan a formar comités de salud y capacitan auxiliares de salud y apoyan la participación comunitaria en los problemas de salud. También se promueve la salud materno infantil y la mejora alimentaria, la creación de ambientes culturalmente apropiados para el parto en los centros de salud del Ministerio de Salud, también acciones en la salud mental, en medicina tradicional y plantas medicinales.

Otra experiencia es la implementación de recintos anexos para el parto tradicional asistido por parteras, en los centros de salud del Ministerio de Salud en algunos poblados de Sicuani y Paucartambo. El componente de capacitación es importante, particularmente la dirigida a las parteras y promotores de salud. El otro ingrediente es la participación comunitaria en la solución de problemas de salud.

Desde 1990 operaba en el Perú el Instituto de Medicina Tradicional Perú, INMETRA, el cual se transformó en el año 2006 en el Centro Nacional de Salud Intercultural, CENSI, es órgano autónomo dedicado a la investigación científica en medicina tradicional. Hay una red de instituciones con las cuales opera. Es destacable el Programa de Salud Indígena de la organización indígena amazónica AIDSESEP y del Centro de Cultural Indias Chirapaq en comunidades andinas.

El camino a recorrer está en manos de ambos sistemas de salud. Algunos tramos en el campo académico ya han sido emprendidos, como es el caso de la iniciativa del Prof. Víctor Reyna⁶², Profesor de química de la Universidad de Lima, quién comparó los resultados de la “soba del cuy” con diagnósticos radiográficos de los pacientes, demostrando así el alto índice de coherencia entre el método empírico tradicional y las técnicas modernas. Este tipo de validaciones permiten avanzar más rápido en la ruta.

México

Se refieren dos experiencias, una del Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS, en gran parte del territorio mexicano, y otra de los consultorios interculturales en el área de Chiapas.

⁶¹ <http://www.healthunlimited.org/peru/index.htm>

⁶² Reyna Pinedo, Víctor. *La soba del cuy en la medicina tradicional peruana*, 2ª ed., Lima, Perú, 2002.



También resalta la producción intelectual del colectivo YOPALTLI integrado por destacados médicos, antropólogos y biólogos especialmente del Departamento de Antropología Médica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México.

En Chiapas, el proceso organizativo de los médicos indígenas es muy amplio, destaca la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, OMIECH, con sede en San Cristóbal de las Casas, cuyo museo de la medicina indígena es una experiencia sistematizada loable. Destaca también el Consejo de Organizaciones de Médicos y Parteras Indígenas de Chiapas, COMPICH, que agrupa a varias organizaciones del Estado.

En la mayoría de los 60 pueblos indígenas existen organizaciones de médicos tradicionales que han realizado varios foros a nivel nacional, en la que han expuesto su problemática y han reivindicado los derechos para el libre ejercicio de la medicina indígena.

El Colegio del Sur, en San Cristóbal de las Casas, por su parte, dispone de uno de los herbarios más completos con más de 3,000 plantas silvestres comestibles de dicha región.



Caso de Buena práctica

Ejemplo de aplicación del modelo integral de salud en el Hospital Makewe-pelale (Mapuche, Chile)⁶³

Este estudio de caso trata de la experiencia de complementariedad en salud en un territorio mapuche de la provincia de Cautín, IX Región Araucanía, Chile.

El sector Makewe-Pelale cuenta con una superficie de 200 km² y consiste de 80 comunidades mapuches, 90% de las cuales pertenecen al pueblo Mapuche. Sus habitantes son prioritariamente pequeños agricultores con un promedio de sólo 1,5 hectáreas per cápita, en ellos se dedican a la siembra de trigo, la chacra, hortalizas y si tienen suficiente espacio crían animales. Desde algunos años, muchos de los habitantes cultivan lupino para exportar a Europa. Las comunidades de Makewe-Pelale tienen una larga historia de relación con instituciones ajenas, a través de la presencia en el sector por más de cien años de la Misión Anglicana. Las comunidades entregaron un total de 285 hectáreas a la Misión para la fundación de una escuela, una iglesia y un dispensario de salud. El recinto actual del hospital fue fundado en 1926, perteneciente en aquel entonces a la Sociedad Misionera Sudamericana, dependiente de la Iglesia Anglicana. Desde sus inicios, el hospital fue financiado por los misioneros, quienes eran los agentes en el aprovisionamiento de los recursos físicos y humanos para hacerse cargo de la “atención occidental profesional” de la salud.

Cabe destacar la influencia de la Misión en las comunidades, por ejemplo, el profesor de la escuela llegaba a tener más autoridad que el *logko* (dirigente tradicional), en la escuela enseñaban español y menospreciaban el *mapuchezugun* (idioma mapuche), en el hospital y en la iglesia desvalorizaban y muchas veces satanizaban a la figura más importante en la salud y espiritualidad mapuche, la *machi* (persona que se dedica a la medicina mapuche, consejería social, cultural y espiritual). Actualmente el sector sólo cuenta con dos *logko* (líder sociopolítico y en gran parte también religioso del pueblo mapuche). Ambos colaboran en la Asociación Indígena para la salud Makewe-Pelale. No obstante, la presencia e influencia de la Misión Anglicana, las *machis*, juegan todavía un rol fundamental en el fortalecimiento de la identidad cultural y espiritual, y por consiguiente en la salud de la población del sector.

Desde el punto de vista mapuche existe una gran riqueza de recursos humanos en lo que se refiere a la salud, pues hay al menos 11 *machis*, 6 de ellas mantienen vínculo con el hospital a través de la referencia y contrareferencia de enfermos, mediante la participación en ceremonias tradicionales desarrolladas por el hospital y también como docentes de cursos de Salud y Pensamiento Mapuche que ofrece la Asociación. Además, el hospital se coordina con dos *gütamchefe* (que tratan problemas de los huesos y articulaciones) y con varios quebradores de empacho y *bawehtuchefe* (que sanan con yerbas medicinales). También existe en la mayoría de las familias un conocimiento importante en medicina casera, donde se complementan yerbas medicinales con medicamentos básicos y existen criterios de derivación a la medicina occidental o a la medicina mapuche. También se ha implementado una farmacia integral, donde están presentes los medicamentos occidentales junto a productos elaborados con hierbas medicinales recolectadas en el mismo territorio, asistido por un modo de entrega bilingüe.

Historia del hospital: El hospital se fundó en 1895 como un dispensario de salud, pero debido a la creciente necesidad de atención llegó, en 1925, a convertirse en un hospital con 35 camas para enfermos crónicos de tuberculosis y enfermos con patología general. El Hospital cuenta también con un consultorio externo y atendía a las poblaciones de Padre Las Casas, Temuco, Freire, Nueva imperial y Puerto Saavedra. En 1962, se estableció el convenio con el Servicio Nacional de Salud de Araucanía Sur, en el cual se acordó una subvención destinada

⁶³ Adaptado a partir de OPS-OMS, Serie Salud de los Pueblos Indígenas No 16, p. 69-70.



a financiar el funcionamiento del hospital. Con el tiempo la labor de los misioneros cesó, la Sociedad Anglicana dejó la administración, lo que repercutió en el financiamiento. En el año 1993 el hospital sufrió una gran crisis económica existiendo por parte de los dueños el deseo de cerrarlo. En esa oportunidad las 92 comunidades mapuche junto con el personal del hospital se reunieron en un gran encuentro con el fin de impedir el cierre. A partir del 1 de marzo de 1999, una organización mapuche, la Asociación Indígena para la Salud Makewe-Pelale que representa unas 2100 personas firmó un convenio con el Servicio Salud Araucanía Sur y se hizo cargo de la administración del hospital.

La Asociación funciona con un Directorio que se reúne todos los meses y tiene una asamblea general cada 3 meses, además, trabaja bajo la asesoría de un grupo de sabios de la comunidad que aconseja y orienta en la política de salud del territorio, tanto en la parte administrativa como en la técnica de la salud. La Asociación se ha propuesto llevar a cabo un Modelo Intercultural de Atención en Salud para resolver el problema de salud de sus usuarios a través del fortalecimiento de los recursos locales, considerando distintas concepciones de salud-enfermedad, y apoyando la complementación de la medicina occidental con la medicina mapuche, ya que donde se encuentra inserto el hospital se da una multiculturalidad con una serie de sistemas médicos interrelacionados (bio-médico, indígena y popular). También son objetivos importantes de la asociación el fortalecimiento de la identidad mapuche, que las autoridades mapuches sean valoradas, que se controle la riqueza cultural del sector y el fortalecimiento de la dignidad mapuche en la atención de salud.

Servicios de salud en el territorio de Makewe-Pelale

La red de servicios está formada por una estructura occidental compuesta por:

i) Ocho estaciones médicas rurales donde acuden un equipo médico una vez al mes para la atención de morbilidad y programas de salud materno-infantil; ii) Dos postas de salud con un auxiliar paramédico permanente que desarrolla programas de prevención de salud y atención de morbilidad básica. Recibe también la visita mensual de un equipo de salud de los municipios de Freire y Padre de las Casas; iii) El hospital Makewe-Pelale, con una complejidad nivel 4 desde el punto de vista del Ministerio de Salud, además de las complejidades propias como por ejemplo: la derivación de enfermos entre especialistas mapuche y el equipo de salud, modelos de trabajo con familias y escuelas; participación permanente de la comunidad en la gestión y atención de salud. El hospital tiene 30 trabajadores, la mitad de las cuales son de origen mapuche. El recurso humano se estructura de la siguiente manera: 1 médico director técnico, 1 director administrativo, 1 médico tratante, 1 dentista, 3 profesionales de matronería, 1 kinesióloga, 6 auxiliares paramédicos, 4 auxiliares de servicio, 3 secretarías, 3 manipuladores de alimentos, 3 choferes, un ayudante dental. Su capacidad es de 35 camas de hospitalización y un policlínico externo. Desde marzo de 1999, el hospital complementa las diferentes redes de salud existentes en el territorio. La población potencial que atiende se estima en 20.000 personas las que deben caminar hasta 14 Km. para llegar al hospital, algunos se movilizan en carretas tiradas por bueyes o caballo, en bus, bicicleta o automóviles particulares.

Fuente: adaptado de OPS, *Serie Salud de los Pueblos Indígenas* No. 16, Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: el Caso mapuche de Makewe-Pelale de Chile. p. 8-12.

Perfil de un caso típico de atención en el Hospital Makewe Pelale

Historial de la atención primaria de salud.

Nombre: I.C.M.

Sexo: Masculino.

Edad: 31 años

Domicilio: Sector Plom, Makewe, Araucaria, Chile



Antecedentes mórbidos:

1984:	Picadura araña párpado superior
1987:	Sarna
1997:	Mialgias y calambres muslo derecho
Diciembre 1997:	Faringitis aguda, herpangina
Diciembre 1998:	Cefalea, hipertensión
Abril 1999:	Trismus, absceso amigdaliano. Hospitalización en Makewe-Pelale. Dado de alta tras 5 días de tratamiento.
Octubre 1999:	Cólicos intestinales

Dolencia o enfermedad actual: Consulta en policlínico externo, Hospital Makewe-Pelale el día 25 de octubre de 1999.

¿Por qué ha venido usted hoy?: “vengo porque siento una inflamación del corazón y por una hinchazón en el vacío del estómago hace dos semanas. El corazón trabaja muy rápido”.

¿Por qué cree que le sucedió esto?: “*Esto fue por un gas de la tierra que entró al cuerpo y se fue al corazón*”. “*Yo estaba trabajando con la pala haciendo un hoyo en la tierra cuando siento que algo me sube. Era un lugar con un geh. Es una enfermedad llamada Newen (lit. fuerza) Mapu (lit. tierra), forma de expresar un espacio determinado en el universo) Kusan (lit. enfermedad)*”.

El enfermo es examinado y se constatan signos vitales normales y examen físico normal. Se indican: vitaminas, yerbas medicinales (romero) y se deriva a una *machi* (persona que se dedica a la medicina mapuche, consejera social, cultural y espiritual). Se cita a control en un mes.

Vuelve a control el 16 de noviembre de 1999:

Se siente mejor pero continúa con algunas molestias.

Fue la *machi* quién diagnosticó “*newen mapu kusan*” (enfermedad producida por una fuerza de un lugar determinado).

(En el lugar que él trabajaba con la pala haciendo un hoyo era un lugar sagrado y el *geh* o “dueño del lugar” actuó sobre él).

La *machi* le indicó que tomara yerbas medicinales por cuatro días y control en el hospital para efectuar exámenes. En esa consulta se le indican exámenes de laboratorio básicos (hemogramas – VHS y EKG) y continuar tratamiento con la *machi*.



Bibliografía

Borge, Carlos. *Etnografía de la salud en el territorio indígena de Talamanca*. SEDER. San José Costa Rica. 1997.

Bozzoli, María E. *Especialistas en la medicina aborígen Bribri*. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica. 1982.

Car, Glendy; Eder, Karin, García Pú, Manuela. *La Herencia de las abuelas y los abuelos en la medicina indígena maya*. ASECSA. Guatemala, 2005.

Eder, Karin, Car, Glendy. *Modelo de la medicina indígena maya en Guatemala. Expresiones del modelo en el grupo étnico Q'eqchi'*. ASECSA. Primera Edición. Guatemala, 2004.

Eder, Karin. García Pú, María Manuela. *Modelo de la Medicina indígena Maya en Guatemala. Investigación participativa en Sipacapa, San Marcos, San Martín Jilotepeque, Chimaltenango y San Jaun Ixcoy, Huehuetenango*. ASECSA-DED. Segunda Edición, Guatemala, 2003.

Fernández Juárez, Gerardo. “Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara”. *CIPA Cuadernos de investigación* No. 51. La Paz, Bolivia, 1999.

Pérez Chiriboga, Isabel. *Espíritus de Vida y Muerte: Los Miskitu hondureños en época de guerra*. Edit. Guaymuras, Tegucigalpa, 2002.

Fiona Bristow/Health Unlimited y la London School of Hygiene and Tropical Medicine. “Utz´ Wach´il: La Salud y el Bienestar de las Comunidades Autóctonas”. <http://www.healthunlimited.org>

Floripe Fajardo, Alejandro. Altamirano Molina, Vilma. *Plantas que curan*, 1ª. Edición. CECALLI-IMPRIMATUR. Managua, Nicaragua, 1998.

Instituto Indigenista Interamericano. *La Coca... Tradición, Rito, Identidad*. Ed. Instituto Indigenista Interamericano, México, 1989.

Mabit, Jacques-Centro Takiwasi. “Articulación de las medicinas tradicionales y occidentales: el reto de la coherencia”. Seminario-Taller regional sobre políticas y experiencias en Salud e Interculturalidad. Quito, Ecuador, 2004

OPS, *Serie Informes Técnicos*, No. 6. “Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales”.

OPS, *Serie Salud Indígena*, No. 7. “Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud”. 1996.

OPS, *Serie Informes Técnicos*, No. 16. “Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los mapuche de Makewe-Pelale de Chile”.

OPS, *Serie Informes Técnicos*, No. 13. “Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de base”.

OPS, *Serie de los Pueblos Indígenas*, No. 15. “Promoción de la medicina y terapias indígenas en la atención primaria de salud: El caso de los maya de Guatemala”.

OPS, *Serie de los Pueblos Indígenas*, No. 24. “Armonización de los sistemas de salud indígenas y el sistema de salud convencional en las Américas: Lineamientos estratégicos para



la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud”.

OPS, *Serie Salud de los Pueblos Indígenas*, No. 18. “Promoción de la medicina y práctica indígenas en la atención primaria de salud: el caso de los Quechua del Perú”. OPS, 2001.

Quintero, Blas. *Los ngöbe y el manejo de los recursos naturales*. Panamá, ACUN. s/f.

Rojas, Rocío/OPS, *Lineamientos estratégicos para la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención primaria de salud*. OPS, 2001.

Rojas, Rocío/OPS. *Crece sanitos. Estrategias, metodologías e instrumentos para investigar y comprender la salud de los niños indígenas*. Washington, USA, 2003.

URACCAN. *El modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte de la Costa Caribe Nicaragüense*. Imprimatur, Managua, Nicaragua, 1998.

Van der Laat, Carlos. *Hacia la construcción de servicios de salud específicos: Análisis de los determinantes de la salud, basado en la perspectiva de la población indígena cabécar de Chirripó*. UCR, San José, Costa Rica, 2005.

Werner, David. *Donde no hay doctor*. Edit. Centro Bartolomé de las Casas. Cusco, Perú.





Módulo 2

Derecho indígena a la salud

Introducción

El objetivo de este módulo es profundizar el conocimiento de los contenidos, expresiones y posibles alcances del derecho indígena a la salud en América Latina tomando como base los instrumentos legales internacionales y nacionales que son vigentes o vinculantes para el ejercicio de este derecho.

En las dos últimas décadas un movimiento creciente se ha ido perfilando para la afirmación de las demandas y peticiones indígenas. Algunos logros han sido consagrados en normas legales (constituciones políticas, leyes y decretos) o disposiciones administrativas que entre otros son el marco para la implementación del derecho indígena a la salud mediante políticas que garantizan: a) acceso a los servicios de salud, b) reconocimiento de la medicina indígena tradicional, c) protección de las plantas y conocimientos medicinales, y d) la adaptación de los servicios de salud a los usos y costumbres indígenas.

El módulo se organiza en dos unidades:

Unidad Uno: El derecho indígena a la salud en los instrumentos internacionales de derechos humanos

Unidad Dos: El derecho indígena a la salud en la legislación interna en América Latina

La unidad uno hace un recorrido por los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, identificando los alcances específicos que cada uno de ellos pueden tener para la exigibilidad de los derechos a la salud de los pueblos indígenas. Esta unidad se compone de los segmentos: 1) la salud como un derecho humano, es un segmento conceptual que recoge definiciones operativas que permitan enfocar la salud indígena como un derecho humano específico. El segmento 2) tratamiento del derecho a la salud y salud indígena en los instrumentos y órganos del sistema interamericano, y 3) tratamiento en el sistema de las Naciones Unidas.

La unidad dos analiza el estado de la incorporación del derecho específico de los pueblos indígenas a la salud en los instrumentos normativos internos de los países de América Latina. Esta unidad se desarrolla en tres segmentos: 1) elementos de comprensión de la normativa interna, 2) la revisión del material legal de los países de Latinoamérica, 3) elementos necesarios para la elaboración de una abogacía en salud indígena.

El módulo pedagógico (aparte) trae una propuesta para trabajar cada una de estas unidades con ejercicios, talleres y otros recursos pedagógicos.



Unidad uno
El derecho indígena a la salud en los instrumentos internacionales de derechos humanos

Esta unidad hace un recorrido por los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos identificando los alcances específicos que cada uno de ellos pueden tener para la exigibilidad de los derechos a la salud de los pueblos indígenas. La consagración de los derechos indígenas en los tratados universales y regionales de derechos humanos es un factor que potencia la justiciabilidad del derecho a la salud demandado largamente por los movimientos indígenas en diversos espacios.

1.1 La salud como un derecho humano

El concepto de salud

La Organización Mundial de la Salud, OMS, definió en 1946 la salud como “un estado de complejo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o afecciones”⁶⁴. Esta definición ha sido tomada como base en diversos instrumentos de derechos humanos que contienen estipulados sobre la salud, como veremos más adelante. El concepto ha sido desarrollado por la práctica médica y social de las décadas posteriores para efectos operativos, orientándose hacia un enfoque más integral que vislumbra las dimensiones físicas, mentales, sociales, emocionales y espirituales de manera interdependiente e integrada en el ser humano, el cual funciona como una entidad completa en relación al mundo que le rodea. El concepto de bienestar se refiere a la adecuada adaptación e integración (una condición de equilibrio) de las dimensiones físicas, mentales, sociales, espirituales y emocionales a cualquier nivel de salud o enfermedad.

⁶⁴ La definición es parte de la Constitución de la OMS adoptada en el marco de la Conferencia Internacional de la Salud, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio por los representantes de 61 Estados.



Definiciones afines a la salud

- **Sanidad:**
 - Arte y ciencia de prevenir la enfermedad y de preservar la salud y el bienestar.
- **Saneamiento:**
 - Control de los factores ambientales que pueden alterar la salud y el bienestar.
- **Higiene:**
 - *Definición:* Conjunto de medidas aconsejables para preservar la salud.
 - *Tipos/clasificación:*
 - * **Higiene personal o individual:** Es la que realiza el individuo en beneficio propio, con el objetivo de mejorar y conservar la propia salud al no hacer insaludable el medio e indirectamente no afectar el bienestar de los demás.
 - * **Higiene pública:** Es la que realiza la comunidad por intermedio de sus funciones de sanidad, al proveer un medio físico adecuado.
 - * **Higiene social:** Es la que realizan los gobernantes, maestros, escritores, sacerdotes, industriales, etc., al tratar de promover un medio social adecuado para lograr el óptimo bienestar social posible.
- **Salubridad:** La situación de salud y bienestar.

Fuente: <http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaMen.html>

Hablar sobre la salud a nivel colectivo o social requiere relacionar con la noción de ciudadanía, de los derechos y los deberes. La salud pública requiere un esfuerzo por parte del ciudadano y el Estado. Se trata de la prevención de condiciones enfermizas, de manera que se pueda prolongar las expectativas de vida. Esto requiere esfuerzos sociales/gubernamentales para poder controlar aquellos factores ambientales que afectan la salud de las personas, el desarrollo de medidas de prevención ante las enfermedades infecto-contagiosas, un sistema administrativo médico/hospitalario eficiente que sea capaz de prevenir, diagnosticar y/o tratar a tiempo las enfermedades, y la implementación de un mecanismo colectivo que garantice el disfrute de un estado óptimo de salud.

La salud como derecho humano

La Conferencia Internacional de la Salud realizado en Nueva York en el año 1946, establece un principio internacional fundamental en virtud del cual el goce del grado máximo de salud no es solamente un estado o condición de las persona, sino también “uno de los derechos fundamentales de todo ser humano” lo que implica que surgen obligaciones para los Estados Miembros de la OMS con relación al ejercicio de este derecho y que por lo tanto “los gobiernos



tienen la responsabilidad en la salud de sus pueblos, la cual solo puede ser cumplida mediante la adopción de medidas sanitarias adecuadas...”⁶⁵.

Diversos instrumentos internacionales de derechos humanos han incluido este derecho como parte de los derechos económicos, sociales y culturales, DESC, como veremos más adelante. Se puede señalar que en la evolución de los derechos, el derecho a la salud es incorporado en todas las generaciones. Así, los derechos de primera generación resguardan la salud presente en el individuo, los de segunda generación obligan al Estado a proveer servicios y acciones de salud, tanto en el ámbito individual como en el colectivo. Los de tercera generación incorporan nuevos paradigmas que permean la intersectorialidad y transdisciplinariedad del sector salud instando a la discusión de asuntos éticos. Por ejemplo, en el uso de la tecnología en salud, la investigación del patrimonio genético (humanos, animales, plantas), en la preservación del patrimonio arqueológico y cultural, en la inscripción de patentes colectivas, la preservación del medio ambiente y de los recursos naturales. Estos aspectos extrapolan el nivel individual, circunscribiéndose al nivel colectivo, y apuntan hacia una política de desarrollo sustentable, inclusiva y redistributiva⁶⁶.

La salud como un derecho económico, social y cultural - DESC

La efectivización de los DESC, por lo común, implica el deber esencial del Estado de proporcionar los mecanismos necesarios para satisfacer las necesidades de carácter social, económico y cultural de los ciudadanos. El Estado es visto como promotor, protector y guía del cumplimiento de los DESC, sin que ello implique que sea el encargado directo de proveer y suministrar todas las decisiones y recursos para el cumplimiento de los DESC. Se requiere la interacción del Estado, gobierno, sociedad civil, comunidad internacional, etc.

Es muy importante el concepto de nivel de vida, que es común denominador de todos los derechos, para considerar los DESC. Generalmente los indicadores socioeconómicos para evaluar el nivel de vida son: salud, alimentación, educación, condiciones de trabajo, situación ocupacional, vivienda, descanso, esparcimiento, seguridad social. Todo esto constituyen los DESC. El derecho a la salud está consagrado en los instrumentos sobre DESC del sistema de Naciones Unidas y el Sistema interamericano de Derechos Humanos, y en las constituciones nacionales de los Estados.

La salud indígena como un derecho humano

La salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo equivale en los pueblos indígenas a la armonía de todos los elementos que hacen la salud, es decir el derecho a tener su propio entendimiento y control de su vida, y el derecho a “la convivencia armónica del ser humano con la naturaleza, consigo mismo y con los demás, encaminada al bienestar

⁶⁵ Citado por Javier Vásquez. “El derecho a la Salud” en *Revista IIDH* N° 40. Edición especial sobre derechos económicos, sociales y culturales. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, junio-diciembre 2004. pág. 270

⁶⁶ Rocío Rojas y Nur Shuqair. *Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en Salud de los Pueblos Indígenas. Estudios de las Legislaciones de Colombia, Bolivia, El Salvador, México y Honduras*. Washington, D.C. OPS/OMS, mayo de 1998. p. 11.



integral, a la plenitud y tranquilidad espiritual, individual y social”⁶⁷. Las prácticas médicas dentro de este paradigma indígena no están relacionadas exclusivamente con enfermedades físicas individuales, sino que también abordan “enfermedades” relacionadas con la sociedad y el entorno como un todo. El bienestar de la persona está unido al de la comunidad y el entorno a través de prácticas que buscan el equilibrio, es decir, es holístico.

En el sentido integral, el pleno disfrute de la salud para los pueblos indígenas, además de los factores de orden médico (biológico), está relacionado con los factores contextuales que lo determinan: acceso a la tierra/territorio, a los recursos naturales, a un medio ambiente sano, condiciones de vivienda, nutrición, y la armonía social que emana de la expresión irrestricta de su identidad cultural y su libre determinación en sus asuntos. Por ello la salud indígena en su dimensión de salud colectiva está relacionada con los factores de orden ecológico, político, económico, cultural, social y espiritual. Un desarrollo conceptual más amplio del derecho indígena a la salud está comprendido en la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Naciones Unidas emitido en agosto del año 2000 que veremos en la lección 3.

1.2 El derecho a la salud en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

Si bien los DESC no aparecen desarrollados en la Convención Americana de Derechos Humanos (Pacto de San José)⁶⁸ en el Art. 26 se comprometen a adoptar providencias para lograr progresivamente su plena efectividad. La Declaración Americana de los derechos y deberes del hombre⁶⁹ contempla en el Art. 11 el derecho a la preservación de la salud y bienestar y en el Art.16 a la seguridad social.

El Protocolo de San Salvador

El protocolo Adicional a la Convención Americana de Derechos Humanos en materia de Derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador, 1988)⁷⁰. Este instrumento llena el vacío histórico dejado por la Convención Americana sobre Derechos Humanos en relación a los DESC. Los estados se obligan a adoptar medidas necesarias hasta el máximo de recursos disponibles para lograr el desarrollo progresivo: derecho al trabajo y sus condiciones justas, equitativas y satisfactorias, derechos sindicales, a la seguridad social, a la salud, a un medio ambiente sano, a la alimentación, educación, beneficios de la cultura, constitución y protección de la familia, derechos de la niñez, especial protección a ancianos y

⁶⁷ Taller de Salud, Guaranda, Bolívar, Ecuador, 1995. Citado por Rocío Rojas. *Ibíd.* P.7

⁶⁸ Adoptada en San José de Costa Rica el 22 de noviembre de 1969, en la Conferencia Especializada Interamericana sobre Derechos Humanos. Entró en vigor el 18-7-1978. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/b-32.html>

⁶⁹ Aprobado en la IX Conferencia Internacional Americana, Bogotá, 1948.

⁷⁰ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales “Protocolo de San Salvador”. Suscrito por la Asamblea General de la OEA, San Salvador, El Salvador, 17 de noviembre de 1988. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>



a los minusválidos. El Art. 10 del Protocolo está consagrado al derecho a la salud y es la base para el seguimiento por los órganos del sistema interamericano especialmente la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

“Protocolo de San Salvador” Artículo 10, Derecho a la Salud

1. Toda persona tiene derecho a la salud, entendida como el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social.
2. Con el fin de hacer efectivo el derecho a la salud los Estados partes se comprometen a reconocer la salud como un bien público y particularmente a adoptar las siguientes medidas para garantizar este derecho:
 - a. la atención primaria de la salud, entendiendo como tal la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad;
 - b. la extensión de los beneficios de los servicios de salud a todos los individuos sujetos a la jurisdicción del Estado;
 - c. la total inmunización contra las principales enfermedades infecciosas;
 - d. la prevención y el tratamiento de las enfermedades endémicas, profesionales y de otra índole;
 - e. la educación de la población sobre la prevención y tratamiento de los problemas de salud, y
 - f. la satisfacción de las necesidades de salud de los grupos de más alto riesgo y que por sus condiciones de pobreza sean más vulnerables.

El Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

En el seno de la Organización de Estados Americanos se viene discutiendo desde hace más de una década el “Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas”, la versión aprobada por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos en 1997⁷¹ dedica el Art. 12 a la salud y bienestar que contemplan el reconocimiento de varios derechos relacionados a la salud de los indígenas. Esta declaración aún no ha sido aprobada por la Asamblea General de la OEA, aunque se ha referido en varias ocasiones de la prioridad de su aprobación. Pese a que este instrumento será el primero del sistema interamericano relativo a los derechos de los pueblos indígenas, no será vinculante al igual que otras declaraciones. Es decir, no impone obligaciones jurídicas de cumplimiento por los Estados Partes, es básicamente una obligación de tipo moral y político. No obstante este instrumento puede ser referido en los procesos pertinentes a la validación de los derechos a la salud de los indígenas, entre otros derechos.

⁷¹ Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 26 de febrero de 1997, en su sesión 1333a. durante su 95º período ordinario de sesiones. Ver texto completo en: <http://www.cidh.org/Indigenas/Cap.2g.htm>



Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas

Artículo XII. Salud y bienestar

1. Los pueblos indígenas tendrán derecho al reconocimiento legal y a la práctica de su medicina tradicional, tratamiento, farmacología, prácticas y promoción de salud, incluyendo las de prevención y rehabilitación.
2. Los pueblos indígenas tienen el derecho a la protección de las plantas de uso medicinal, animales y minerales, esenciales para la vida en sus territorios tradicionales.
3. Los pueblos indígenas tendrán derecho a usar, mantener, desarrollar y administrar sus propios servicios de salud, así como deberán tener acceso, sin discriminación alguna, a todas las instituciones y servicios de salud y atención médica accesibles a la población en general.
4. Los Estados proveerán los medios necesarios para que los pueblos indígenas logren eliminar las condiciones de salud que existan en sus comunidades y que sean deficitarias respecto a estándares aceptados para la población en general.

El tratamiento del derecho a la salud indígena

El no disponer de un instrumento específico sobre derechos de los pueblos indígenas en el sistema interamericano no ha sido motivo para no referirse al tema indígena en el cumplimiento de los mandatos de la Comisión y la Corte Interamericana de Derechos Humanos como órganos centrales del sistema. Pueden también aplicar como norma complementaria instrumentos internacionales especiales, como por ejemplo, el Convenio 169 de la OIT sobre “Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes”, la Opinión Consultiva 1/82 de la Corte así lo entiende⁷².

Particularmente la Comisión mediante sus informes de país, visitas *in loco* y medidas cautelares⁷³ ha abordado el derecho a la salud de los pueblos indígenas como puede verificarse en los informes sobre Paraguay, Perú y Surinam⁷⁴ que contiene una sección sobre derecho a la salud en el capítulo correspondiente a situación de los derechos indígenas. Las recomendaciones de la Comisión son objeto de seguimiento en los informes sucesivos.

En el caso de Paraguay, la Comisión detecta el deficiente acceso a la salud de los indígenas e insta a asumir compromisos de carácter continuado sobre asistencia sanitaria y médica. La medida cautelar de la Comisión del año 2003 sobre el caso Yaxye Axa incluye asistencia médica. El informe sobre Guatemala (2001) incluye la recomendación de “que adopte a la brevedad las medidas y políticas necesarias para crear y mantener un sistema de salud preventiva y asistencial eficiente, al que puedan acceder sin dificultad todos los miembros de las diferentes

⁷² Citado por Osvaldo Kreimer, en Fergus Mackay. *Los derechos de los pueblos indígenas en el sistema internacional*. Lima. APRODEH/FIDH, 1999. Págs. 13 y 14.

⁷³ <http://www.cidh.oas.org/Indigenas/Default.htm>

⁷⁴ Ver “Tercer informe sobre la situación de los derechos Humanos en Paraguay”. Cap. IX (2001), “Segundo Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en el Perú”. Cap. X (2000), y “Segundo informe sobre la situación de los Derechos humanos en Surinam” (1985). <http://www.cidh.oas.org/pais.esp.htm>



comunidades indígenas, y que aproveche los recursos medicinales y sanitarios propios de las culturas indígenas. Que provea los medios a dichas comunidades para mejorar las condiciones de sanidad ambiental, incluyendo servicios de agua potable y desagües”⁷⁵. La mayoría de las medidas cautelares de la Comisión sobre pueblos indígenas se refieren al derecho a la vida y la integridad física.

En la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos, ya hay casos donde se han considerado los DESC para las reparaciones; en los casos de *Awas Tigni contra Nicaragua* y *Caso Aloboetoe contra Surinam* se tomaron en cuenta los valores, usos y costumbres culturales, es decir el derecho consuetudinario. En el *Caso Yaxye Axa contra Paraguay*⁷⁶, la Corte requirió en su audiencia la presentación de un peritaje médico sobre el estado de salud de la población indígena. No obstante, no hay un solo caso sometido a la Corte sobre el derecho a la salud o de DESC propiamente. El Juez Manuel Ventura lo explica: “la razón principal de por qué no se han sometido a consideración de la Corte casos que involucren directamente violaciones a los DESC obedece fundamentalmente a que estos derechos no fueron incluidos en la Convención Americana sobre Derechos Humanos”⁷⁷. Recientemente la Corte emitió la sentencia sobre el *Caso de las niñas Yean y Bosico vs. República Dominicana*⁷⁸, aunque no fue fallado en torno a la violación del derecho a la educación, es la referencia más cercana tenida hasta hoy en materia de DESC.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y la Organización Panamericana de la Salud establecieron colaboraciones en varias líneas, visitas *in loco* a hospitales, con opiniones técnicas para interpretar la Convención Americana y declaración Americana de Derechos del Hombre en asuntos relativos a la salud⁷⁹. La estrategia de la OPS podría facilitar una reforma integral de los sistemas de salud pública: leyes, políticas, procedimientos judiciales y servicios de salud pública relativos a los pueblos indígenas. La Iniciativa de la Salud de los Pueblos Indígenas, SAPIA/OPS, ha tenido un impacto importante en la perspectiva interamericana.

⁷⁵ <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Guatemala01sp/indice.htm>

⁷⁶ Al respecto, ver también el caso de la tribu Aché: Ariel Dulitzky. “Jurisprudencia y práctica del sistema interamericano de protección de los derechos humanos relativo a los derechos de los pueblos indígenas y sus miembros” en *El sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos y los derechos de las poblaciones migrantes, mujeres, los pueblos indígenas y los niñas, niñas y adolescentes*. San José. IIDH, 2004. Págs. 216-218.

⁷⁷ Manuel E. Ventura Robles. “Jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales”. En *Revista IIDH* N° 40, Julio-diciembre 2004.

⁷⁸ Corte Interamericana de Derechos Humanos. *Caso de las niñas Yean y Bosico vs. República Dominicana*. Sentencia de 8 de septiembre de 2005. http://www.corteidh.or.cr/seriecpdf/seriec_130_esp.pdf

⁷⁹ Ver casos de colaboración en salud mental y VIH/SIDA en Javier Vásquez. “El derecho a la salud”. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. *Revista IIDH* N° 40, San José, Julio-Diciembre 2004.



Resolución CD37.R5 de la OPS sobre Salud de los Pueblos Indígenas⁸⁰

También conocida como “Resolución V” (ver anexo) fue emitida en septiembre de 1993 en el marco del XXXVII Consejo Directivo de la OPS. La misma decide adoptar el Documento CD37/20, que describe la iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas, SAPIA, y el informe de la Reunión de Trabajo de Winnipeg⁸¹ con sus conclusiones y recomendaciones. De este modo, la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, conocido como SAPIA, constituye el marco de referencia específico del trabajo de la OPS con los pueblos indígenas.

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas surgió en 1992 en el Subcomité de Planificación y Programación de la OPS en el contexto del V centenario de la conquista europea de América. Desde varios sectores y principalmente desde el sector indígena se escuchaban demandas de atención a diversos aspectos de su problemática, entre ellos, educación, salud, tierra, territorio, en un marco del respeto a sus derechos como ciudadanos y como pueblos. SAPIA consensuó cinco principios que debían regirían el trabajo de la OPS y de sus Estados Miembros al abordar la temática de los pueblos indígenas, estos son: a) necesidad de un enfoque integral de la salud; b) derecho a la autodeterminación; c) respeto y revitalización de las culturas indígenas; d) reciprocidad en las relaciones; e) derecho a la participación sistemática.

⁸⁰ Resolución V “Salud De Los Pueblos Indígenas” aprobada por la XXXVII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud. (Aprobada en la cuarta sesión plenaria, celebrada el 28 de septiembre de 1993).

<http://www.ops-oms.org/Spanish/AD/THS/OS/ResolucionVspan.doc>

⁸¹ En Winnipeg, Canadá, tuvo lugar entre el 13 y 18 de abril de 1993 la Reunión de Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Salud. Las recomendaciones hechas durante esta reunión se agruparon en una propuesta, la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, que es el Documento CD37/20.



Resumen de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*

Meta: Mejorar la salud de los pueblos indígenas.

Finalidad: En colaboración con los propios pueblos indígenas, encaminarse a hallar soluciones realistas y sostenibles a los graves problemas de mala salud y condiciones de vida inferiores al promedio que afrontan muchos de los pueblos indígenas en toda la Región.

Líneas de trabajo: Políticas nacionales y acuerdos internacionales, redes de colaboración interinstitucional e intersectorial, la atención primaria de la salud y el criterio intercultural de la salud, análisis de la información, supervisión y tratamiento.

Estrategias:

- a) promover esfuerzos conjuntos y la responsabilidad compartida por la OPS y sus Estados Miembros y las organizaciones y las comunidades indígenas, junto con los organismos y las organizaciones nacionales e internacionales (gubernamentales y no gubernamentales);
- b) generar conocimientos e información adecuados durante la acción, así como también permitir acumular sistemáticamente el conocimiento y la información adquiridas a través de la experiencia; y
- c) formular propuestas que respondan tanto a las situaciones específicas como a los contextos que varían de un país a otro, y concebir enfoques de acuerdo con los temas comunes a nivel regional con la participación de toda la Organización y todos los Estados Miembros en este proceso.

Áreas de trabajo: Fortalecer la capacidad y forjar alianzas; colaborar con los Estados Miembros para poner en marcha los procesos y proyectos nacionales y locales; proyectos en áreas programáticas prioritarias; fortalecer los sistemas sanitarios tradicionales; e información científica, técnica y pública.

*OPS/OMS. La Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas. 138a. Sesión del Comité Ejecutivo. Washington, D.C., EUA, 19-23 de junio de 2006. CE138/13, Rev. 1 (Esp.). <http://www.ops-oms.org/Spanish/GOV/CE/ce138-13-s.pdf>

La Resolución V fue ratificada en 1997 a través de la Resolución CD40.R6 que reconoce el incremento de las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los indígenas de las Américas debido a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria. Exhorta a los Estados Miembros 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 pueblos indígenas.

En el marco de las acciones de apoyo, asesoría y seguimiento del SAPIA desde 1994 al 2006, de 24 países con población indígena firmantes de la Resolución V, en 19 se han establecido políticas públicas que promueven el bienestar de los pueblos indígenas, en 18 se han establecido unidades técnicas de salud sobre los pueblos indígenas en los ministerios de salud, en 19 países hay proyectos nacionales sobre la salud de los pueblos indígenas, en 16 hay redes y temas



locales, en 15 hay políticas y experiencias en la incorporación de las perspectivas, las terapias y los medicamentos indígenas en los sistemas nacionales de salud, en 10 hay sistemas de información, seguimiento y evaluación sanitaria que incorporan la variable de grupo étnico.

1.3 El derecho a la salud en el sistema de Naciones Unidas

Los DESC recibieron un reconocimiento posterior a la Declaración de Derechos del Hombre emitida en 1798, la cual se refería básicamente a los hoy llamamos derechos civiles y políticos. La Asamblea General de la ONU en 1966 aprobó dos pactos internacionales de derechos humanos: el de derechos civiles y políticos y el de DESC. El derecho a la salud se encuentra vinculado a otros derechos humanos civiles y políticos, como es el Art. 7 del Pacto Internacional de derechos civiles y políticos que establece que “(...) nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médico o científicos...”⁸², es vinculación entre la salud y el derecho a la integridad física y psíquica del ser humano.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

El derecho a la salud está reconocido, definido y protegido por el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁸³, artículo 12. Las Naciones Unidas encargaron al Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales el seguimiento del cumplimiento de los Estados Parte quienes deben informar regularmente sobre la implementación de los compromisos. El Comité analiza los informes de los Estados y emite observaciones finales y observaciones generales. Esta última es un instrumento importante porque la Comisión emite aclaraciones o interpretaciones sobre los contenidos y alcances del Pacto a efectos de facilitar la redacción de los informes por los países. El año 2000 el Comité emitió la Observación general N° 14 sobre el derecho a la salud contenido en el Art. 12 del Pacto.

⁸² Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 23 de marzo de 1976. http://193.194.138.190/spanish/html/menu3/b/a_ccpr_sp.htm

⁸³ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. Entrada en vigor: 3 de enero de 1976. <http://www.ohchr.org/spanish/law/cescr.htm>



Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ONU

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:
 - a) La reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
 - b) El mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
 - c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
 - d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Observación General 14⁸⁴ derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

En el numeral 27 el Comité estima conveniente identificar los elementos que contribuirían a definir el derecho a la salud de los pueblos indígenas, a fin de que los Estados con poblaciones indígenas puedan aplicar más adecuadamente las disposiciones contenidas en el artículo 12 del Pacto. El Comité considera que los pueblos indígenas:

- Tienen derecho a medidas específicas que les permitan mejorar su acceso a los servicios de salud y a las atenciones de la salud.
- Los servicios de salud deben ser apropiados desde el punto de vista cultural, es decir, tener en cuenta los cuidados preventivos, las prácticas curativas y las medicinas tradicionales.
- Los Estados deben proporcionar recursos para que los pueblos indígenas establezcan, organicen y controlen esos servicios de suerte que puedan disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental.
- Deberán protegerse las plantas medicinales, los animales y los minerales que resultan necesarios para el pleno disfrute de la salud de los pueblos indígenas.
- En las comunidades indígenas, la salud del individuo se suele vincular con la salud de la sociedad en su conjunto y presenta una dimensión colectiva.
- Las actividades relacionadas con el desarrollo que inducen al desplazamiento de poblaciones indígenas, contra su voluntad, de sus territorios y entornos tradicionales, con la consiguiente pérdida por esas poblaciones de sus recursos alimenticios y la ruptura de su relación simbiótica con la tierra, ejercen un efecto perjudicial sobre a salud de esas poblaciones.

Derecho a la salud de los pueblos indígenas según Observación General 14 (numeral 27).

⁸⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Observación general N° 14 (2000). El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales). E/C.12/2000/4 11 de agosto de 2000. <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G00/439/37/PDF/G0043937.pdf?OpenElement>



Los informes finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Los informes finales⁸⁵ del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales han cumplido un papel importante en el seguimiento del cumplimiento de los DESC en los países latinoamericanos. Varios de los informes se refieren a los pueblos indígenas. Algunos han sido explícitos en las observaciones al cumplimiento del Art. 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales en cuanto a la situación de la salud de los pueblos indígenas. En su informe sobre El Salvador⁸⁶ de 1996 el comité se extraña de no haber recibido información sobre los programas que podría haber aplicado el Gobierno para garantizar los derechos económicos, sociales y culturales de las minorías étnicas. El informe de 1997 sobre Perú⁸⁷ alienta al Estado a que adopte medidas para mejorar el sistema de atención de la salud y extenderlo a todos los sectores de la población. El Comité expresó su preocupación sobre la salud de los indígenas mexicanos en el informe de 1999⁸⁸ donde se señala la limitación de disponibilidad de los servicios de salud para las poblaciones indígenas en Chiapas, Guerrero, Veracruz y Oaxaca y se exhorta al Estado de México a tomar medidas eficaces.

Se deplora la discriminación de la población indígena venezolana en el informe del 2001⁸⁹ especialmente a los servicios de salud y saneamiento, y a una nutrición adecuada. Señala también el impacto sobre la salud de los indígenas por la explotación extractiva de los recursos naturales como la minería. La situación del desplazamiento interno de los pueblos indígenas y afrocolombianos ha sido motivo de las recomendaciones de los informes de 1995 y 2001⁹⁰ que insta al gobierno de Colombia a garantizar se atiendan las necesidades básicas. Sobre Panamá el informe⁹¹ del 2001 manifiesta la preocupación por la persistente situación desfavorable en el acceso al agua potable y la salud. La situación de discriminación de los indígenas en los servicios de salud en Guatemala es foco de atención del informe del 2001⁹², en la que la Comisión insta al Estado a reorientar sus políticas.

El Comité, en el caso de Ecuador (2004)⁹³, hace un contraste entre el marco jurídico establecido y de la creciente influencia de los grupos comunitarios de base indígenas y la discriminación contra la población indígena sobre todo en salud. Le preocupa la escasa cobertura, la baja calidad y los insuficientes recursos financieros del sistema de salud pública. También los efectos negativos sobre la salud y el medio ambiente de las actividades de extracción de recursos naturales que las empresas realizan.

⁸⁵ Se recomienda acceder por internet al documento: “Compilación de observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre países de América Latina y el Caribe (1989–2004)”, [http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/publications/CESCR-Compilacion\(1989-2004\).pdf](http://www.ohchr.org/english/bodies/cescr/docs/publications/CESCR-Compilacion(1989-2004).pdf)

⁸⁶ Comité de DESC E/C.12/1/Add. 4, 28-5-1996 numeral 23.

⁸⁷ Comité de DESC E/C.12/1/Add. 14, 20-5-1997 numeral 36.

⁸⁸ Comité de DESC E/C.12/1/Add.41, 8-12-1999 numeral 18 y 42.

⁸⁹ Comité de DESC E/C.12/1/Add.56, 21-5-2001 numeral 12.

⁹⁰ Comité de DESC E/C.12/1995/12, 28-12-1995 numeral 22 y E/C.12/1/Add.74, 6-12- 2001 numeral 43.

⁹¹ Comité de DESC E/C.12/1/Add.64, 24-9-2001 Numeral 12.

⁹² Comité de DESC E/C.12/1/Add.93, 12-12-2003 numeral 11 y 41.

⁹³ Comité de DESC E/C.12/1/Add.100, 7-6-2004 numeral 11 y 29.



El último informe donde se hace referencia a la salud indígena es el Informe sobre Chile de diciembre del 2004⁹⁴, el informe observa que siguen estando en situación de desventaja en el disfrute de los derechos. Le preocupa a la Comisión el no reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas y la no ratificación del Convenio N° 169 de la OIT. Insta a mejorar la situación de los indígenas en las zonas rurales, en particular en lo que respecta a la salud tomando en cuenta las recomendaciones del informe sobre Chile del Relator especial de las Naciones Unidas sobre pueblos indígenas.

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial⁹⁵ (1965)

Este instrumento que ha sido ratificado por todos los países del continente americano, contiene en su Art. 5 compromisos de los Estados para prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, del derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

Convenio N° 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes⁹⁶ (adoptado en junio de 1989 y entró en vigor en septiembre de 1991)

La Organización Internacional del Trabajo casi desde su creación ha realizado actividades relacionadas con los pueblos indígenas sus condiciones laborales y trabajo forzoso. Se establecieron varios convenios que hacen referencia como el N° 29 (1930) sobre trabajo forzoso, el N° 107 sobre Poblaciones indígenas y tribales (1957); también ese mismo año se emitió la Recomendación N° 104 sobre pueblos indígenas y tribales.

El Convenio 169 constituye el instrumento de derechos humanos de carácter vinculante más avanzado en materia de derechos indígenas. Es el Convenio internacional más citado y usado por los pueblos indígenas para hacer validar sus derechos en diversos ámbitos. Contiene un conjunto de normas mínimas internacionales que promueven el diálogo entre los gobiernos, organizaciones indígenas y organizaciones no gubernamentales referente a temas como política general, identidad, cultura, autodeterminación, tierras y sus recursos, condiciones de trabajo, formación profesional, seguridad social, salud, educación y medio ambiente.

Un efecto inmediato de la ratificación de este convenio es que los Estados Miembros se comprometen a adecuar la legislación nacional y a desarrollar acciones pertinentes de acuerdo con las disposiciones contenidas en el convenio. Esto es una base para que la OIT solicite anualmente información a los Estados Miembros. En la primera memoria después

⁹⁴ Comité de DESC E/C.12/1/Add.105, 1-12-2004 num. 13, 32 y 33.

⁹⁵ Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 2106 A (XX), de 21 de diciembre de 1965. Entrada en vigor: 4-1-1969. <http://www.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm>

⁹⁶ Adoptado el 27 de junio de 1989 por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en su septuagésima sexta reunión. Entrada en vigor: 5 de septiembre de 1991. http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/62_sp.htm



de la ratificación se pide al Estado Miembro que se informe artículo por artículo. La OIT cuenta en su estructura con órganos de control regular de la aplicación de los convenios y las recomendaciones: la Comisión de Expertos y la Comisión de Aplicación de Convenios y Recomendaciones. La Comisión de Expertos son los que analizan las memorias enviadas por los Estados⁹⁷.

El artículo 7:2 estipula el mejoramiento de las condiciones de vida y del nivel de salud de los pueblos indígenas con su participación y cooperación. Los Arts. 25 y 30 son los que mejor expresan los derechos a la salud.

El derecho a la salud en el Convenio N° 169 de la OIT

Artículo 25

1. Los gobiernos deberán velar por que se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
2. Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales.
3. El sistema de asistencia sanitaria deberá dar la preferencia a la formación y al empleo de personal sanitario de la comunidad local y centrarse en los cuidados primarios de salud, manteniendo al mismo tiempo estrechos vínculos con los demás niveles de asistencia sanitaria.
4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.

Artículo 30

1. Los gobiernos deberán adoptar medidas acordes a las tradiciones y culturas de los pueblos interesados, a fin de darles a conocer sus derechos y obligaciones, especialmente en lo que atañe al trabajo, a las posibilidades económicas, a las cuestiones de educación y salud, a los servicios sociales y a los derechos dimanantes del presente Convenio.
2. A tal fin, deberá recurrirse, si fuere necesario, a traducciones escritas y a la utilización de los medios de comunicación de masas en las lenguas de dichos pueblos.

⁹⁷ Gabriela Olguín. *Guía Legal sobre la utilización de los convenios y recomendaciones de la OIT para la defensa de los derechos indígenas*. OIT, San José, 2002. págs. 32-37. También consultar Magdalena Gómez. *Derechos Indígenas: lectura comentada del Convenio 169 de la OIT*. INI, México, 1995.



Convenio sobre la Diversidad Biológica⁹⁸

Este convenio establecido en 1992, su artículo 8:j sobre Conservación *in situ* estipula que se “respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica...”.

La Declaración Universal de Derechos de los Pueblos Indígenas

Recientemente aprobado por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU en su primer período de sesiones (29 de junio de 2006) luego de 22 años de espera. Aunque este instrumento no es de carácter vinculante, sin duda será referido en los procesos de validación de los derechos indígenas. Básicamente los artículos 23 y 24 son los que contienen derechos relativos a la salud de los pueblos indígenas. Tiene énfasis en la autodeterminación para el manejo de los programas de salud, la protección del sistema de salud indígena y las garantías de acceso irrestricto a los servicios de salud.

Declaración universal de los derechos de los pueblos indígenas

Artículo 23

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

Artículo 24

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

El Informe de febrero del 2006 del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas⁹⁹ da cuenta que los indígenas están

⁹⁸ Convenio sobre la Diversidad Biológica. Junio de 1992 <http://www.biodiv.org/doc/legal/cbd-es.pdf>

⁹⁹ Rodolfo Stavenhagen. “Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas”. E/CN.4/2006/78 16 de febrero de 2006, Comisión de Derechos Humanos. 62° período de sesiones. Numeral 90.

<http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G06/108/70/PDF/G0610870.pdf?OpenElement>



utilizando cada vez más los mecanismos internacionales para la defensa de sus derechos humanos y para procurar cerrar la “brecha de la implementación”. A nivel regional ha jugado un papel de creciente importancia el sistema interamericano de derechos humanos y a nivel internacional, la OIT y los mecanismos de los tratados en las Naciones Unidas tienen una autoridad moral que se ejerce cada vez más en defensa de los derechos de los pueblos indígenas.

Se ha dado un progresivo avance en el reconocimiento de un conjunto de derechos de los pueblos indígenas, incluyendo el derecho a la salud, de manera que hay recursos considerables del derecho internacional para hacer justiciables los derechos. La adecuada conversión del derecho internacional indígena en normas y políticas internas será base para hacer efectivo el disfrute de los derechos a la salud de los indígenas.



Cap. IX Situación de los Derechos de los Pueblos Indígenas

Derecho a la salud

34. La mayoría de los recursos físicos y humanos del sector salud se concentran en la capital y en el departamento central, lejos del acceso de la población rural y en especial de los indígenas. Un estudio realizado en hospitales regionales del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social de once regiones sanitarias reveló que el 52,8% de los equipos estaban fuera de servicio y que el 45% de los equipos en los Centros de Salud requerían reparación o mantenimiento. Existe una clínica médica habilitada para indígenas y dependiente del INDI, con escaso presupuesto, y consecuentemente falta de personal y de equipamiento adecuado. La ubicación geográfica de la clínica impide que los indígenas, la mayoría asentados en zonas rurales distantes de la capital del país, puedan acceder a ella. La baja cobertura sanitaria implica que las poblaciones indígenas no cuenten con servicios médicos adecuados y eficientes, y que falten propuestas sanitarias que respeten la medicina tradicional de los pueblos indígenas.

35. Se ha señalado que en virtud de las precarias condiciones en que viven los indígenas, son los más vulnerables a enfermedades y epidemias, en particular al mal de Chagas, tuberculosis y malaria, y que aproximadamente el 80% de las viviendas indígenas se encuentran infestadas por mal de Chagas.

36. Durante el último cuarto de siglo, en la medida que fue avanzando la ocupación del territorio por la colonización y las migraciones, el hábitat tradicional indígena fue restringiéndose, con efectos negativos sobre los índices de mortalidad y desnutrición infantil indígenas, los que son varias veces más altos que la media nacional. Un estudio de la Organización Panamericana de la Salud señala que:

La tasa global de fecundidad de la población indígena es en promedio de 5,7, presentando variaciones entre etnias que van de 3,7 para la etnia lengua a 7,8 para la etnia aché. La mortalidad infantil –estimada por el método de Brass, variante Coale-Trussel, aplicado a los resultados del censo de 1992– fue para el conjunto de la población indígena de 106,7 por 1.000 nacidos vivos, con una variación interétnica de 64 por 1,000 en la etnia maká a 185 por 1.000 en la etnia chamacoco. Además de la tasa de mortalidad infantil máxima en el país, en la población indígena la frecuencia de la tuberculosis es 10 veces la media nacional.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. “Tercer Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos”. OEA/Ser./L/VII.110 doc. 52. 9 marzo 2001. <http://www.cidh.oas.org/countryrep/Paraguay01sp/indice.htm>



Anexo**Resolución V “SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS”****Aprobada por la XXXVII REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO de la OPS**

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 corresponda 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).





Unidad dos El derecho indígena a la salud en la legislación interna en América Latina

En esta unidad se analiza el estado de la incorporación del derecho específico de los pueblos indígenas a la salud en los instrumentos normativos internos de los países de América Latina en cuanto a: acceso a los servicios de salud, reconocimiento de la medicina indígena tradicional, protección de las plantas y conocimientos medicinales, y la adaptación de los servicios de salud a los usos y costumbres indígenas.

Para el desarrollo de esta unidad se ha dado una revisión de la producción legislativa (constituciones, leyes, decretos, y en algunos casos resoluciones ministeriales) compilados en varias publicaciones. En especial fue importante la Base de Datos sobre legislación Indígena del Banco Interamericano de Desarrollo (<http://www.iadb.org/sds/ind/ley/leyn/datamap.cfm>). También se puede consultar la variada documentación disponible en línea en la sección especializada de diversidades de la página del IIDH: www.iidh.ed.cr así como los materiales de la Campaña Educativa en derechos indígenas, también disponible en línea en la sección de publicaciones del IIDH.

Para el análisis del material normativo se tomó en cuenta: la secuencia cronológica y el nivel de inclusión explícita de normas dirigidas a gestar u operacionalizar las políticas específicas de salud indígena. En varios casos los países han ratificado el Convenio N° 107 y/o el 169 de la OIT y la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial, no obstante no han desarrollado una normativa interna que defina los aspectos conceptuales, los alcances en términos de aplicación de los derechos y su armonización con otras normativas sectoriales. En otros casos los países desarrollan acciones en el campo de la salud indígena basado únicamente en la legislación general de salud o seguridad social con la limitante a nivel operativo de la carencia de política específica y adecuada a las condiciones sociales y culturales de los pueblos indígenas. El análisis cubrió únicamente los países latinoamericanos con población indígena y que cuentan con normativa interna sobre pueblos indígenas. Algunos países quedaron por fuera en la medida que no incluyeron los derechos de los pueblos indígenas en sus constituciones, leyes o decretos, aunque hayan ratificado un convenio internacional, con son los casos de Honduras y Paraguay que ratificaron el Convenio 169 de la OIT.

2.1 Para comprender la normativa interna

Acciones afirmativas en salud

La base de las políticas específicas para pueblos indígenas y de la normativa correspondiente está en las “acciones afirmativas”, también conocida como “discriminación positiva”. Se refiere a una “política pública que se expresa mediante una norma legal, una decisión judicial o una decisión oficial que procura mejorar las oportunidades para grupos segregados en la



sociedad por su condición de desventaja frente a los grupos dominantes”¹⁰⁰. Son mecanismos transitorios para reducir las inequidades que afecta a las llamadas “minorías” propiciando el acceso preferencial a la salud, educación, empleo, vivienda, y otros. Su concepción está ligada a la eliminación de la discriminación y el fomento de oportunidades para todos los grupos que conforman una sociedad. La mayoría de constituciones y cuerpos legales de los países de América Latina incorporan enunciados expresos que favorecen la diversidad e inclusión de todos los grupos sociales sin distinción de su condición étnica/racial, económica, de género, de credo, de orientación sexual, de filiación política, o de cultura en el desarrollo nacional. El espíritu de la norma afirmativa es garantizar que todas las personas gocen de las mismas oportunidades sin discriminación alguna.

Las acciones afirmativas pueden implementarse para responder a diferentes problemas y se justifican en diferentes enfoques, a saber: a) **compensatorio** (orientado fundamentalmente para remediar los daños ocasionados en el pasado); b) **correctivo** (se utiliza para garantizar el cese de prácticas discriminatorias. Se aplica fundamentalmente en áreas de educación, empleo, vivienda y salud); c) **redistributivo** (el objetivo es acabar con la mala distribución de los bienes).

El disfrute del derecho a la salud indígena, en términos holísticos, está relacionado con el efectivización de otros derechos: a la tierra y territorio, los recursos naturales, la educación, vivienda, nutrición balanceada, medio ambiente sano, la identidad cultural y autodeterminación. En varios casos ya existe normativa interna en los Estados sobre estos derechos. Incluso en algunos países, éstos están estipulados en sus textos constitucionales.

Para efectos de esta unidad el criterio central es la identificación de las normas que reconocen y regulan expresamente los derechos específicos de los pueblos indígenas a la salud, no en tanto ciudadanos, sino como colectividades o sociedad específicas, es decir en tanto entidades indígenas.

¿Cuáles derechos de la salud indígena serán objetos de observación?

- a) **Acceso a los servicios de salud:** acceso gratuito a los servicios públicos de salud en los diversos niveles de atención, incluyendo los sistemas de aseguramiento social. Se destaca la inclusión de disposiciones afirmativas legales para la eliminación de diversas barreras para el uso y disfrute irrestricto de servicios públicos de salud.
- b) **Reconocimiento de la medicina indígena tradicional:** reconocimiento, protección, promoción de diversas expresiones de la medicina y sistemas curativos indígenas y mecanismos de complementariedad o armonización con la medicina oficial del Estado.
- c) **Protección de las plantas y conocimientos medicinales:** normas de ordenamiento, aprovechamiento y conservación de plantas medicinales. Establecimiento de áreas de protección, participación comunitaria, propiedad intelectual del conocimiento de usos terapéuticos de la biodiversidad.

¹⁰⁰ Cristina Torres-Parodi. “Acciones afirmativas para lograr la equidad de salud para los grupos étnicos/raciales”. Washington D.C., OPS, septiembre de 2003.

<http://www.paho.org/Spanish/DPM/GPP/PG/AccionesAfirmativasUpdatedVersion%20.pdf>



d) Adaptación de los servicios de salud a los usos y costumbres indígenas: Incorporación de elementos y valores de la realidad cultural y social de las comunidades indígenas: lengua, terapias indígenas, sistemas de atención, interculturalidad, programas e instancias especiales para pueblos indígenas, participación indígena en espacios de diseño, formulación, gestión y evaluación de políticas públicas de salud indígena.

A partir del seguimiento del tratamiento de estos cuatro componentes de los derechos a la salud indígena, se ha elaborado un cuadro para 19 países de América Latina identificando la disposición de normativa interna para cada uno de los cuatro componentes. La lección dos detalla los derechos reconocidos en los países respectivos y el rango de las normas que los contienen.

¿Cuál es el rango de los derechos reconocidos?

Nuestra ruta de observación de la legislación sobre salud indígena relacionados a pueblos indígenas puede ser vista desde el punto de vista de la **cantidad** de normativa generada por los estados, por el rango de la normativa (nivel constitucional, legislación primaria, legislación secundaria y jurisprudencia) así como el reconocimiento de normas internacionales, y la **calidad** de éstas que tiene que ver con la profundidad o generalidad de derechos incluidos en la normativa.

Así, encontramos países en cuyo marco legal interno (constitución, leyes, decretos) **no hay ninguna norma específica** sobre la salud de los pueblos indígenas. Algunos Estados han consagrado en sus **Constituciones Políticas** el derecho a la salud de los pueblos indígenas. Otros países reconocen únicamente a nivel de **legislación primaria** (leyes), otros en la **legislación secundaria** (decretos). Otro nivel de reconocimiento del derecho a la salud indígena es mediante la **jurisprudencia** interna de los tribunales constitucionales y ordinarios de los Estados. Regularmente los Estados deben convertir su normativa específica sobre salud indígena en políticas y lineamientos estratégicos, medidas administrativas.

En varios países la adopción de normas legales ocurre como producto de la ratificación de tratados internacionales de derechos humanos, o compromisos internacionales que los Estados asumen en los foros internacionales o con los organismos internacionales. También en varios casos son producto de **acuerdos políticos**, negociaciones con el movimiento indígena y la sociedad civil. No en todos los casos los acuerdos políticos se materializan en normativa, ocurre con frecuencia que sólo queda en disposiciones administrativas. Esto convierte las conquistas en muy vulnerables, por carecer de seguridad jurídica.

Los niveles de análisis de la legislación, para efectos de esta unidad será básicamente de: el constitucional, legislación primaria y legislación secundaria.



**Normativa interna relativa a la salud de los pueblos indígenas según país
y fecha de ratificación del Convenio N° 169 de la OIT**

País	Acceso gratuidad	Medicina tradicional	Protección de plantas medicinales	Atención salud de acuerdo usos y costumbres	Fecha Ratificación Convenio N° 169 OIT
Argentina	Si	Si	Si	Si	03/07/2000
Belice	no	no	no	no	NO
Bolivia	Si	Si	Si	Si	11/12/1991
Brasil	Si	Si	no	Si	25/07/2002
Chile	Si	no	no	no	NO
Colombia	Si	Si	no	Si	07/08/1991
Costa Rica	si	no	si	no	02/04/1993
Ecuador	Si	Si	Si	no	15/05/1998
El Salvador	no	no	no	no	Rige C. 107
Guatemala	Si	Si	no	no	05/06/1996
Guyana	no	no	no	no	NO
Honduras	no	no	no	no	28/03/1995
México	Si	Si	Si	Si	05/09/1990
Nicaragua	Si	Si	no	Si	NO
Panamá	Si	Si	Si	Si	Rige C. 107
Paraguay	no	no	no	no	10/08/1993
Perú	Si	Si	Si	no	02/02/1994
Surinam	no	no	no	no	NO
Venezuela	Si	Si	no	Si	22/05/2002

Elaboración con información de la Base de datos sobre legislación indígena del BID y la OIT.

2.2 La normativa interna sobre salud indígena en los Estados latinoamericanos

Argentina

Resalta en la experiencia legislativa de este país que toda la normativa interna sobre salud indígena es anterior a la ratificación del Convenio N° 169 de la OIT. El más importante instrumento es la Ley nacional sobre “política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes”¹⁰¹ de 1985, fue la que marcó la política sobre salud indígena donde se definen:

- a) Planes intensivos de salud para comunidades indígenas con carácter prioritario y gratuito en coordinación con los gobiernos provinciales.

¹⁰¹ Ley Número 23302 de noviembre de 1985 sobre “política indígena y apoyo a las comunidades aborígenes” en sus Arts. 18, 19, 20 y 21 (reglamentado en 1989).



- b) Prevención, recuperación de la salud física y psíquica, la creación de unidades móviles, planes de saneamiento ambiental, nutrición.
- c) Respeto a la medicina tradicional indígena y formación de promotores sanitarios aborígenes (pautada por la Organización Mundial de la Salud).

Esta ley fue replicada en la normativa interna de las provincias de Formosa, Salta, Misiones, Mendoza, Río Negro, Santa Fe y Tierras del Fuego, donde se instan a sus respectivos institutos indigenistas a desarrollar acciones coordinadas con el Ministerio de Salud Pública. Cabe destacar la Ley de 1986 de la Provincia de Salta¹⁰² que adiciona la facilitación del acceso de jóvenes indígenas a carreras relacionadas con la salud e instituye para este fin un sistema de becas. También reconoce los aportes de la “medicina empírica” y busca su natural inserción (la ley de Formosa habla de “armoniosa integración”) al sistema sanitario. Otro elemento importante a nivel del derecho de participación, es la incorporación de representantes indígenas en los Consejos Asesores Sanitarios y la obligatoriedad para todos los profesionales en salud que desarrollen sus actividades en zonas aborígenes, a tomar previo conocimiento de los aspectos socioculturales de la población.

La protección de plantas medicinales y atención en salud de acuerdo a los usos y costumbres indígenas no está explicitada en la legislación interna, se remite a seguir las directrices de la OMS. En la Provincia de Santa Fe, una ley¹⁰³ de 1994 encarga al Ministerio de Salud recopilar conocimientos herborísticos, prácticas curativas y de alimentación propia de la cultura aborigen para ofrecer un plan de atención especial.

Bolivia

Este país posee uno de los marcos normativos más avanzados del continente por la inclusividad de derechos e interculturalidad en salud. El desarrollo de normativa sobre salud indígena es posterior a la ratificación del Convenio N° 169 de la OIT (diciembre de 1991). En 1993, la ley de Ministerios del poder Ejecutivo¹⁰⁴ señala que entre las competencias del Ministerio de Desarrollo Humano está formular, instrumentar y fiscalizar políticas y programas en salud en las comunidades y pueblos originarios, preservando su identidad y organización. La ley de Participación Popular de 1996¹⁰⁵ garantiza la inversión pública en la infraestructura de los programas nacionales de epidemiología e inmunizaciones de acuerdo a la realidad local. El carácter universal, integral, gratuito, y su adecuación y ejecución de los servicios de salud mediante la medicina tradicional boliviana se verifica en la ley del año 2002 que crea el Seguro Universal Materno Infantil¹⁰⁶ donde los usos y costumbres de los pueblos indígenas, originarios y campesinos de Bolivia, tiene viabilidad según sea la elección del usuario.

¹⁰²Ley 6.373 de 1986, Arts. 29 y 30 de la Provincia de Salta.

¹⁰³Ley No.11.078 de enero de 1994, Art. 30.

¹⁰⁴Ley No.1493 del 17 Septiembre de 1993. Ley de Ministerios del poder Ejecutivo, Art. 19.

¹⁰⁵Decreto Supremo No. 24447 de 20 de diciembre de 1996 Reglamentario a la Ley de Participación Popular y descentralización, artículo 41.

¹⁰⁶Ley No.2426 de Noviembre 21 de 2002 Ley del Seguro Universal Materno Infantil Artículo 1. Véase también Decreto Supremo 26874 del 21 de Diciembre de 2002 Reglamento de las Prestaciones y Gestión del Seguro Universal Materno Infantil, Art. 8.



Un elemento significativo es la creación en el 2001 del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario¹⁰⁷ cuyo decreto dota de facultades a las organizaciones indígenas y municipalidades para otorgar carnet de aseguramiento. Para dicho efecto se crea un Consejo Interinstitucional con participación indígena¹⁰⁸.

El reglamento¹⁰⁹ del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario del 2002 define los contenidos y modalidades de una propuesta de complementariedad de los sistemas de salud indígena y el nacional. Entre sus componentes están:

1. Aseguramiento público adecuado a la multiculturalidad.
2. Oficinas interculturales “yanapiris” que promuevan y faciliten la atención en los servicios y programas de salud con visión intercultural.
3. Auxiliares Comunitarios de Salud para articular con el sistema comunitario,
4. Uso y difusión de la farmacopea nativa.
5. Equipos móviles e itinerantes de salud.
6. Fomento de hábitos nutricionales tradicionales.
7. Desarrollo de servicios de salud y medicina tradicional, que fortalezcan la oferta de servicios culturalmente adecuados.
8. Formación de profesionales indígenas en salud.
9. Calidad de atención y adecuación de la oferta, en base a una visión comunitaria de la calidad.
10. Fortalecimiento de capital social, redes y gobiernos municipales que promuevan la salud con identidad.

La definición de normas y roles de la articulación intercultural especialmente en casos de atención materno infantil, es en base al reconocimiento, respeto, acreditación y homologación de la lógica y prácticas médicas tradicionales.

Sin duda, el hito más significativo a nivel de desarrollo normativo e institucional es el decreto del 6 de febrero de 2006 emitido por el Presidente Evo Morales, por el que crea el Vice Ministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad.

¹⁰⁷Decreto Supremo Número 26330 de septiembre del 2001 (Arts. 1 y 2) crea el Seguro Básico de Salud Indígena y Originario.

¹⁰⁸Decreto Supremo Número 26333 de septiembre 22 del 2001.

¹⁰⁹Resolución Ministerial No. 0030 de 18 de Enero de 2002 Reglamento del Seguro Básico de Salud Indígena y Originario, Arts. 1, 4 y 11.



Brasil

La ley sobre el Estatuto del Indio (1973)¹¹⁰ establece que los indígenas tienen derecho a la protección en salud especialmente la niñez y maternidad. El régimen de previsión social será extensivo a los indígenas y atendidas en las condiciones sociales, económicas y culturales de las comunidades.

En 1999 se instituye por ley¹¹¹ el Subsistema de Atención de Salud Indígena que tiene como base a los “Distritos Sanitarios Especiales Indígenas” con un mecanismo descentralizado y regionalizado, con disposición de recursos propios. La ley prevé la integración del subsistema al Sistema Único de Salud y articulado a la política indigenista del país. Un elemento interesante que caracterizará la gestión de la política de salud indígena es que se faculta para la prestación de los servicios a municipalidades, estados, organismos públicos y no gubernamentales. Establece como obligación tomar en cuenta la realidad local y las especificidades culturales en el abordaje diferenciado y global que incluya: asistencia en salud, saneamiento básico, nutrición, vivienda, medio ambiente, demarcación territorial, educación sanitaria e integración institucional. También se establece la participación indígena en los órganos de formulación, gestión y evaluación de las políticas de salud. El Decreto No. 3.156 del 27 de agosto de 1999 dispone las directrices para la prestación de los servicios de salud a los pueblos indígenas¹¹²:

1. Contribuir al equilibrio de la vida económica, política y social de las comunidades indígenas.
2. Reducción de la mortalidad, especialmente materno infantil.
3. Cese del ciclo de enfermedades transmisibles.
4. Control de la desnutrición, caries y enfermedades periodontales.
5. Restauración de las condiciones ambientales relacionadas al origen de enfermedades.
6. Asistencia médica y odontológica integral prestada por instituciones públicas en coordinación con organizaciones indígenas y otras de la sociedad civil.
7. Garantías para el acceso de las comunidades indígenas a las acciones de nivel primario, secundario y terciario del Sistema Único de Salud.
8. Participación de las comunidades indígenas en la elaboración de la política de salud indígena, sus programas y proyectos.
9. Reconocimiento de la organización social y política, las costumbres, las lenguas, creencias y tradiciones de los indígenas.

La ley establece que las políticas y directrices para la promoción, prevención y recuperación de la salud indígena serán ejecutadas por la Fundación Nacional de Salud, FUNASA. Para ese efecto, contará con el apoyo de la Fundación Nacional del Indio, especialmente en lo relacionado

¹¹⁰ Lei No. 6001 de 19 de dezembro de 1973 Sobre o Estatuto do Índio, Art. 54 y 55.

¹¹¹ Lei No. 9.836, de 23 de Setembro de 1999, Art. 19.

¹¹² Decreto No. 3.156 del 27 de Agosto de 1999, Arts. 2 al 10.



con los pueblos indígenas en aislamiento o no contactados. El Consejo Nacional de Salud definió en agosto del 2000 las normas para las investigaciones que involucran poblaciones, el numeral III se refiere a los aspectos éticos de investigación relacionado con los pueblos indígenas buscando garantizar el respeto de la visión de mundo, la integridad física y cultural¹¹³.

Brasil ha desarrollado varios instrumentos normativos orientados a la gestión de un conjunto de instancias y programas de atención a la salud indígena. Así el decreto N° 1163/GM, de 14 de septiembre de 1999¹¹⁴ define que la prestación de los servicios de salud debe darse por medio de FUNASA y establece sus funciones específicas. En Junio del 2004¹¹⁵ se establece las directrices del Modelo de Gestión de la Salud Indígena determinando los marcos de acción de cada ente involucrado en la gestión de la política de salud indígena: Ministerio de Salud, FUNASA, Departamento de Salud Indígena de FUNASA, la estructura de los Distritos Sanitarios Especiales indígenas, los consejos locales, distritales, regionales, Casa del Indio, Comisiones de gestión bipartita.

Chile

La única normativa nacional sobre pueblos indígenas es la Ley 19253 de octubre de 1993¹¹⁶ que establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena, CONADI. La ley no dedica ni un artículo sobre la salud de los indígenas de todo el país, con excepción de una mención en el art. 73 a y b, en las disposiciones particulares complementarias referidas a los “indígenas de los canales australes” (*yámanas*, *kawaskar* y otras que habiten el extremo sur de Chile y provenientes de ellas) se establece que la CONADI apoye en “salud y salubridad y sistemas apropiados de seguridad social”. Hay programas públicos sobre salud indígena en varias regiones del país, pero sólo se sustentan en disposiciones de orden administrativo, lo que las convierte en vulnerables. El derecho indígena a la salud no está claramente asegurado.

Costa Rica

Costa Rica no ha desarrollado una normativa ni institucionalidad específica sobre la salud de los pueblos indígenas. La única referencia ocurre en la ley de creación de la Comisión Nacional de Asuntos Indígenas, CONAI, de 1973 que estipula entre sus objetivos “establecer centros de salud con personal bien adiestrado procurando capacitar elementos de las diferentes zonas habitadas por los indígenas”¹¹⁷. El decreto N° 27800 de 1999 del Ministerio de Ambiente y

¹¹³ Resolução No. 304, de 09 de Agosto de 2000, Conselho Nacional de Saúde.

¹¹⁴ Portaria N°. 1163/GM, de 14 de setembro de 1999. Dispõe sobre as responsabilidades na prestação de assistência à saúde dos povos indígenas, no Ministério da Saúde e dá outras providências.

¹¹⁵ Portaria N°. 70/GM Em 20 de janeiro de 2004. Aprova as Diretrizes da Gestão da Política Nacional de Atenção à Saúde Indígena.

¹¹⁶ Ley 19253 Publicada en el Diario oficial el 5 de octubre de 1993 que establece normas sobre protección, fomento y desarrollo de los indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena.

¹¹⁷ Ley N° 5251 del 9 de julio de 1973 artículo 4 inciso j.



Energía, sobre aprovechamiento forestal en las “Reservas Indígenas” prevé la protección de las áreas de aprovisionamiento de plantas medicinales.

Recientemente el Presidente de la República emitió el primer instrumento específico sobre la salud de los Pueblos indígenas, el Decreto N° 33121–S de abril del 2006¹¹⁸, que crea el Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, CONASPI. En sus considerandos se reconoce la “deuda histórica” de la sociedad y el Estado costarricense tienen con los pueblos indígenas. Así mismo se invoca la necesidad de políticas efectivas con respeto a la identidad y cultura que se rijan con criterios de interculturalidad. El CONASPI es órgano asesor y de consulta (con participación indígena) del Ministerio de Salud para el seguimiento de la Política Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, entre algunas funciones están:

- a) Promover, asesorar y apoyar las acciones públicas tendientes a elevar la calidad de la salud de los pueblos indígenas.
- b) Promover el desarrollo de un modelo de atención específico con criterios de interculturalidad.
- c) Desarrollar un trabajo coordinado con las comunidades indígenas, entes públicos y privados.
- d) Promover la aplicación del Convenio N° 169 de la OIT en las diversas instancias y programas de atención de salud, su inclusión en los planes operativos.
- e) Convocar los Foros Nacionales de Salud de los Pueblos Indígenas.

Colombia

Aunque el derecho específico a la salud de los indígenas no es mencionado en la Constitución Política de 1991, Colombia ha producido un importante número de normativa interna (leyes, decretos, acuerdos) antes y después de la nueva constitución política y la ratificación del Convenio N° 169 de la OIT. Lo que es saludable para la buena y adecuada gestión de las políticas de salud.

Se dispone la gratuidad de los servicios de salud en todos sus niveles mediante la ley N° 10 de enero de 1990. El decreto 1416 de julio 1990¹¹⁹ establece que los Comités de Participación Comunitaria para la prestación de servicios de salud en los resguardos indígenas serán presididos autoridad indígena respectiva. El primer instrumento legal que define la prestación de servicios de salud para los indígenas es el decreto 1811 de agosto de 1990¹²⁰, estipula que:

¹¹⁸ Decreto N° 33121-S emitido el 19 de abril del 2006 y publicado en la Gaceta el 2 de junio de 2006.

¹¹⁹ Decreto 1416 de Julio 4 de 1990, Sobre normas relativas a la organización y establecimiento de las modalidades y formas de participación comunitaria en la prestación de servicios de salud.

¹²⁰ Decreto 1811 de Agosto 6 de 1990, Por el cual se reglamenta parcialmente la ley 10 de 1990, en lo referente a la prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas, Arts. 1 al 11.



- a) Toda acción de salud debe ser concertada con el gobierno indígena respetando la lengua mecanismos propios de discusión y decisiones.
- b) Programas de formación de profesionales y técnicos socialmente conscientes y capacitados para el trabajo con comunidades indígenas.
- c) Selección de promotores de salud realizada y supervisada por la comunidad y dotación de un modelo de educación adecuado.
- d) Los cabildos y autoridades tradicionales comunitarias, en coordinación con los entes de salud ejercerán la vigilancia y el control sobre la marcha de los programas de salud.
- e) La prestación de servicios de salud para las comunidades indígenas será gratuita.
- f) Creación por parte del Ministerio de Salud de un grupo técnico para definir las políticas asesorar, diseñar modelos especiales de atención de la salud.

En junio de 1992 el Ministerio de Salud emite una resolución sobre Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas¹²¹, donde adopta normas para incentivar la investigación, recuperación, respeto y revalorización de las culturas médicas tradicionales y las terapéuticas alternativas buscando mecanismos de complementariedad. La misma crea el Comité Asesor para el desarrollo de las culturas médicas tradicionales y de las terapias alternativas, con el fin de proponer políticas y estrategias. Son parte del Comité organizaciones indígenas, gremios de terapéuticas alternativas, gremio de homeópatas y académicos.

La mayor producción normativa se ha dado en torno a la inclusión indígena en el seguro social. Así, la Ley que crea el sistema de seguridad social integral¹²² en 1993 define que las entidades territoriales pueden establecer convenios con Entidades Promotoras de Salud¹²³ para la prestación de los servicios propios con un régimen subsidiado¹²⁴ (ONGs, sector social solidario y comunidades indígenas). También define la promoción de demandantes de servicios de salud sobre la base de los cabildos indígenas. Uno de los objetivos de la creación de Asociaciones de Cabildos, según el decreto 1088 de junio de 1993 es fomentar en sus comunidades proyectos de salud. El decreto N° 330 de febrero del 2001 norma la constitución y funcionamiento de Entidades Promotoras de Salud Indígenas, EPS, conformadas por cabildos y/o autoridades tradicionales indígenas para organizar y garantizar la prestación de los servicios con manejo autónomo de los recursos del régimen subsidiado. Pueden operar en todo el país. Las EPS atenderán directrices y orientaciones de los cabildos o autoridades tradicionales indígenas.

¹²¹ Resolución N° 005078 de Junio 30 de 1992 que adopta normas sobre Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas y crea Consejo Asesor para la conservación y el desarrollo de las mismas.

¹²² Ley Número 100 del 23 de diciembre de 1993, Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral Arts. 156, 157, 181 y 200.

¹²³ El decreto 723 de Marzo 14 de 1997, regula las relaciones entre las entidades territoriales, las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicios de salud.

¹²⁴ Decreto Número 2357 de Diciembre 29 de 1995, que reglamenta algunos aspectos del régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social en Salud, establece que “Para la población indígena y la indigente no existirán cuotas de recuperación”.



Una serie de acuerdos ministeriales¹²⁵ fueron normando los mecanismos de operación del Sistema de Seguridad Social en Salud para los indígenas, éstos fueron incluidos y desarrollados posteriormente en la Ley N° 691 del 18 de septiembre del 2001, que reglamenta la participación de los indígenas en el Sistema General de Seguridad Social. Algunos elementos más relevantes son:

- a) Derecho de acceso y la participación a los Servicios de Salud, en condiciones dignas y apropiadas, observando rigurosamente diversidad étnica y cultural y la concertación para garantizar la permanencia cultural.
- b) Proteger de manera efectiva los derechos a la salud de los Pueblos Indígenas, garantizando su integridad cultural.
- c) Subsidio alimentario para mujeres gestantes, menores de cinco años y a proyectos de recuperación nutricional, a partir de esquemas sostenibles de producción.
- d) Continuidad de atención en salud subsidiada, en las condiciones inicialmente pactadas, a los miembros de los Pueblos Indígenas que se desplacen de un lugar a otro del territorio nacional.
- e) Los planes y programas de servicios de salud aplicables a los Pueblos Indígenas, tendrán en consideración el saber y las prácticas indígenas, basados en los criterios del pluralismo médico, complementariedad terapéutica e interculturalidad.
- f) Adecuación cultural de los sistemas de información en Salud, incluyendo indicadores concernientes a patologías y conceptos médicos tradicionales de los Pueblos Indígenas.
- g) Acceso a los niveles superiores de atención médica del Sistema de Referencia y Contrarreferencia con criterio de atención pronta y oportuna. Dotando en las ciudades de casas de paso, en las cuales se hospedarán los acompañantes o intérpretes de los remitidos.

Ecuador

El derecho específico de los indígenas a la salud en el Ecuador tiene el más alto rango, es constitucional. Los Arts. 44, 45 y 60 de la Constitución Política de 1998, estipulan que la

¹²⁵ a) Acuerdo N° 23 de 1996, Art. 4, define la forma de afiliación de beneficiarios de comunidades indígenas al régimen subsidiado del Sistema de Seguridad Social.

b) Acuerdo N° 25 de 1996, Art. 3, establece que el representante indígena en los Consejos Territoriales de Seguridad Social en Salud, será elegido por la comunidad de acuerdo con sus usos y costumbres, y que su aceptación será obligatoria.

c) Acuerdo N° 30 de 1996, Art. 11, sobre contribuciones de los afiliados dentro del régimen subsidiado, establece para las comunidades indígenas, la atención será gratuita y no habrá lugar al cobro de copagos.

d) Acuerdo N° 32 de 1996, Art. 13 sobre los recursos del régimen subsidiado, para el financiamiento del aseguramiento de las Comunidades Indígenas se recurrirán a recursos de municipios, Fondo de Solidaridad y Garantía (para municipios y comunidades indígenas) y recursos de los resguardos indígenas provenientes de los Ingresos Corrientes de la Nación.

e) Acuerdo N° 72 de 1997, Art. 8, estipula que el Plan Obligatorio de Salud para comunidades indígenas podrá ser ajustado y concertado entre las comunidades indígenas, las administradoras del régimen subsidiado y la entidad territorial.

f) Acuerdo N° 77 de 1997 define la exclusión de indígenas que pertenezcan al régimen contributivo del régimen subsidiado y establece la libre escogencia de administradora del Régimen Subsidiado para las comunidades indígenas.



política nacional de salud reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa. El sistema nacional de salud funcionará de manera participativa. El Seguro Social Campesino como régimen especial del seguro general obligatorio, ofrecerá prestaciones de salud y protección contra contingencias de invalidez, discapacidad, vejez y muerte. El Art. 84 de la Constitución reconoce y garantiza a los pueblos indígenas la propiedad intelectual colectiva de sus conocimientos ancestrales incluyendo los conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho a la protección de los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital para la medicina.

El decreto N° 1642 del 30 de septiembre de 1999 crea la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas como una dependencia del Ministerio de Salud Pública, con autonomía técnica, administrativa y funcional para la a) aplicación del Plan Nacional de Salud en las comunidades y pueblos indígenas dando respuestas a problemas inmediatos y emergentes en el ámbito de salud en las comunidades indígena; b) buscará la coordinación de acciones a fin de incorporar las prácticas de medicina tradicional a las de medicina académica e incentivar la legislación sobre la materia; c) formación de personal indígena de salud tanto en el campo de la medicina tradicional como la medicina académica. Ecuador no ha desarrollado suficiente normativa interna para la operatividad de las políticas de salud indígena.

Guatemala

Durante el gobierno reformista de Jacobo Arbenz se emitió la Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social¹²⁶ del año 1946 delega al Instituto coordinar acciones para trazar y llevar a la práctica la política indigenista. La Constitución Política de 1985 (Art. 98) define que “las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud”. El Código de Salud¹²⁷ (1997) estipula la participación comunitaria en la administración parcial o total de los programas y servicios de salud, además prioriza las acciones de promoción y prevención de salud, garantizando la atención integral de salud, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad del sistema, tomando en cuenta el contexto nacional multiétnico, pluricultural y multilingüe. Los materiales educativos de promoción deberán ser realizados en su propio idioma, valorando, respetando y considerando sus creencias, culturas, prácticas. El Código establece que es tarea del Estado incorporar, regular y fortalecer los sistemas alternativos, como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, medidas terapéuticas y otras para la atención de la salud, estableciendo mecanismos para su autorización, evaluación y control. Se establece la prestación de servicios de salud integrados, respetando “cuando clínicamente sea procedente”, las prácticas de medicina tradicional e indígena.

¹²⁶Decreto Legislativo N° 295 de Octubre 28 de 1946, Ley Orgánica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social, Art. 61.

¹²⁷Decreto Legislativo Número 90-97 de Octubre 2 de 1997, Código de Salud con participación de la comunidad en programas de servicios de salud. Arts. 1, 4, 5, 18.



México

El derecho a la salud de los indígenas está consagrado en la Constitución Política¹²⁸ del año 2001 en términos del “acceso efectivo a los servicios de salud mediante la ampliación de la cobertura del sistema nacional, aprovechando debidamente la medicina tradicional, así como apoyar la nutrición de los indígenas mediante programas de alimentación, en especial para la población infantil”. Algunas Constituciones políticas de los Estados, como Chiapas¹²⁹, Campeche¹³⁰, Tabasco¹³¹ y Chihuahua¹³² reconocen los derechos a la salud de los pueblos indígenas y la prestación de servicios adecuados en el marco de sus características sociales y culturales.

La medicina indígena tradicional está contemplada en la legislación interna de dichos estados incluyendo Quintana Roo¹³³ que estipulan acciones de investigación, protección, promoción, capacitación y acreditación para su complementariedad con la medicina oficial. Se incluyen normas en la legislación forestal¹³⁴ para el “uso doméstico de recursos y materias primas forestales” que las comunidades indígenas usan para su medicina y rituales. Además de la creación de una comisión para promover y apoyar el conocimiento biológico tradicional de los pueblos y comunidades indígenas y ejidos, así como el fomento y el manejo sustentable de los árboles, arbustos y hierbas para la autosuficiencia y para el mercado, incluyendo medicinas.

Nicaragua

La Constitución Política¹³⁵ garantiza la gratuidad de la salud para los “sectores vulnerables” de la población. No se menciona expresamente a los pueblos indígenas, pero se entiende que están incluidos entre los grupos vulnerables. Se explicitan los derechos indígenas a la salud solo en la normativa generada para los pueblos indígenas y comunidades étnicas de la Costa Atlántica de Nicaragua. Así, en el Estatuto de la Autonomía¹³⁶ de la Costa Atlántica de Nicaragua de 1987 se habla del rescate en “forma científica” y en coordinación con el sistema nacional de salud, de los conocimientos de la medicina natural indígena. La ley de “Uso Oficial de las Lenguas de

¹²⁸ Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos modificada por Decreto de Abril 25 del 2001. Artículo 2, III.

¹²⁹ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chiapas, Art. 13. Periódico Oficial de Entidad Federativa de 9-Oct. 1990.

¹³⁰ Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Campeche, Art. 7. Periódico Oficial de Entidad Federativa de 6-Jul. 1996.

¹³¹ Constitución Política del Estado libre y soberano de Tabasco, Art. 2. 5-4-1917.

¹³² Constitución Política del Estado Libre y Soberano de Chihuahua, Art. 10. Periódico Oficial de Entidad Federativa de 1-Oct-94.

¹³³ Ley de Derechos, Cultura y Organización Indígena del Estado de Quintana Roo. Arts. 33, 34 y 35.

Publicada en el Periódico Oficial del Estado el 30 de julio de 1998 y también Ley de Derechos y Cultura Indígena del Estado de Chiapas. Expedida el 29 de Julio de 1999. Arts. 48 al 52.

¹³⁴ Ley Forestal D.O.F. del 20 mayo de 1997 Artículo 13 y Ley General de Desarrollo Forestal sustentable publicada en el D.O.F de Febrero 25 de 2003. Art. 105.

¹³⁵ Constitución Política de la República de Nicaragua de 1987. Art. 105 que incluye la Ley de Reforma Parcial de la Constitución Política de la República de Nicaragua, Ley No. 192 del 1 de febrero de 1995.

¹³⁶ Estatuto de la Autonomía de las regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua, Ley No. 28 de Septiembre 2 de 1987, Art. 11 establecida durante la Revolución Popular Sandinista.



las Comunidades de la Costa Atlántica” (1993)¹³⁷ establece que los mensajes de Salud Pública deben ser elaborados de acuerdo a las características culturales de la comunidad, traducida y divulgados en sus lenguas, y que las unidades de salud de las regiones deben asegurar el servicio de intérprete y traductor cuando el caso lo requiera. Entre las atribuciones del Comité Nacional del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas¹³⁸ (creado por decreto en 1994) está diseñar propuestas de políticas para dotación de servicios de Salud promoviendo la coordinación entre el gobierno, los pueblos indígenas, ONGs y cooperación internacional.

Es el reglamento¹³⁹ de la Ley de Autonomía (realizado 17 años después en el 2003) donde se consignan los avances más cualitativos en cuanto a normativa sobre salud de los pueblos indígenas:

- a) Se reconoce el Modelo Regional de Salud elaborado por diversos actores de las regiones con carácter vinculante y obligatorio.
- b) Plan de inversiones en capacitación de recursos humanos, infraestructura física, equipamiento y suministros médicos y no médicos.
- c) Fortalecimiento de servicios de atención primaria, medicina preventiva, rehabilitación de la salud, incorporando la promoción de la participación comunal e intersectorial.
- d) Servicios de salud con rescate en forma científica del uso, desarrollo y difusión de los conocimientos de la medicina tradicional.

Panamá

El desarrollo normativo sobre salud de los pueblos indígenas se ha dado básicamente en las leyes de creación (y las cartas orgánicas) de las comarcas indígenas, la Ley de Igualdad de Oportunidad de las Mujeres y una resolución del Ministerio de Salud. La primera referencia al tema se dio en 1953 en la Ley de Creación de la Comarca de San Blas¹⁴⁰ para el establecimiento de unidades sanitarias, dispensarios ambulantes y casas de maternidad a cargo del Ministerio de Salud. Para los demás indígenas del país no rigió ninguna normativa interna específica hasta el año 1996, cuando se dan algunas normas como la ley de la Comarca Kuna de Madungandí¹⁴¹ que garantiza la salud de la población y prevé la participación del Congreso General Kuna apoyando y garantizando la ejecución eficiente de las acciones en salud comunitaria.

¹³⁷ Ley No.162 de 22 de junio de 1993 sobre Uso Oficial de las Lenguas de las Comunidades de la Costa Atlántica de Nicaragua. Art. 12.

¹³⁸ Decreto No. 53- 94 de 7 de diciembre de 1994, Art. 4 que crea el Comité Nacional del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas.

¹³⁹ Decreto N° 3584 de Julio 9 del 2003, Reglamento a la Ley Número 28 “Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua”, Art. 3, 14, 15 y 16.

¹⁴⁰ Ley No. 16 de Febrero 19 de 1953 que crea la Comarca de San Blas, Artículo 34 y 35.

¹⁴¹ Ley No. 24 de 12 de enero de 1996 que crea la comarca Kuna de Madungandi, Arts. 17 y 18. También el Decreto Ejecutivo No. 228 de 3 de diciembre de 1998 que adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Kuna de Madungandi.



Con la creación de la Comarca Ngöbe-Bugle¹⁴² en 1997, se empieza a hablar del desarrollo de programas y organismos especiales de salud que respondan a la idiosincrasia de las comunidades, respeto, reconocimiento y preservación de conocimientos, innovaciones y prácticas de la medicina tradicional. La política pública para promover la igualdad de oportunidades para las mujeres en materia de salud incluye una directriz para valorizar y rescatar la medicina tradicional¹⁴³. La adopción en 1999 de dos Cartas orgánicas administrativas de la Comarca Emberá Wounaan de Darién¹⁴⁴ (abril) y la Comarca Ngöbe-Bugle¹⁴⁵ (agosto) marcan el más importante avance normativo sobre salud indígena y medicina tradicional, se destacan: a) Corresponsabilidad de la protección y vigilancia de la salud indígena entre los Congresos generales indígenas y del Ministerio de Salud; b) creación de Direcciones de salud a cargo de los congresos comarcales con facultades para normar, aprobar y cogestionar los servicios de salud, poner en marcha proyectos de investigación y promoción de la medicina tradicional; c) se garantiza el reconocimiento y el ejercicio de la medicina tradicional, impulsando Centros de medicina tradicional y de botánica.

En la comarca Ngöbe se estableció una Dirección de Medicina Tradicional y la Comisión Técnica Especializada Médica Comarcal con el fin de armonizar la medicina occidental con la medicina tradicional, y desarrollar acciones de investigación, educación y acreditación. En agosto de 1999 el Ministerio de Salud creó el Área de Medicina Tradicional¹⁴⁶ adscrita a la Dirección Nacional de Promoción de la Salud cuyas funciones son:

- a. Formular una estrategia de acciones conjuntas para el estudio y aprovechamiento de plantas medicinales y la medicina tradicional en apoyo a la atención primaria de salud.
- b. Promover la formulación de políticas conjuntas para la incorporación de la medicina Tradicional al Sistema Nacional.
- c. Fomentar programas educativos sobre el uso adecuado de plantas medicinales, dirigidos a la población en general.
- d. Propiciar la capacitación del personal de salud en el uso de plantas medicinales científicamente validada para la atención primaria de la salud.
- e. Elaborar normas, planes y programas de medicina tradicional en los servicios de salud del país.

¹⁴²Ley No. 10 de Marzo 7 de 1997 que se crea la Comarca Ngöbe-Bugle. Art. 55.

¹⁴³Ley No. 4 de enero 29 de 1999 que instituye la igualdad de oportunidades para las mujeres. Art. 13.

¹⁴⁴Decreto Ejecutivo No. 84 de Abril 9 de 1999 por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Emberá Wounaan de Darién, Art. 47, 114-117.

¹⁴⁵Decreto Ejecutivo No. 194 de agosto 25 de 1999, por el cual se adopta la Carta Orgánica Administrativa de la Comarca Ngöbe-Buglé.

¹⁴⁶Resuelto Número 4376 de agosto 25 de 1999 del Ministerio de Salud, Medicina Tradicional. Art. 1-3.



Perú

La legislación sobre comunidades campesinas y nativas de las décadas de los 70 y 80 del siglo XX están más centrados en el tema de tierras y recursos naturales. No hay mención alguna a la salud de los pueblos indígenas. Las acciones sobre el tema se han dado pensando al indígena como ciudadano común, pero sin ninguna directriz normativa para el tratamiento específico de sus condiciones culturales.

En 1990, la ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud¹⁴⁷, estipula como su competencia “la investigación y desarrollo de tecnologías adecuadas a la realidad nacional y regional en salud, incluyendo la medicina tradicional” y encarga al Instituto Nacional de Medicina Tradicional, INMETRA, proponer la política de medicina tradicional, hacer investigación, docencia, normas e integración de la medicina tradicional con la medicina académica para contribuir a elevar el nivel de salud de la población. Otras responsabilidades más puntuales para el INMETRA se dan con la “Ley de Aprovechamiento Sostenible de Plantas Medicinales” (junio del 2000)¹⁴⁸. La ley establece:

- a) Que las plantas medicinales son “patrimonio de la Nación”.
- b) Normas para el ordenamiento, aprovechamiento y conservación de las especies de plantas medicinales silvestres con respeto a las comunidades nativas y campesinas.
- c) Desarrollo de unidades productivas de manejo y aprovechamiento sostenible con la participación de las comunidades nativas y campesinas.
- d) Elaboración de la farmacopea herbolaria nacional y una guía terapéutica de plantas medicinales, a fin de sistematizar su uso en beneficio de la salud.
- e) Establecimiento de jardines botánicos, semilleros y viveros, y recuperación de áreas ecológicas de especies en extinción.
- h) Derechos de propiedad intelectual sobre resultados de las investigaciones.

El INMETRA en el año 2003 se convierte en la Dirección Ejecutiva de Medicina Tradicional, como órgano adscrito al recién creado Centro Nacional de Salud Intercultural, CENSI, dentro del Instituto Nacional de Salud¹⁴⁹. Al CENSI le fue encargado adicionalmente, proponer políticas y normas en salud intercultural, así como promover el desarrollo de la investigación, docencia, programas y servicios en salud intercultural para la recuperación y uso de los conocimientos, costumbres y hábitos de la medicina tradicional. La ley prevé la instalación de Unidades de Salud Intercultural.

Entre otras normas, está la que propone elaborar una política de salud integral para las poblaciones amazónicas mediante la creación en 2004 de la Comisión Nacional para la Salud Indígena Amazónica¹⁵⁰. También la reciente ley de protección a los indígenas en aislamiento

¹⁴⁷ Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, del 16 de abril de 1990. Art. 3, 4 y 31.

¹⁴⁸ Ley 27300 de Julio 2 de 2000, Ley de Aprovechamiento Sostenible de Plantas Medicinales, Arts. 1-13.

¹⁴⁹ Decreto Supremo No. 001-2003-SA de enero 9 de 2003, aprueba el Reglamento de organización y funciones del Instituto Nacional de Salud. Arts. 47 y 48.

¹⁵⁰ Resolución del Ministerio de Salud N° 192-2004 sobre la Comisión Nacional para la Salud Indígena Amazónica.



voluntario¹⁵¹ que estipula el deber estatal de proteger su vida y salud ante la vulnerabilidad frente a enfermedades transmisibles. Se dan autorizaciones excepcionales para el acceso a las áreas indígenas cuando se produzcan situaciones de amenaza de epidemia. En las normas de creación de los entes indigenistas del Estado CONAPA e INDEPI –durante el gobierno del Sr. Alejandro Toledo– no hay referencias específicas a funciones relativas a la salud indígena.

Venezuela

La normativa sobre salud indígena en Venezuela aparece ligada a la situación de los indígenas fronterizos. En 1985 se crea la Comisión Interinstitucional para la Atención de la Salud de Poblaciones Indígenas Fronterizas¹⁵² con el objeto de realizar estudios (informe preliminar de la situación epidemiológica) para planificar el programa nacional de atención a la salud de las Poblaciones Indígenas Fronterizas y el asesoramiento para su ejecución y desarrollo. En referencia a la población indígena asentada en la Reserva Forestal Imataca (Estado Bolívar), el Plan de Ordenamiento y reglamento de uso¹⁵³ de 1997 prevé el desarrollo de programas de salud.

El derecho indígena a una salud integral que considere sus prácticas culturales está consagrado en la Constitución Política Nacional de 1999 (art.122), que reconoce la medicina tradicional y las terapias complementarias, con sujeción a principios bioéticos. Estos derechos fueron reconocidos por las constituciones de los estados de Bolívar (2001)¹⁵⁴, Anzoátegui (2002)¹⁵⁵, Sucre (2002)¹⁵⁶ y Amazonas (2002)¹⁵⁷, este último reconoce además la participación en el control sanitario y el bilingüismo en las prácticas médicas. También la disposición a los pueblos indígenas de servicios de salud y formación profesional, planificados y administrados en coordinación con los pueblos y organizaciones.

La población indígena se incluye como beneficiaria del Sistema de Seguridad Social¹⁵⁸ que garantiza el derecho a la salud y prestaciones (maternidad, paternidad, enfermedades y accidentes, discapacidad, entre otros). Queda por definir las condiciones bajo las cuales los sistemas y regímenes prestacionales otorgarán protección especial a los indígenas.

¹⁵¹ Ley N° 28736 de Pueblos en Aislamiento Voluntario. Publicado en el Diario Oficial “El Peruano”, 18 de mayo de 2006, Art. 4 y 6.

¹⁵² Resolución Número G-537 de Noviembre 1 de 1985 que crea la Comisión Interinstitucional para la Atención de la Salud de Poblaciones Indígenas Fronterizas, Art. 1 al 4.

¹⁵³ Decreto No. 1.850 de fecha 14 de mayo de 1997, Plan de Ordenamiento y reglamento de Uso de la Reserva Forestal Imataca, Estados Bolívar y Delta Amacuro.

¹⁵⁴ Constitución del Estado de Bolívar, expedida el 5 de julio del 2001, Artículo 67.

¹⁵⁵ Constitución Estado de Anzoátegui, Abril 30 de 2002, Artículo 89.

¹⁵⁶ Constitución del Estado de Sucre, expedida el 3 de Septiembre de 2002. Artículo 19.

¹⁵⁷ Constitución Estado de Amazonas Septiembre 12 de 2002. Artículo 46.

¹⁵⁸ Ley Orgánica del Sistema de Seguridad Social. Gaceta oficial N° 37.600 30 de diciembre 2002, Art. 17.



2.3 Implementación de la normativa y mecanismos para una abogacía en salud indígena

Avance sensible sobre el reconocimiento del derecho a la salud indígena

Las reformas constitucionales de las dos últimas décadas han logrado establecer una redistribución del poder y derechos, la definición del carácter multicultural de los Estados/nación, consagración de derechos económicos (tierra, territorio, hábitat, recursos), derechos políticos (consulta, participación, cuotas, representación), derecho al propio derecho (autoridades indígenas, derecho indígena, jurisdicción indígena), derechos culturales (idioma, cultura, religión, lugares sagrados, educación bilingüe intercultural). Creación de instituciones y mecanismos de protección: corte constitucional y Ombudsman. Así mismo 12 países de América Latina han ratificado el Convenio 169 de la OIT. En dos países (El Salvador y Panamá) aún rige el Convenio 107 de la OIT. Todavía hay algunos países que no ha ratificado ninguno de los dos convenios (Chile y Nicaragua).

En cuanto al reconocimiento del derecho a la salud de los pueblos indígenas, sólo 5 países (Ecuador, Guatemala, Nicaragua, México y Venezuela) han consagrado explícitamente en sus constituciones políticas los derechos a la salud indígena. En algunos países estos derechos están contenidos en las leyes organización y funciones de los Ministerios de Salud, de los sistemas de seguridad social, leyes de aprovechamiento forestal. Pero especialmente están estipulados en los decretos que reglamentan dichas leyes. Son pocos los países donde existen leyes o decretos exclusivos sobre salud indígena, seguro social indígena o medicina tradicional. Algunas de estas legislaciones son más amplias que otras; en ciertos casos los derechos reconocidos son limitados y se subordinan a los intereses de terceros o al interés general de la nación. Son pocas las normas que crean entidades u órganos especializados relativos a la salud indígena con participación indígena.

El trabajo realizado por los órganos del sistema internacional de derechos humanos (OEA y ONU) da cuenta en sus informes de las inequidades en cuanto al disfrute del derecho a la salud por parte de los pueblos indígenas. Esta situación también ha llamado la atención de las oficinas de Ombudsman de Ecuador, Costa Rica, Perú, Colombia, entre otros, como se pueden verificar en diversos informes y estudios¹⁵⁹. Así mismo en diversos foros, medios, las organizaciones indígenas y la sociedad civil han señalado los grandes vacíos existentes en este campo.

Las brechas de implementación de la normativa

El Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas en su informe de febrero del 2006¹⁶⁰ se ocupa densamente sobre el vacío entre la legislación existente, “este hueco entre el nivel formal

¹⁵⁹ Ver José Aylwin O. *Ombudsman y derechos humanos en América Latina: estudio comparativo sobre el marco normativo e institucional*. IIDH, San José. 2006. También ver: Eugenio Mullundo y otros. *Ombudsman y acceso a la justicia de los pueblos indígenas: estudios de caso en Bolivia, Colombia, Guatemala y Nicaragua*. IIDH, San José. 2006. Ambos accesibles en línea: <http://www.iidh.ed.cr/>.

¹⁶⁰ Rodolfo Stavenhagen. “Informe del Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas”. E/CN.4/2006/78 16 de febrero de 2006. Comisión de Derechos Humanos. 62º período de sesiones. <http://daccessdds.un.org/doc/UNDOC/GEN/G06/108/70/PDF/G0610870.pdf?OpenElement>.



y el nivel real constituye una violación de los derechos humanos de los indígenas”. En sus conclusiones el Relator advierte dos tipos de problemas en esta situación: por una parte, existen numerosos casos en que la legislación en materia indígena es inconsistente con otras leyes. Por la otra, en la mayoría de las reformas constitucionales documentadas existe un rezago con respecto a la adopción de leyes reglamentarias y secundarias.

En opinión del Relator, una parte del problema se ubica en los propios procesos legislativos, en la “composición de las legislaturas, en la escasa representación y participación de los indígenas en el quehacer legislativo, en la falta de consulta con los pueblos indígenas, en los sesgos y prejuicios contra los derechos indígenas que se encuentran entre numerosos participantes de la vida política, entre legisladores y partidos políticos de diverso signo. No se trata solo de legislar sobre cuestiones indígenas sino de hacerlo con los pueblos indígenas”¹⁶¹, y porque no existen mecanismos adecuados para monitorear la efectividad de la legislación indígena y para evaluar su aplicación en la práctica cotidiana de la Administración pública y de la sociedad.

En referencia a la política pública, señala el informe una gran ausencia de una “política coordinada y sistemática, con la participación de los pueblos indígenas, que de manera transversal involucre a los diferentes ministerios y órganos del Estado relacionados con cuestiones indígenas para garantizar los derechos de los pueblos indígenas”¹⁶². Esto está relacionado con una limitante mas bien de tipo cultural, ya que el aparato burocrático de los Estados, por lo general “reaccionan lentamente ante la nueva legislación a favor de los derechos indígenas; no está funcionalmente adaptado para asumir los nuevos retos; vive una cultura administrativa que le hace difícil acoger y asumir la multiculturalidad y el derecho a la diferencia”¹⁶³.

Llama la atención del Relator, la “ausencia de mecanismos de consulta y participación, establecidos juntamente con los pueblos indígenas de manera que contemplen las necesidades y óptica de ambas partes, para regular la manera en que se aplicarán tales mecanismos en las diferentes áreas”¹⁶⁴. Todo esto ha llevado a los pueblos indígenas a recurrir a los tribunales judiciales para resolver los conflictos entre las leyes, la no implementación de estas, los actos de autoridad que contradicen las normas y lesionan los derechos de los pueblos indígenas. Para el Relator, la brecha sólo podrá cerrarse con plena participación de las organizaciones indígenas y la sociedad civil actuando constructivamente en el marco de las instituciones nacionales, buscando resolver conflictos y lograr consensos que a final de cuentas serán benéficos para toda la sociedad nacional.

¹⁶¹ Stavenhagen. Ibid. Numeral 84.

¹⁶² Stavenhagen. Ibid. Numeral 86.

¹⁶³ Stavenhagen. Ibid. Numeral 87.

¹⁶⁴ Stavenhagen. Ibid. Numeral 88.



Hacia una abogacía en salud de los pueblos indígenas

SAPIA/OPS encargó en 1998 la realización de un estudio sobre las orientaciones de los marcos jurídicos hacia la abogacía en salud en cinco países¹⁶⁵. En la misma entiende por *abogacía* a las acciones individuales y de grupos organizados que buscan influir sobre las autoridades, los condicionantes y las personas que intervienen en el proceso político, con el objetivo de tornarlas más sensibles a las carencias y necesidades diversas que emergen en la sociedad. La abogacía en salud se basa en el principio de que las personas tienen derechos que pueden estar declarados, o no, en leyes. La utilidad de la abogacía se presenta cuando estos derechos no están siendo respetados o garantizados¹⁶⁶.

Las estrategias que usa la abogacía son los mismos usados para la reivindicación de los derechos, los canales institucionales del Estado: poder ejecutivo, poder legislativo y poder judicial. La estrategia con el Poder Legislativo coincide mucho con el cabildeo. La alternativa de presionar al Poder Legislativo se debe al hecho de que muchas veces, algún aspecto del derecho a la salud no está incorporado en las legislaciones¹⁶⁷, pues un derecho reconocido por la legislación, no significa que se encuentre efectivamente vigente. La implementación de un derecho social necesita de una acción positiva del Estado, específicamente del Poder Ejecutivo que es el que tiene el papel de materializar el derecho. Por lo tanto, la abogacía tiene que adoptar estrategias para la sensibilización de técnicos, gerentes y dirigentes del gobierno que tomen en cuenta los nuevos derechos y directrices para la reorganización del sector salud.

Cuando un derecho es declarado constitucional y el gobierno no está sensibilizado para su implementación, se pueden utilizar los mecanismos judiciales para garantizar que el poder ejecutivo cumpla su obligación. Existe una creciente jurisprudencia para la justicialidad de los derechos. Las garantías constitucionales proveen al ciudadano de recursos cuando los derechos constitucionales son violados: el *habeas corpus* (exhibición personal) y recurso de amparo (la protección del derecho individual).

La abogacía con el poder ejecutivo está relacionada con la naturaleza y estado del problema. La técnica colaboradora es aquella en la que ambos lados se disponen al diálogo compartiendo información y tentativas para resolver el problema que obstaculiza el derecho. Cuando el problema no se resuelve con el diálogo, la negociación es el recurso más usado. La negociación no tiene el objetivo de recuperar lo perdido, sino de promocionar la implementación del derecho. Se establece así una nueva forma de relación entre los actores involucrados en el problema o conflicto, y se explicita el poder de regateo de ambos lados. La argumentación es fundamental tanto en el proceso de negociación, como en los procesos judiciales¹⁶⁸. El estudio en mención sobre la base de cinco países definió los siguientes lineamientos para las estrategias en abogacía de salud indígena.

¹⁶⁵ Rocío Rojas y Nur Shuqair. *Orientaciones de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en salud de los pueblos indígenas: estudio de las legislaciones de Colombia, Bolivia, El Salvador, México y Honduras*. OPS/OMS, Washington D.C. 1998.

¹⁶⁶ Dallari. Citado por Rocío Rojas y Nur Shuqair. Op. Cit. p. 37.

¹⁶⁷ Ídem.

¹⁶⁸ Ibid. 39



Lineamientos para el establecimiento de estrategias de abogacía en salud con pueblos indígenas

Pautas que deben constar en la reivindicación del derecho a la salud de los pueblos indígenas:

- 1) Considerando la importancia que tiene la información sobre el perfil demográfico y las variables socioeconómicas y culturales en la formulación de políticas y prioridades en las agendas de los gobiernos, se sugiere la incorporación de la variable de etnia y género en los sistemas de información.
- 2) La identificación de modelos de atención que respondan a las necesidades reales de la población urge:
 - La promoción del uso del idioma nativo en los servicios de salud.
 - La capacitación y desarrollo de los recursos humanos de salud para el entendimiento del idioma nativo, de las formas de comunicación y del contexto sociocultural de la población. De igual manera para el reconocimiento y aceptación de la organización social que funciona alrededor del paciente, de sus familiares y de la comunidad. Es decir, los modelos de atención de salud a las comunidades multiculturales, particularmente indígenas, deben ser fundamentados en el reconocimiento de la cultura local y respeto mutuo.
- 3) En reconocimiento de los aportes del conocimiento colectivo de los pueblos indígenas a la salud y biodiversidad, se sugiere:
 - Promover 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.
 - Reconocimiento y garantía de la propiedad intelectual colectiva
- 4) Finalmente, considerando que el alimento, el agua limpia, el aire puro son elementos imprescindibles para la promoción y conservación de la salud, se recalca en el reconocimiento de la tierra/territorios como fuente de salud.

Fuente: Rocío Rojas y Nur Shuqair. *Orientaciones de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en salud de los pueblos indígenas*. OPS/OMS, Washington D.C. 1998.

Diversas estrategias de abogacía han sido sugeridas¹⁶⁹ para incluir la salud indígena en diversos escenarios. En el plano internacional la estrategia tiene como fin la incorporación de los derechos indígenas reconocidos internacionalmente en diversos procesos de integración, sus instrumentos y órganos correspondientes: Sistema de Integración Centroamericana, Comunidad Andina de Naciones, MERCOSUR, Pacto Amazónico, y otros, para que incluyan en su agenda la salud indígena desde un enfoque intercultural y asegurar la ejecución del Convenio 169 de la OIT.

¹⁶⁹ Rocío Rojas y Nur Shuqair. *Orientaciones de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en salud de los pueblos indígenas*. OPS/OMS, Washington D.C. 1998. págs. 39–47.



La estrategia del plano nacional se puede delinear en función de la ratificación del Convenio 169 de la OIT y otros instrumentos relativos a los derechos de los pueblos indígenas. Algunas líneas para el campo parlamentario son:

- Gestionar ante los parlamentos nacionales la ratificación del Convenio 169 de la OIT en los países que no lo haya hecho.
- Proponer un proyecto de ley en el que conste los preceptos del Convenio 169 de la OIT y la Resolución R5 y R6 de la OPS/OMS llevando en consideración las categorías elegidas en esos instrumentos legales.
- Promover la elaboración de proyectos que desarrollen y hagan efectivos los principios consagrados en los instrumentos internacionales aplicables.

La responsabilidad del **poder ejecutivo** en la aplicación del derecho a la salud contenido en las leyes o tratados es indispensable. Las posibles estrategias de abogacía que podrían ser adoptadas son:

- Establecer canales de diálogo y negociación en las instancias del poder ejecutivo.
- Participar en la formulación, gestión y evaluación de políticas públicas y de salud referentes a los pueblos indígenas, empezando por los problemas específicos, menos conflictivos y de más fácil implementación de acuerdo a cada país.
- Compartir responsabilidades en los logros y fracasos de la solución de los problemas.
- Sistematización y mantenimiento de datos, presentando su evolución desde la implementación de la política.
- Mantener la continuidad de diálogo y la participación de los actores sociales involucrados durante todo el proceso de implementación de los derechos.

En el proceso de implementación de los derechos, el **poder judicial** puede ser utilizado cuando se encuentran serios obstáculos en el poder ejecutivo. De manera general, la salud no es considerada un tema conflictivo para la magistratura, por lo tanto, podrá ser utilizada para lograrse otros derechos relacionados en la concepción más amplia de salud, para lo cual se propone:

- Estudiar la respuesta que el Poder Judicial da a los asuntos referentes a salud.
- Intentar a través de los recursos jurídicos la reivindicación de los derechos a la salud.
- Desarrollar líneas de argumentación jurídica decodificada para la lógica de los magistrados en la elaboración de los recursos jurídicos.
- Desarrollar con las universidades programas de capacitación para los magistrados en los nuevos paradigmas de la salud.



Algunas estrategias para usar los recursos legales e institucionales de las **oficinas de Ombudsman**¹⁷⁰ son entes públicos autónomos de los poderes del Estado cuyo mandato es la defensa y protección de los derechos humanos, además de controlar las actuaciones de la administración pública sobre la ciudadanía. Las personas y organizaciones indígenas de manera creciente presentan sus peticiones ante estas oficinas para hacer más justiciables sus derechos, varios de ellos en materia de salud indígena. Algunas oficinas tienen Unidades especializadas o programas para la atención de pueblos indígenas. Sus funciones incluyen por lo común la iniciativa legislativa y procuradural.

¹⁷⁰ También conocidos como Defensores del Pueblo, Comisionado de Derechos Humanos, Procuradores de Derechos Humanos. El Instituto Interamericano de Derechos Humanos ha investigado y publicado sobre la labor de los Ombudsman para el acceso a la justicia de los pueblos indígenas en las Américas.



Bibliografía

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Derecho Internacional. <http://www.ohchr.org/spanish/law/index.htm>.

Aylwin, José. *Ombudsman y derechos indígenas en América Latina: estudio comparativo sobre el marco normativo e institucional*. IIDH, San José, 2006.

Anaya, James. *Los pueblos indígenas en el derecho internacional*. Editorial Trota/Universidad Internacional de Andalucía, Andalucía, 2005.

Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Derechos de los pueblos indígenas y legislación en América Latina*. CND. México, 1999.

Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Informes especiales. <http://www.cidh.oas.org/pais.esp.htm>.

Gómez, Magdalena. *Derechos Indígenas: lectura comentada del Convenio 169 de la OIT*. INI. México, 1995.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. Campaña Educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas. Módulos temáticos. IIDH, San José, 2003.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. *El Sistema Interamericano de Protección de los Derechos Humanos y los derechos de las poblaciones migrantes, mujeres, los pueblos indígenas y los niñas, niñas y adolescentes*. IIDH/Consejo Centroamericano de Procuradores de Derechos Humanos. San José, 2004.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos. *Revista IIDH N° 40*, Edición especial sobre Derechos económicos, sociales y culturales. San José, Julio-diciembre 2004.

Banco Interamericano de Desarrollo. Base de datos sobre legislación indígena. <http://www.iadb.org/sds/ind/ley/leyn/datamap.cfm>.

Olguín, Gabriela. *Guía Legal sobre la utilización de los convenio y recomendaciones de la OIT para la defensa de los derechos indígenas*. OIT, Serie guías legales-Derechos Indígenas 3. San José, 2002.

Olguín, Gabriela. *Guía Legal sobre la utilización del Sistema Interamericano para la defensa de los derechos indígenas*. OIT, Serie guías legales-Derechos Indígenas 4. San José, 2002.

Organización Panamericana de la Salud. Base de datos Salud de los Pueblos Indígenas. <http://www.paho.org/Spanish/AD/THS/OS/Indig-home.htm>. Serie Salud de los Pueblos Indígenas.

Movimiento Mundial por los Bosques. *Pueblos Indígenas: sus bosques, sus luchas, sus derechos*. WRM. Montevideo, 2005.

Sánchez, Enrique. Compilador. *Derechos de los Pueblos Indígenas en las Constituciones de América Latina*. COAMA. Bogotá, 1996.





Módulo 3

Agua, pueblos indígenas
y derechos humanos

Introducción

Varios foros internacionales han discutido sobre la crisis del agua. Siendo que el 70% del planeta tierra está cubierto por agua, y que es el principal elemento constitutivo de la vida, parece paradójico hablar de escasez. Sin embargo se sabe que sólo un 2.5% del agua es dulce, lo demás es agua salada. Si tomamos en cuenta que las dos terceras partes que se encuentran en los glaciares y nieves perpetuas, sólo un 1% de agua dulce está disponible para consumo humano. Aún así, el problema no viene por ese lado. El 2° informe de la ONU sobre Desarrollo de los Recursos Hídricos en el Mundo constata que la “insuficiencia de agua se debe principalmente a un abastecimiento ineficaz y no a un déficit del recurso”. El problema no se reduce, sin embargo, a la cantidad de agua, sino que está en juego su calidad: por obra del hombre y de su abuso y negligencia, el agua se ha transformado de fuente de vida y riqueza en verdugo de poblaciones enteras. Un manejo irracional ha provocado que mil 300 millones de personas carezcan hoy de agua potable segura, que más de mil 700 millones no tengan acceso a servicios de saneamiento y que unas 25 mil mueran al día por aguas contaminadas. Son datos que reflejan tremenda inequidad social.

En países como El Salvador, la escasez y mal manejo podrían llevar a una inminente catástrofe del recurso hídrico, según el Tribunal Latinoamericano del Agua, TLA, ya que el 90% de aguas superficiales están contaminadas y el nivel de las subterráneas baja considerablemente. El 95% de los bosques han sido talados, lo que contribuye a la erosión de la tierra y, a su vez, provoca que el agua subterránea baje un metro por año. Esta crisis fue generada por el modelo de desarrollo agro-exportador que duró hasta hace pocos años y provocó deforestación masiva y contaminación de fuentes superficiales¹⁷¹.

La problemática del agua en América Latina tiene muchas dimensiones, está estrechamente relacionada a la estructura agraria, de tierras y territorios, de medio ambiente, salud, políticas económicas, sociales y fundamentalmente al empobrecimiento de grandes contingentes humanos, entre ellos los pueblos indígenas. Los derechos de la población son vulnerados con el avance de los mercados de agua en el comercio internacional y la amenaza de la privatización de las empresas y entidades públicas ligadas a la gestión del agua.

La crisis del agua radica, cada vez más, en el modo de regir el acceso y el control sobre los recursos hídricos y sus beneficios. La política del agua debe enfocarse como política de derechos humanos y de paz. Es imposible solucionarla simplemente con medios técnicos, más eficaces que aumenten su capacidad. Es necesario el reconocimiento de las reglas y procedimientos culturales para el acceso y gestión del agua de los pueblos indígenas en los marcos normativos

¹⁷¹ *Boletín Reporte Diario Guatemala*, 4 de octubre de 2006, Nueva Época, número 1064.



de los países para la posibilidad de lograr una gestión sostenible, equitativa y adecuada al contexto histórico y agroecológico local. La gobernabilidad en la gestión del agua es congruente con los más avanzados postulados del movimiento mundial para el reconocimiento del derecho humano al agua. Las decisiones sobre la gestión del agua tienen efectos directos sobre la salud, el medio ambiente, la economía, la soberanía y la dignidad de los pueblos.

En el presente módulo sobre “Agua, Pueblos Indígenas y Derechos Humanos” pretendemos analizar y discutir sobre los factores que configuran los sistemas de acceso y manejo de agua en las comunidades indígenas, sus limitaciones, potencialidades, y requerimientos para una gestión adecuada del agua que haga realidad el principio de “el agua es vida, y vida para todos”. Desde la perspectiva de los derechos humanos, el módulo hace énfasis en los derechos de acceso y derechos de gestión del agua. El ámbito del saneamiento, que tiene estrecha relación con la calidad del agua, para efectos de este módulo, sólo será abordado tangencialmente. No obstante se incluye literatura pertinente al saneamiento en el disco compacto que acompaña a esta publicación.

El módulo tiene cuatro unidades:

1. *Agua y cosmovisión indígena*: para comprender el lugar que ocupa el agua y sus interrelaciones en el universo de los indígenas. Este elemento es importante porque sustenta mucha de las prácticas de conservación de la naturaleza y relaciones de solidaridad y cooperación en la comunidad.
2. *El agua como derecho humano*: analizamos el proceso largo y lento para el reconocimiento del agua como un derecho humano. Se revisan los instrumentos internacionales, las discusiones sobre el tema.
3. *El marco normativo e institucional para la gestión del agua*: se analiza el lugar del acceso y gestión del agua según los usos y costumbres indígenas, así mismo se analiza su tratamiento en la legislación nacional, para finalmente reflexionar una gestión intercultural posible.
4. *Buenas prácticas sobre agua y saneamiento en pueblos indígenas*: Se comparte un proyecto ilustrativo de coordinación interinstitucional, el proyecto regional “Mejoramiento de las condiciones ambientales (agua y saneamiento) en las comunidades indígenas” impulsado por la Organización Panamericana de la Salud en 14 países de la región.

El módulo pedagógico trae una propuesta de trabajo para cada una de las unidades temáticas, que incluyen ejercicios, talleres y otras actividades educativas. Varias de las fuentes tienen referencia opcional para ser profundizados mediante acceso por internet y en Disco compacto que adjuntamos a la presente publicación.



Unidad uno Agua y cosmovisión indígena

Relevancia para la gestión comunitaria de los recursos hídricos

Desde tiempos remotos el agua se presenta en la mentalidad de los hombres como un elemento vital al que se agregan multitud de significados. En torno al agua se ha ido moldeando una forma de ser, de valores colectivos, de sentimientos de pertenencia que conforman en definitiva unas relaciones estrechas entre sociedad, cultura y naturaleza, en una manera de identificarse.

Como se puede ver en la lección sobre el “derecho al agua”, éste ocupa un lugar importante en las discusiones de foros políticos y técnicos internacionales que ya anuncian guerras futuras por su control y acceso. La crisis ambiental y en concreto la relacionada con el agua (cambios climáticos, inundaciones, sequías, el agotamiento de manantiales o la contaminación del agua) constituye un reto de enorme importancia a resolver. Por eso, no sólo debemos ponernos en manos de la tecnología, o la economía, sino también volver los ojos y recuperar el sentido más práctico de cómo era manejada el agua en otros momentos (y aún en la actualidad), especialmente en aquellas culturas que han mantenido una relación estrecha con la naturaleza en tanto pueden ser portadoras de soluciones al uso y manejo del agua.

Hay que mencionar que muchas pautas, valores y hábitos de las culturas indígenas han sufrido una serie de cambios, adaptaciones y reformulaciones a través del tiempo, que se manifiestan en prácticas diferenciadas al relacionarse con la naturaleza y la misma comunidad. Diversos estudios han demostrado que la conservación de los ecosistemas naturales en las áreas indígenas guardan estrecha relación con sus prácticas de conservación y uso cultural de los recursos naturales¹⁷². La “cultura del agua” y las “identidades hidráulicas locales” indígenas, a pesar de que no deben verse de manera romántica, proveen de elementos fuertes para desarrollar estrategias más equitativas e integradas de distribución de agua y de una seguridad alimentaria sustentable.

Por lo general, las buenas prácticas de conservación y gestión de los recursos hídricos están sustentadas en cosmovisiones ancestrales sobre el agua y los elementos que intervienen en su conservación, uso y manejo. El agua, desde el punto de vista de la cosmovisión indígena, tiene una importancia vital que trasciende la dimensión corporal de su necesidad de consumo. Tal como se afirman en la Declaración de Kyoto de los Pueblos Indígenas sobre el Agua (Foro Mundial del Agua, 2003) en “la relación que tenemos con nuestras tierras, territorios y el agua constituye la base física, cultural y espiritual de nuestra existencia. Esta relación con nuestra Madre Tierra nos obliga a conservar nuestra agua dulce y mares para la supervivencia de las generaciones del presente y del futuro”¹⁷³.

¹⁷² *El mapa de los Pueblos Indígenas y ecosistemas naturales en Centroamérica y el Sur de México*, publicado por Center for the Support of Native Lands y National Geographic Society, febrero 2003, da cuenta que lo que queda de ecosistemas boscosos y marinos naturales en la región está básicamente en territorios habitados y usados por pueblos indígenas.

¹⁷³ También reafirmada por la Declaración Tlatokan Atlahuak del Foro Paralelo de los Pueblos Indígenas del 4º Foro Mundial del Agua. México, Distrito Federal, Marzo 17-18, 2006.



En la presente unidad conoceremos a manera de ilustración algunas cosmovisiones de los pueblos indígenas en las Américas en torno al agua y su manejo, y de cómo éstas sustentan sus estrategias de conservación y gestión cultural del agua.

Carta del jefe Seattle al presidente Franklin Pierce

(extractos relativos a la cosmovisión del agua)

El Estado de Washington fue la patria de los Duwamish, un pueblo que se consideraba una parte de la naturaleza, la respetaba y la veneraba, y desde generaciones vivía con ella en armonía. En el año 1855 el Presidente de los Estados Unidos, Franklin Pierce, les propuso que vendiesen sus tierras a los colonos blancos y que ellos se fuesen a una reserva.

- “El agua cristalina, que brilla en arroyos y ríos, no es sólo agua, sino la sangre de nuestros antepasados. Si les vendemos nuestra Tierra, han de saber que es sagrada, y que vuestros hijos aprendan que es sagrada, y que todos los pasajeros reflejos en las claras aguas son los acontecimientos y tradiciones que refiere mi pueblo”.
- “El murmullo del agua es la voz de mis antepasados. Los ríos son nuestros hermanos, ellos apagan nuestra sed. Los ríos llevan nuestras canoas y alimentan a nuestros hijos”.
- “El indio puede sentir el suave susurro del viento, que sopla sobre la superficie del lago, y el soplo del viento limpio por la lluvia matinal, o cargado de la fragancia de los pinos”.
- “Lo que le acontece a la Tierra también les acontece a los hijos de la Tierra. Tienen que enseñar a vuestros hijos que el suelo que está bajo sus pies tiene las cenizas de nuestros antepasados”. - “Cuando los hombres escupen a la Tierra, se están escupiendo a sí mismos. Pues nosotros sabemos que la Tierra no pertenece a los hombres, que el hombre pertenece a la Tierra. Eso lo sabemos muy bien. Todo está unido entre sí, como la sangre que une a una misma familia”.
- “Nuestros muertos siguen viviendo en los dulces ríos de la Tierra, y regresan de nuevo con el suave paso de la primavera, y su alma va con el viento, que sopla rizando la superficie del lago”.

1.1 La cosmovisión indígena

Una definición básica sería que es la “manera de ver e interpretar el mundo” que tiene un determinado grupo humano. En un sentido más aplicado, la cosmovisión es la manera de cómo la persona se ubica en el mundo que lo circunda, qué tipo de relaciones establece con los elementos de ese mundo: la naturaleza, el cosmos, la sociedad. En ese sentido la cosmovisión contiene una visión filosófica porque ubica al ser humano y los elementos de la naturaleza en el devenir de la historia: el tiempo, el espacio, sobre sus orígenes, las fuerzas que sustentan cada elemento, posibles rumbos. La cosmovisión se expresa en una serie de mitos y ritos que se actualizan entre las generaciones y las adaptaciones que requiere el cambio de los tiempos. Un denominador común en las cosmovisiones indígenas es la unión indisoluble de su ambiente. Cada cultura es el espejo del mundo natural, la diversidad cultural es el reflejo de la diversidad natural, la coexistencia todos los seres en un equilibrio armónico donde el ser humano es apenas



una parte, y no es el amo. El agua está ligada a la visión sagrada de la “madre tierra”, por ello en la cosmovisión de diferentes pueblos indígenas, es visto como un ser vivo, omnipotente, creador y transformador. Se constituye en la base de la reciprocidad y la complementariedad, es vista como un derecho universal y comunitario a la vez que se constituye en una expresión de flexibilidad y adaptabilidad.

1.2 Cosmovisión Ngöbe (Panamá)¹⁷⁴

Los ngöbe tienen una relación económica y religiosa con los ríos y el agua. Económica en cuanto que de ellos sacan gran parte del sustento para su alimentación. Religiosa, pues los ríos y el agua son parte importante para las prácticas místicas de los ngöbe. El agua y el río son elementos que definen las relaciones sociales entre los ngöbe. El río tiene uso diverso para: a) dotación de bañaderos privados para cada familia; b) lavar la ropa; c) los baños purificatorios, los ritos de iniciación, nacimiento, los ríos son fuente de purificación (especialmente los saltos y cataratas), d) la navegación con lanchas; e) la pesca.

Los productos del río son fundamentales para el abastecimiento alimentario: peces, camarones, cangrejos, caracoles, ranas, algas. También para abastecimiento de materiales: corteza de árboles para sacar fibras, juncos, arena. Para cultivar otoes de cepa, arroz y crianza de peces. Cada una de estas actividades está normada y relacionada con una serie de mitos y ritos que los ngöbes observan en su vida cotidiana desde tiempos remotos como se pueden ver en los siguientes relatos.

¹⁷⁴ Tomado del estudio realizado por Blas Quintero. *Los Ngöbe y el manejo de los recursos naturales*. Acción Cultural Ngöbe, s/f. Panamá.



Concepción mística ngöbe del agua¹⁷⁵

Los Ríos

Para el pueblo ngöbe tienen vital importancia los ríos para su economía pero además, son recursos, espacios, que nutren su vida espiritual. Los ríos son los **caminos de los seres espirituales**, seres que no son de este mundo pero que pueden incursionar en este mundo. Por ejemplo el monstruo llamado *Magatda*, o **Mögatda**, que es un monstruo marino, una serpiente, que cuando es pequeña sube por los ríos y se va a vivir debajo de los cerros o dentro de los cerros. Se cree que las ciénagas son respiraderos de las casas de *Magatda*, por eso las ciénagas son temidas. Ahí permanece hasta que se transforma en una gigantesca serpiente. Baja al mar a través de las grandes crecientes de los ríos. En las grandes crecidas los ríos arrasan con árboles, nuevas piedras y troncos enormes, incluso los ngöbe dicen que en esas grandes crecientes después se encuentran muchos peces muertos. Cuando esto ocurre, las gentes escuchan músicas de flautas y de variados instrumentos y bramidos como de toros en las madrugadas. Esto es señal de que ha bajado un *Magatda*¹⁷⁶. Como es tan grande por eso es que se desbordan los ríos. Y con su cola arrasa los árboles. Una mujer llamada *Mesi Kwuira*, vio a *Magatda* y de ella copió los colores que se pintan en las chácaras.

Los manantiales, cataratas, lagunas o ciénagas

Los manantiales son las puertas por donde los *Ngutiobo* entran y salen del Cerro. Los cerros no sólo son piedra y tierra, son las casas de la gente del cerro *Ngutiobo* o *ngutuobo*. Son seres malignos. En las cataratas están *jogwatdakiigü*, las siete puertas seguidas. En el charco donde cae la catarata vive *Bube*, ser espiritual, maligno y temido, que es amarrada por los que poseen *bube*, un poder. Solo puede poseer ese poder un varón que haya pasado el ritual Gró, o de iniciación masculina. Es un tema *boin*, privado, que no se debe hablar delante de los no iniciados (“*tibore*”), los “fríos”.

En los manantiales u ojos de agua, *ñö ogwo*, se construyen los pozos para recoger el agua para beber y cocinar. Estos pozos de 40 cm. de ancho por 70 de profundidad, se cavan en la piedra o en el cascajo de los manantiales, no en la tierra. Se limpian cada mañana. En ellos suele criarse un tipo de pececitos como de seis centímetros, blancos y transparentes. En *Ngöbere* se les llama *bitdigali* y *tuliba*; los campesinos les llaman sal y sangre. Nadie consume estos peces ni se matan, ni se retiran de los pozos. Existe la creencia que si se consumen producen hemorragia nasal. Además estos peces tienen una función especial en el ritual funerario llamado *bomondige*.

Cuando muere una persona se le vela por varios días y se sepulta. A los 32 días, si era adulto, se celebra un ritual para despedir definitivamente al difunto que se cree que todavía no ha viajado definitivamente al Yolai, lugar de descanso. El ritual comienza al anochecer y se pasa toda la noche en vigilia; al amanecer se hace un baño purificadorio a todos los presentes con agua asperjada por la espalda. Los hombres aparte y las mujeres aparte. Luego se hace el siguiente ritual: se echan varios pececitos *bitdigali* en una botella y con una varita delgada de *mrübrío* (mastranto) una persona la mete en la botella y moja ligeramente los labios de todos los presentes incluyendo bebés. Con esto y otros rituales se protege para no tener visiones del difunto.

¹⁷⁵ Ibid.

¹⁷⁶ Existe un mito que narra la bajada de serpiente produciendo música. En la actualidad cada vez que hay crecidas grandes de los ríos, los ngöbe aseguran que escuchan música de toda clase.



A ciertos manantiales se les ofrendan moñitos de paja, que dicen los ngöbe que son bollos y flechitas, arcos y cruces pequeñas. Las cataratas son lugares sagrados (*deme*) pues ahí habitan seres temerosos. Junto a ellos se celebran rituales importantes.

Uso ritual del agua

Es un símbolo sagrado relacionado con la vida y la muerte. En todos los rituales ngöbe se utiliza el agua para purificar a los asistentes de un ritual u objetos rituales, o lugares. Para prevenir males y para curar. El agua se usa en la bebida de cacao, es sagrada para los ngöbe.

En el rito de nacimiento, *oge*, antes de la comida algunas mujeres asperjan agua sobre los hombres. En el ritual de balsería se asperjan los palos de balsa. En la toma de cacao se asperja agua a los asistentes que consumirán cacao. A los jóvenes que fabrican sus lanzas para pescar se les lavan las manos. A la joven en su ritual de paso se le baña en la quebrada o dentro de la casa. Para curar a un niño enfermo se “mastica” agua para untar (con saliva) al enfermo.

Mitos

Los cantos y los mitos nos dan un material abundante sobre la valoración que los ngöbe tienen de los ríos, quebradas, manantiales, ciénagas. Hay cantos dedicados al río, la lluvia, al mar, a los peces del río, al mito sobre el diluvio, al mito de *Mesi Kwira*. El río y los charcos son lugar para transformarse en brujo.



Los ngöbe habitan zonas con abundante agua. La observancia de los mitos y ritos se traducen en prácticas de respeto y conservación de la naturaleza, de un uso racional y diversificado. El uso de una variedad de tecnologías para la agricultura, caza y la pesca guardan estrecha relación con el mantenimiento del equilibrio de la naturaleza y la satisfacción de las necesidades de la población. Cuando la seguridad alimentaria de una familia se ve afectada por tiempos de escasez, por mala producción y otro factor, pueden recurrir al uso de instituciones tradicionales como el *Juritde*¹⁷⁷, que es “el derecho de pedir y la obligación de dar”. Los miembros adultos van donde sus parientes o amigos a pedir que compartan alimentos con ellos; quien los posea está moralmente obligado a compartirlos en la medida de sus posibilidades. Esto se aplica también para el trabajo colectivo. El compartir es el eslabón que engarza relaciones sociales y de parentesco y alianzas entre unidades políticas ngöbe, es el elemento determinante de muchos rituales.

Cualquier proyecto de desarrollo, incluyendo los relacionados a los recursos hídricos debe tomar en cuenta los elementos socioculturales y espirituales que sustentan las actividades cotidianas de los pueblos ngöbe. En gran medida el fracaso de muchos proyectos –tanto del Estado como de los entes privados– se debe a la no consideración de estos elementos en su diseño y gestión. Varios profesionales ngöbes (y no indígenas) se han preocupado por integrar la visión indígena del agua y los recursos naturales en las iniciativas de etnodesarrollo, una muestra son las Jornadas de Salud Indígena, Asociación de Ingenieros Agrónomos Ngöbes, Acción Cultural Ngöbe, entre otros.

1.3 Cosmovisión Purépecha¹⁷⁸ (México)

El agua está relacionada con las cinco deidades de la lluvia, las “*tiripemencha*” que son hermanas del dios fuego celestial, “*curicaeri*” que significa “agua divina o preciosa”. Las “*tiripemencha*” habitan las cinco casas del cielo y son representadas como nubes que se ubican en posiciones diferentes y se asocian a determinados colores: al centro está “*Ocupi-tiripeme*” la deidad azul que tiene como asiento el lago de Pátzcuaro; al oriente está *tiripeme-quarencha* la deidad roja; al poniente la *tiripeme-turupten* la deidad blanca; al norte la *tiripeme-xungapeti* la deidad amarilla; y al sur *tiripeme-caheri*, la deidad negra. La diosa *cuerauhperi* tiene cuatro hijas, las nubes que están a su alrededor acompañándola.

El carácter sagrado del agua se compara con el de la naturaleza. En la cosmovisión purépecha, el agua tiene un origen divino, ya que mantiene una relación estrecha con el dios celestial creador con las deidades de la lluvia y con la diosa de la tierra. En cambio, el origen del hombre no es divino y por tanto se ubica en un nivel diferente al de los dioses. Los vínculos que establece con ellos se basan en una relación de respeto y armonía; y en el caso del agua, el hombre busca procurarla para que nunca falte y de esta manera subsista.

¹⁷⁷ Blas Quintero. “El Juritde: el derecho de pedir y la obligación de dar”, en *Memoria de la Segunda Jornada indígena Centroamericana sobre Tierra, Medio Ambiente y Cultura*. Vol. I. 2da edición. CCNIS /CONCULTURA/Tierras Nativas, San Salvador 2001. Págs. 145-149.

¹⁷⁸ Con información del artículo de Patricia Ávila García. “Sustentabilidad ambiental y cultura del agua en una región indígena de México”. *Boletín Archivo Histórico del Agua*. Año 8, 2003. México. Págs. 55-61.



Mitos en torno al agua

Los mitos sobre el origen del agua en la meseta purépecha son una expresión de la necesidad de encontrar fuentes de abastecimiento para la población ante la aguda escasez. Dentro de las variantes hay mitos que se asocian con niños huérfanos que encuentran agua gracias a la señal de un pájaro, que una vez encontrada la fuente de agua el personaje es muerto. Otros mitos se refieren a la consumación del acto sexual, lugar donde fue encontrada la pareja de jóvenes brotó agua. Aquí el acto sexual simboliza la acción de crear y reproducir el agua desde las entrañas de la tierra. En ambos casos los personajes principales de los mitos deben morir para que haya más agua, puesto que mientras vivían, había escasez. Pero la muerte no es vista como un sufrimiento, sino como un acto divino que conlleva al renacimiento del agua.

La estrategia sociocultural de uso y manejo ecológico del agua

Las prácticas culturales de uso y manejo del agua son un reflejo de esta cosmovisión: el agua es un bien patrimonial muy valorado que se cuida y se conserva para garantizar el abastecimiento presente y futuro de la población establecidas en estas tierras semiáridas. Su aprovechamiento se basa en principios ecológicos que permiten su uso y manejo eficiente, múltiple y diversificado. Esa ha sido la base de su sobrevivencia ante las condiciones precarias. Veamos cuáles son los componentes de dicha estrategia:

- a) La forma dominante de aprovechamiento del agua es a través de usufructo colectivo, puesto que el agua es considerado un patrimonio comunal y responsabilidad de todos el preservarla.
- b) Las decisiones de su acceso, uso, manejo y distribución se establecen a través de reuniones y asambleas comunales. El acceso es libre, pero en los meses de escasez hay restricción para que el agua alcance para todos.
- c) Colectivamente se define el volumen que tocará por familia. Se tiene garantizada una dotación mínima para satisfacer las necesidades básicas.
- d) Hay personas encargadas de vigilar que la distribución se haga en forma equitativa.
- e) Hay acuerdos comunales para compartir el agua con otras comunidades con el objeto de enfrentar conjuntamente la escasez de agua.
- f) Existen mecanismos para garantizar que el ganado tenga acceso al agua.
- g) Se aplican prácticas culturales para la conservación de las fuentes de abastecimiento y rehabilitación de obras de captación, conducción y almacenamiento. Todo es en base al trabajo colectivo.
- h) El patrón de consumo de agua está asociado a la cultura de uso óptimo que trata de aprovechar hasta la última gota. La mayoría de las viviendas carecen de tomas domiciliarias, drenaje y dispositivos sanitarios que implican elevados consumos de agua. El promedio de dotación diaria de agua por habitante en la meseta purépecha era de 12



litros. La razón es que el agua es muy escasa y la población invierte mucho tiempo y energía en su captación y acarreo.

- i) Hay mecanismos para sancionar el mal uso del agua.
- j) Se diversifica la fuentes de abastecimiento del agua: lluvias, manantiales, ríos
- k) Uso y manejo múltiple es una estrategia que permite reutilizar y aprovechar el agua para fines productivos y domésticos: riego de plantas.

La escasez de agua no explica por si misma la alta estima que los purépecha tienen por el agua, ni la lógica en que se basan las estrategias de uso y manejo del recurso. Ello está muy arraigado en la dimensión sociocultural y en tener en cuenta que para los purépecha el agua tiene un carácter sagrado que se manifiesta a través de los mitos, fiestas y prácticas culturales existentes. Así dentro de la cosmovisión purépecha, el hombre es fruto de la naturaleza y la relación que establece con ella se basa en un principio de respeto y armonía.

1.4 El agua en la cosmovisión andina¹⁷⁹

La complejidad geomorfológica y climática de los Andes parece ser un factor limitativo para el desarrollo, y el mundo moderno aún no sabe utilizar a plenitud las riquezas que ofrece su diversidad. En la antigua América andina, las limitaciones geográficas y medioambientales fueron convertidas en oportunidades, con el dominio de plantas, animales, la tierra y el agua.

Muchas técnicas fueron usadas por los hombres y mujeres andinas para manejar el agua y crear tierras de cultivo, entre otras, los sistemas hidráulicos particulares a las diversas condiciones naturales: los “*waru waru*”, “*camellones*” o “*sucaqollus*” para las planicies inundables del entorno del lago Titicaca; las “*qochas*” para capturar las aguas de las lluvias; y las más conocidas terrazas o “*andenes*” para aprovechar el cultivo en las empinadas laderas andinas.

Mucho de los conocimientos indígenas que permitieron la convivencia armónica con los Andes no son utilizados: las tecnologías están relegadas y las poblaciones que las hicieron posibles se encuentran marginadas. Los sistemas tradicionales de manejo del agua, desarrollados y validados a lo largo de cientos de años, hoy en día marginados, son probadas alternativas para la sostenibilidad de los recursos hídricos. Por ello deben de ser mejor comprendidos, valorados, recuperados y difundidos como tecnologías para la sustentabilidad del desarrollo.

Si bien la visión del agua en la región andina tiene particularidades de acuerdo a las distintas culturas indígenas existentes (quechuas, kichuas, aymaras, urus y otros), a la diversidad de áreas ecológicas, a las diferentes ubicaciones de las cuencas, y a los niveles de organización social (comunidades, caseríos, *markas*, *ayllus*, etc.), existen comunes denominadores que deben de ser mantenidos y respetados. Para los pueblos andinos, el agua es mucho más que un recurso hídrico.

¹⁷⁹ Sobre la base del documento elaborado por CODESAN-Pontificia Universidad Católica del Perú, “Visión andina del agua”. Febrero de 2003 preparado para el Foro Mundial del Agua de Kioto, marzo del 2003.



El agua como ser vivo:

El agua es un ser vivo, proveedor de vida y de animación del universo. Con el agua se dialoga, se le trata con cariño, se le cría. Esta visión ha sido factor fundamental para la adecuada cosecha, conservación y reproducción de los recursos hídricos. El agua o *yaku* es parte constitutiva de la *pachamama* o madre tierra. También se desarrolló el concepto de *yakumama* (madre agua) de especial significancia para pueblos asentados en áreas amazónicas.

El agua como ser sagrado:

El agua proviene de *Wirakocha*, dios creador del universo, que fecunda la *Pachamama* (madre tierra) y permite la reproducción de la vida. Es, por tanto, una divinidad que está presente en los lagos, las lagunas, el mar, los ríos y todas las fuentes de agua. De sus espumas en el lago Titicaca surgieron los fundadores del imperio de los incas: Manco Cápac y Mama Ocllo. Los manantiales o *pojquios* están protegidos por una serie de mitos y ritos que tamizan la vida cotidiana de comunero andino.

El agua como base de la reciprocidad y complementariedad:

El agua permite la integración de los seres vivos, la articulación de la naturaleza y de la sociedad humana. Es la sangre de la tierra y del universo andino. Permite practicar la reciprocidad en la familia, los grupos de familias y comunidades andinas. Ordena la vida de los individuos, presenta la diferencia no como oposición sino como complementariedad y facilita la solución de los conflictos sobre la base de acuerdos comunitarios. La gestión comunitaria del agua se realiza aún mediante la autoridad de los *varayok* y los *camayok* que son responsables de la distribución equitativa del agua.

El agua como derecho universal y comunitario:

El agua “es de todos y es de nadie”. Pertenece a la tierra y a los seres vivos, incluyendo al ser humano. Se distribuye equitativamente de acuerdo a necesidades, costumbres y normas comunitarias, y según su disponibilidad cíclica. José María Arguedas en su novela corta “Agua” muestra la ruptura del equilibrio y armonía en una comunidad andina por la limitación del acceso al agua para sus cultivos, de cómo la institución comunal tradicional del “reparto de aguas” a cargo del *varayok* y el *kamayok* es subordinado al poder terrateniente (*gamonal*) que hace de la usurpación del agua y la tierra el mecanismo principal de su enriquecimiento ilícito y empobrecimiento de los comuneros quechuas¹⁸⁰.

El agua como expresión de flexibilidad y adaptabilidad:

El agua se comporta de acuerdo a los ecosistemas, circunstancias y coyunturas, sin seguir normas rígidas. Depende del tiempo, clima, y topografía. La sociedad andina, como el agua,

¹⁸⁰ José María Arguedas. “Agua”, en *Breve antología didáctica*. Editorial Horizonte, Lima, 1993. Pág. 7-30.



está en continua apertura frente a todo lo que enfrenta, incorporando selectivamente elementos de otras culturas y grupos humanos complementarios a su cultura.

El agua como ser creador y transformador:

El agua sigue leyes naturales, de acuerdo a los ciclos estacionales y a las condiciones del territorio. Su uso sustentable implica la generación y aplicación de conocimientos y habilidades obtenidos durante siglos, así como la construcción de una infraestructura hidráulica que permita cosechar y distribuir el agua, sobre la base de una gestión mancomunada y eficiente.

El agua como recreación social:

El agua es la recreación de la diversidad en el espacio y el tiempo, en las organizaciones comunitarias, en la participación de la población, permitiendo la autodeterminación de las comunidades, en discusión y diálogo permanente con la naturaleza.

La lectura del comportamiento de la naturaleza es una forma de conocerla y lograr su manejo respetuoso y adecuado. Por ello, el comunero andino ha aprendido a escuchar y reconocer el significado del canto de las aves, a examinar las nubes, observar las hormigas y ahuyentar las heladas. La conversación con las plantas y los animales, con los cerros y lagunas, permite una fusión de los seres humanos con la naturaleza y una sensibilidad que se manifiesta en la espiritualidad de sus gentes.

En la actualidad el mantenimiento de los recursos hídricos es un asunto crucial para los pueblos andinos ante la vulnerabilidad creciente de sus territorios, recursos naturales, la contaminación de sus fuentes hídricas por empresas mineras, petroleras, grandes construcciones de infraestructura.

El río Pachachaca en Apurímac, es uno de los más contaminados del Perú por el impacto de los desechos de las transnacionales mineras, el vaciado de millones de toneladas de tierra, escombros y otros materiales para la construcción de la autopista Puquio, Abancay. Chalhuanca es una comunidad a orillas de un tributario de dicho río que deriva su nombre de la palabra quechua “*challwancca*” que significa “el que va a pescar”. Los peces han sido por generaciones fuente nutricional al alcance de la comunidad. En la actualidad los peces ya no completan su ciclo de vida por la contaminación y la sobrepesca con métodos no tradicionales: atarrayas, venenos y dinamita, sistemas introducidos por foráneos. El caudal del río ha disminuido sustancialmente afectando el sistema de irrigación y con ello la producción agropecuaria. Apenas 20 años antes, era inimaginable tener criaderos artificiales de trucha. Las especies fluviales nativas como la *challwa* y *ja'ka* prácticamente están extintas.

En el Lago Titicaca, los estudios demuestran el impacto de la contaminación de los desechos urbanos y la minería especialmente en la disminución de la fauna lacustre. Por esta razón en La Paz, Bolivia, los pobladores ya no quieren consumir peces de dicho lago, lo que ha afectado a grupos de pescadores que por generaciones hicieron su modo de vida de esta actividad.



1.5 A manera de sumario

Los pueblos indígenas han elaborado una riqueza de símbolos, mitos y prácticas ceremoniales vinculadas con el agua, que además de ser una necesidad vital, es parte fundamental de su espiritualidad. El agua es sagrada, es “fuente de nuestra vida material, cultural y espiritual” se expresa en la Declaración Tlatokan Atlahuak del 4º Foro Mundial sobre el Agua¹⁸¹.

Sus conocimientos sobre el agua y sus ciclos, surgieron a partir de su relación con la naturaleza y de la observación de ésta, de la reproducción de los animales y vegetales, del movimiento de los astros, del comportamiento de las nubes y el viento. La creación del mundo para los pueblos indígenas tiene un hilo conductor que se refleja en la creación de la tierra, los astros, las plantas, los seres vivos, el agua, cielo, nubes, neblina, mar, lluvia, manantiales y humedad. Los primeros habitantes de los pueblos indígenas señalaron los lugares donde emergía la vida. Al tomar agua de los manantiales, de las pozas y de los ríos, beben el agua de los dioses y de los antepasados y con ello forman parte de una historia que llevan en la memoria.

Los ríos, lagos y los fenómenos meteorológicos que provocan lluvia, nieve o granizo, forman parte de un universo cosmogónico y espiritual, el cual se vive y actualiza en el diario vivir. Se pide lluvia a los seres espirituales de la naturaleza mediante ceremonias en los cerros, manantiales, en los cauces, cataratas de los ríos. Ciertos animales como las ranas, anguilas, serpientes y pájaros están relacionados como mensajeros de los espíritus con el agua, por ello son igualmente respetados y conservados.

El respeto y preservación de todo aquello que derive en el bien individual y colectivo, permite la armonía del cosmos y la reproducción material de las familias y sus tradiciones. Por ello, los indígenas se preocupan por el cuidado y resguardo de los recursos naturales, de los conocimientos técnicos y espirituales, de sus instituciones culturales para garantizar un abastecimiento equitativo, permanente y respetuoso con el hábitat.

Las sociedades indígenas no dan al agua una valoración económica o mercantil. A diferencia de los que ven en el agua un elemento que se aplica con fines lucrativos, sobre todo para la industria y la agroindustria o para el desarrollo urbano y turístico, los indígenas consideran que el agua es el origen de la vida, de las plantas, de los hombres y de la creación. El agua en todas las tradiciones culturales es un patrimonio comunal que no se apropia, no es mercantilizable. Su gestión y preservación es responsabilidad comunal. El agua es un sagrado.

Las representaciones cosmogónicas y espirituales de las sociedades indígenas en torno al agua y sus aportes a una visión más equilibrada para su uso y conservación no han sido debidamente reconocidos. Queda manifiesto que las concepción occidental e indígena respecto de los recursos hídricos entran en conflictos. Pero también pueden ser un factor de complementariedad y cooperación, que alimente estrategias efectivas para un desarrollo sustentable¹⁸².

Es por ello que los proyectos de abastecimiento de agua y saneamiento para comunidades indígenas deben ser desarrollados desde un enfoque intercultural que valore y respete su visión,

¹⁸¹ Declaración Tlatokan Atlahuak del Foro Paralelo del los Pueblos Indígenas del 4º Foro Mundial sobre el Agua México, Distrito Federal, marzo 17-18, 2006.

¹⁸² Xóchitl Gálvez Ruiz. “Los Pueblos Indígenas de México y el Agua”, ponencia en el IV Foro Mundial del Agua. Ciudad de México, 17 de marzo de 2006.



conocimientos, leyes y formas de vida tradicionales que enseñan a estas comunidades a ser responsables, cuidando este obsequio sagrado que conecta y sostiene toda la vida.

Cabe destacar los esfuerzos de diversas organizaciones indígenas para rescatar y fortalecer la “cultura del agua” desarrollada por sus pueblos a través del tiempo. Ésta ha sido enriquecida con elementos tecnológicos apropiados para la conservación o lucha por un medio ambiente sano. Está la experiencias de las comunidades quichés de Totonicapán para hacer un manejo sustentable de los recursos naturales a partir de los usos y costumbres. Totonicapán es el bosque de coníferas más importante de Centroamérica y la cuenca hidrográfica más importante de Guatemala. En sus alrededores habitan 339 mil personas, muchas de las cuales trabajan con *Ulew Che Ja* para vigilar y patrullar las 21 mil hectáreas de árboles. Asimismo, los indígenas adoptaron un programa de reforestación gracias al cual han recuperado 111 hectáreas de bosque con la ayuda de mil 906 personas pertenecientes a 64 comités de agua comunales.

En las montañas del Valle de Tehuacán (centro de México), donde habitan los indígenas mixtecos, se emplean técnicas antiguas para regenerar las cuencas. Se utilizan las técnicas de la cultura popoloca para construir terrazas tradicionales para la retención del suelo, represas para recargar los acuíferos y canales para dirigir el líquido con el fin de que los pueblos indígenas tengan acceso al agua pura. Se promueve la revitalización de esta cultura ecológica ancestral y la enriquece con modernas tecnologías de ingeniería ambiental. En Oaxaca (sur de México) utilizando el “tequio” –aportación de mano de obra decidida por la comunidad– fue posible construir redes de agua potable y retribuir el trabajo de los indígenas en especie.

En el campo del saneamiento ambiental aún hay retos por superar la recolección, tratamiento, aprovechamiento de aguas residuales y disposición sanitaria de excretas. Aún con la cultura indígena del agua, el impacto de epidemias como el cólera fue calamitosa especialmente en los pueblos indígenas centroamericanos y andinos. El principal medio de diseminación del cólera, diarreas, malaria y dengue tienen que ver con el manejo inadecuado de las aguas residuales.



Unidad dos El agua como derecho humano

La crisis global del agua se ha transformado en el gran reto para la Comunidad Internacional.

*Kofi Annan*¹⁸³

El empobrecimiento indígena¹⁸⁴

Según datos de CEPAL¹⁸⁵, en Bolivia cerca del 62% de la población se considera indígena, de la cual la mayoría es de origen quechua y aymara. De este total, el 52,2% vive en áreas urbanas y el 47,8% en áreas rurales. El 78% de los hogares indígenas pobres no cuenta con acceso a agua potable y el 72% carece de servicio sanitario, y sus tasas de mortalidad infantil son las más altas de Sudamérica. La pobreza indígena urbana tiene relación directa con la situación precaria de inserción laboral que acoge preferentemente mano de obra indígena migrante en el sector informal de la economía. Esto redundará en la calidad del empleo y las oportunidades de acceder a fuentes de ingresos; en contraste, la pobreza indígena rural se explica por la falta de infraestructura productiva, de articulación con los determinantes de la productividad agrícola y pecuaria, y de adecuado acceso a mercados de bienes agropecuarios. El 67% de los empleos más vulnerables y precarios lo ocupan indígenas, y el 28% de los empleos semicalificados son para indígenas. Paralelamente, sólo el 4% de trabajadores indígenas ocupan trabajos que requieren mayor calificación.

Si bien para los pueblos indígenas amazónicos el problema de acceso a fuentes de agua no parece ser un problema mayor, sí lo es la contaminación de los ríos como se ha verificado en las comunidades quichua y ashuar de Sarayaku (Ecuador), los ashaninkas y machigengas de Camisea Río Alto Urubamba (Perú), los habitantes del Río Corrientes (Perú), cuyas fuentes acuíferas están contaminadas por actividad minera, petrolera y gasífera. Las comunidades que habitan la cuenca del Río Paraná/pilcomayo en Paraguay, Bolivia y Argentina están igualmente contaminados.

Sin duda las situaciones de pobreza, marginalidad y discriminación tienen que ver directamente con el disfrute efectivos de los derechos humanos. El derecho al agua por parte

¹⁸³ Discurso de Kofi Annan ante la Asamblea General de las Naciones Unidas al proclamar el año 2003 Año Internacional del Agua Dulce.

¹⁸⁴ Muy a menudo, los pueblos indígenas no se consideran a sí mismos como pobres, en realidad a muchos les desagrada ser catalogados como tales a causa de su connotación negativa y discriminatoria. Por el contrario, ellos consideran que tienen recursos, conocimientos únicos y pericias, y que sus culturas tienen valores especiales y fortaleza. Pero se sienten frecuentemente “empobrecidos” como resultado de procesos que están fuera de su control y que, a veces, son irreversibles. Estos procesos los han despojado de sus tierras tradicionales, han restringido o prohibido su acceso a los recursos naturales, han resultado en el quebrantamiento de sus comunidades y la degradación de su medio ambiente, amenazando así su supervivencia física y cultural. En vez de afirmar simplemente que los pueblos indígenas son pobres, parecería más apropiado hablar sobre procesos de empobrecimiento. Ver el artículo “Pobreza en el contexto indígena” en la editorial de la revista *Asuntos Indígenas*, 1/2003. <http://www.iwgia.org/sw4145.asp>.

¹⁸⁵ Rodrigo Valenzuela Fernández. *Inequidad, ciudadanía y pueblos indígenas en Bolivia*. CEPAL, Marzo 2004. LC/L.2089-P/E.



de los pueblos indígenas guarda una relación estrecha con el reconocimiento y disfrute de un cuerpo de derechos específicos como pueblo. El Foro Permanente sobre Cuestiones Indígenas de la ONU se reunió en mayo del 2005 para tener una discusión sobre “combate a la pobreza, buenas prácticas y barreras para la implementación” con representantes de los organismos de las Naciones Unidas y líderes de organizaciones indígenas. Se constató que los indígenas no participaban en las estrategias de reducción de la pobreza. Las cuestiones indígenas no aparecen por lo común en las políticas de desarrollo, porque los gobiernos no establecen una relación entre etnicidad y pobreza. Los indicadores para medir la pobreza indígena tenían la mitad de los datos, al ser comparados con otros. La información estaba dispersa y no era específica porque los pueblos indígenas no habían podido participar en su propia recolección de datos. Se propuso el diseño de un sistema de indicadores para medir la pobreza indígena.

En un estudio exploratorio sobre “Indicadores de Pobreza Indígena”, elaborado por J. Renshaw y N. Wray¹⁸⁶, se ofrece un marco tentativo para el desarrollo de nuevos indicadores. Definen seis campos temáticos para caracterizar la situación indígena. Es un marco de referencia para el desarrollo de nuevos indicadores cualitativos.

¹⁸⁶J. Renshaw y N. Wray. *Indicadores de pobreza indígena*. BID, 2004.



Indicadores de Pobreza Indígena

- 1. Tierras, territorios y recursos naturales.** El control sobre las tierras y los territorios es uno de los factores más críticos para los pueblos indígenas. La identidad indígena está íntimamente ligada a la tierra: no se concibe a la tierra simplemente como un recurso o factor de producción. La relación del hombre con la tierra está concebida en términos de reciprocidad, armonía y respeto mutuo. La tierra y los recursos naturales proveen la base de la economía y son una condición necesaria pero no siempre suficiente, para asegurar el bienestar de los indígenas.
- 2. Salud, nutrición y saneamiento ambiental.** El campo temático cubre la salud y los factores socio ambientales. La carencia de salud y alimentación son indicadores inequívocos de pobreza. Sin embargo, se requieren técnicas adecuadas para levantar este tipo de información.
- 3. La economía indígena.** El campo temático de la economía abarca las actividades productivas y el trabajo asalariado. Es importante señalar que los indígenas, como la mayoría de los pobres, dan más importancia a los recursos productivos, principalmente la tierra y los recursos naturales, que a los niveles de producción o los ingresos en sí. En general, su objetivo es asegurar un cierto nivel de seguridad en la provisión de alimentos y otras necesidades más que maximizar los niveles de ingresos o de producción. Sin embargo, donde los indígenas no tienen acceso a recursos productivos, el nivel de ingresos viene a ser el factor principal que determina su nivel de bienestar o pobreza.
- 4. Vivienda y bienes de consumo.** Los campos temáticos cubren las condiciones de la vivienda, como agua, luz y combustible para cocinar, y los bienes de consumo.
- 5. Educación, identidad y cultura.** La educación es clave para la superación de las desigualdades sociales. Para los pueblos indígenas, la educación tiene gran importancia para la consolidación de su identidad y el fortalecimiento de su cultura. La identidad, historia, cultura e idioma, crean lazos entre los individuos como pueblo y los proyectan juntos hacia el futuro. También proporciona la fortaleza para resistir las desigualdades e injusticias impuestas por las sociedades nacionales en las cuales viven. Existe un amplio acuerdo entre los pueblos indígenas: que la pérdida de la identidad cultural y lingüística es el principal obstáculo para la supervivencia como pueblos. La defensa de su cultura e idioma, frecuentemente, viene en segundo lugar en la lista de temas prioritarios, después de la tierra y el territorio.
- 6. Autonomía, justicia y participación política.** Este campo abarca tres aspectos diferentes pero íntimamente relacionados. La autonomía, que tiene que ver con las formas de autogobierno de los pueblos; el acceso a la justicia, relacionado con el reconocimiento del derecho consuetudinario o derecho indígena; y la participación política entendida en dos dimensiones como colectividades en las decisiones que los afectan de manera directa y la libre participación en espacios políticos locales y nacionales.



En esta unidad se analiza el proceso de cómo el derecho humano al agua se ha venido configurando especialmente en el marco del sistema de las Naciones Unidas, ubicando en ella su significado en términos de los derechos de los pueblos indígenas.

El desarrollo de contenidos incluye una exploración breve sobre el tratamiento del tema del agua en los instrumentos internacionales del Sistema de Naciones Unidas y el Sistema Interamericano, así como su tratamiento de los grandes foros internacionales. El desarrollo medular no obstante será a partir de la Observación General N° 15 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, que es el espacio donde se formula el derecho humano al agua con mayor claridad. Al final se pone a consideración una propuesta que se impulsa desde la sociedad civil para la elaboración de una Convención sobre del derecho al agua.

Los datos de una realidad dura¹⁸⁷

- 1,100 millones de personas no tienen acceso adecuado al agua potable.
- 2,600 millones de personas de los países más pobres del mundo carecen de instalaciones de saneamiento básicas.
- En el 2002, las enfermedades diarreicas y el paludismo mataron a unos 3,1 millones de personas.
- La ONU calcula que cada año se podría salvar la vida de 1,6 millones de personas si se les ofreciera la posibilidad de acceder a agua potable e instalaciones higiénicas.
- La diferencia de consumo entre los países del primer mundo y el resto es abismal, unas 20 veces más que la otra como media, pero un ciudadano de EE.UU. utiliza 600 litros diarios promedio, mientras que en África no alcanza a 10 litros.
- En el 2005 la escasez de agua causó diez veces más muertos que todas las guerras juntas del planeta en el mismo período.
- Se ha establecido que los gobiernos deberán destinar 14 dólares de su ingreso en medidas de salud por cada dólar que dejan de invertir en proporcionar agua potable a sus habitantes.
- El 20% de las especies del planeta se han extinguido o se encuentran en peligro de extinción debido a la falta de agua o a la presencia de agua contaminada.
- La calidad del agua ha disminuido en varias regiones del mundo en los últimos años, lo que hace que se deterioren los ecosistemas y las especies vegetales y animales de agua dulce, además de las consecuencias para la población; como ejemplo el lago Chad, en África, cuyo volumen de aguas ha disminuido el 90 por ciento desde 1960 a causa del pastoreo excesivo, la deforestación y la realización de vastos proyectos de regadío incompatibles con el medio ambiente.
- Más de 100 países comparten ríos y cuencas hidrológicas, en su mayoría carecen de reglas y acuerdos para el buen manejo, preservación y distribución del agua.

¹⁸⁷Luis Tuninetti en “El futuro del agua depende de todos”. Eco Portal.net, 26 de abril 2006. <http://www.ecoport.net/content/view/full/58468>.



2.1 Largo camino para su configuración como derecho humano

Los mayores aportes para la configuración del acceso al agua como un derecho humano se han dado en las documentos producidos en las conferencias, cumbres y foros mundiales, donde se hace referencia a la necesidad de asegurar para todos el acceso al agua potable salubre. Los esfuerzos por avanzar hacia la formulación del derecho al agua se derivaron primariamente de la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, en el enunciado que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda...”¹⁸⁸. Este enunciado se interpretó en el sentido de que el agua potable salubre es un derecho a un nivel de vida adecuado.

En el año 1977 en Mar de Plata, Argentina, la primera conferencia del agua establece que “toda persona tiene el mismo derecho al agua potable suficiente en cantidad y calidad para satisfacer sus necesidades”. Más adelante, las grandes conferencias de los años 90 lo retoman especialmente en sus planes de acción. La Cumbre de Río de 1992 identificó 5 problemas globales a largo plazo, ya que de esta solución depende el futuro de la tierra y de la humanidad: 1) El cambio de clima; 2) la disminución de la biodiversidad; 3) la pérdida de la tierra fértil; 4) la contaminación y la disminución de las reservas en agua dulce, y 5) la deforestación. Las demás cumbres tendieron a reafirmar esta visión (El Cairo, Copenhague, Beijing, Roma). Se le atribuye al agua el papel de ser un recurso fundamental para la superación del hambre y de la pobreza; la falta del agua se considera como uno de los obstáculos más grandes para el desarrollo¹⁸⁹.

La subcomisión de Prevención de Discriminación y Protección a las Minorías de la Comisión de Derechos Humanos de la ONU encargó en agosto de 1997 la elaboración de un documento de trabajo sobre la cuestión de la promoción del ejercicio del derecho de todos a disponer de agua potable y servicios de saneamiento. En 1998, la Comisión nombra un Relator Especial encargado de realizar un estudio sobre la relación entre el disfrute de los derechos económicos, sociales y culturales y la promoción del ejercicio del derecho a disponer de agua potable y servicios de saneamiento. En el año 2001, la Comisión pide al Relator Especial que “delimite de modo más exacto y completo posible el contenido del derecho a disponer de agua con respecto a los demás derechos humanos”. Esta petición le es renovada en agosto del 2002¹⁹⁰.

En el trazado de los Objetivos del Milenio en la Conferencia General Especial de la ONU del año 2000, el objetivo 7 (meta 10) se propone que para el año 2015, el número de personas sin acceso al agua potable salubre se tiene que reducir a la mitad. La Cumbre Mundial por un desarrollo sostenible (Río + 10) en 2002 en Johannesburgo, complementó este objetivo para reducir a la mitad, hasta el año 2015, el número de personas sin instalaciones sanitarias. En marzo del 2005, la ONU inició la Década “Agua para la vida” para cumplir los objetivos.

¹⁸⁸ Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobado por las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948; Artículo 25, párrafo 1. <http://www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm>.

¹⁸⁹ Rosemarie Bär. “El agua necesita la protección del derecho internacional”. Alliance Sud-Swiss Alliance of Development Organisations. <http://www.socialwatch.org/es/informesTematicos/86.html>.

¹⁹⁰ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Resolución de la Subcomisión de Derechos Humanos 2002/6. <http://www.unhchr.ch/Huridocda.nsf/Testframe>.



Bajo la coordinación de la UNESCO, en 2003 se elaboró el 1er. *Informe del Desarrollo del Agua del Mundo “Agua para la gente, agua para la vida”* en colaboración con todas las agencias de la ONU¹⁹¹, y en marzo del año 2006 se publicó el Segundo Informe Mundial de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo de los Recursos Hídricos en el Mundo, “El agua una responsabilidad compartida”. En ella se establece que “la crisis mundial de los recursos hídricos es en gran medida una crisis de los sistemas de administración y gobierno, que son los que determinan quién, cuándo y de qué manera obtiene qué agua, y deciden quién tiene derecho al acceso al agua y a los servicios conexos”¹⁹². Estos informes trienales pretenden establecer un sistema de monitoreo mundial del agua en base a una evaluación exhaustiva y holística del agua en el planeta, ya que involucra a 24 organismos especializados en colaboración con los gobiernos.

La sociedad civil en diversos espacios, especialmente las reuniones regionales y globales del Foro Social Mundial, se han pronunciado clara y reiteradamente por el reconocimiento del Agua como un Derecho Humano Universal.

En tanto, los cuatro Foros Mundiales del Agua (Marrakech, 1997; La Haya, 2000; Tokio, 2003 y México, 2006) convocados por el Consejo Mundial del Agua –con predominio de las empresas transnacionales y organismos financieros internacionales– se han convertido en los espacios más grandes de dilucidación y definición sobre el tema del agua. Se han negado a reconocer el derecho humano al agua en sus declaraciones finales. El derecho al agua, aceptado por la Comunidad de las Naciones en los decretos de la ONU, fue degradado en estos cuatro foros a una “necesidad de agua”, “el bien público” se transformó en “bien económico”, y cuyo suministro más vale dejar en manos de inversionistas privados.

El derecho humano de acceso al agua, en los instrumentos internacionales, sólo se menciona en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación de la mujer, CEDAW¹⁹³, como el derecho al abastecimiento de agua sin discriminación. La Convención sobre los Derechos del Niño¹⁹⁴, estipula el suministro de suficiente agua, como condición para la realización del derecho a la salud. El Convenio N° 169 de la OIT destaca el aporte de los indígenas a la armonía social y ecológica, y reconoce en el Art.15 sus derechos sobre los recursos naturales existentes en sus tierras. No hace mención expresa al derecho al agua, pero queda inferido.

La formulación más avanzada de un derecho al agua se deriva sobre todo de las normas obligatorias del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁹⁵ como

¹⁹¹ <http://www.unesco.org/water/wwap/wwdr/index.shtml>.

¹⁹² Citado por Luis Tuninetti en “El futuro del agua depende de todos”. Eco Portal.net, 26 de abril 2006. <http://www.ecoport.net/content/view/full/58468>.

¹⁹³ Artículo 14, párrafo 2, letra h, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas de 18 de diciembre de 1979, entrando en vigor el 3 de septiembre de 1981.

http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/1cedaw_sp.htm.

¹⁹⁴ Artículo 24, inciso 2, letra c, aprobada en 1998 por la Asamblea General de las Naciones Unidas, entrando en vigor el 2 de septiembre de 1990. http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/k2crc_sp.htm.

¹⁹⁵ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue aprobado por la Asamblea General de la ONU el 16 de diciembre de 1966, entrando en vigor el 3 de enero de 1976.



condición para la realización del derecho a la vida, el derecho a la alimentación, el derecho a la salud y el derecho a la vivienda.

Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales

Artículo 11

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado para sí y su familia, incluso alimentación, vestido y vivienda adecuados, y a una mejora continua de las condiciones de existencia.

Artículo 12

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2.2 Relevancia de la Observación General N° 15¹⁹⁶ Derecho al agua

El derecho al agua ha sido claramente fundamentado en la Observación General N° 15 derecho al agua (según los párrafos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) emitido en el año 2002 por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En 1995 el Comité había emitido la Observación General N° 6 asociando el derecho al agua con el derecho al mas alto nivel posible de salud.

La vigilancia de la aplicación del Pacto está a cargo del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales¹⁹⁷. Sobre los informes que los Estados Partes presentan periódicamente, el Comité emite un documento con sus decisiones (incluyen sugerencias y recomendaciones) que se denomina “*Observaciones finales*”. Aunque éstas no son vinculantes, revelan la opinión del único órgano de expertos encargado de formular observaciones. Los Estados Partes que hicieran caso omiso de las observaciones, en la práctica estarían demostrando mala fe en el cumplimiento de sus obligaciones derivadas del Pacto.

El Comité está en la facultad de facilitar claridad interpretativa mediante las *Observaciones generales* sobre los derechos y las disposiciones del Pacto para asistir a los Estados Partes en el cumplimiento de sus obligaciones concernientes a la presentación de informes y contribuir a aclarar más la interpretación de la intención, el significado y el contenido del Pacto. Las observaciones generales son un medio decisivo para la generación de jurisprudencia, y

¹⁹⁶ Naciones Unidas, Consejo Económico y Social, Comisión de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación General N° 15, 2002 (E/C. 12/2002/11): El derecho al agua (según los párrafos 11 y 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

¹⁹⁷ El comité fue creado en 1985 y está integrado por 18 expertos en derechos humanos que son miembros independientes, no representan a los Estados.



ofrecen a los miembros del Comité un método para llegar a un acuerdo consensuado sobre la interpretación de las normas incorporadas en el Pacto¹⁹⁸.

La *Observación General N° 15* inicia con la constatación de la denegación generalizada del derecho al agua. El avance cualitativo se da por la enunciación del derecho al agua como un derecho autónomo: “El derecho humano al agua es el derecho de todos a disponer de agua suficiente, salubre, aceptable, accesible y asequible para es uso personal y doméstico” (numeral 2).

El numeral 43 lo formula como “derecho universal al agua”.

Contenido normativo del Derecho al Agua

El numeral 12 del Comentario General sobre el Derecho al Agua enuncia sus componentes claves.

¹⁹⁸ Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Folleto informativo No. 16 (Rev. 1), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. http://193.194.138.190/spanish/html/menu6/2/fs16_sp.htm.



Contenido normativo del Derecho al Agua (numeral 12)

a) **La disponibilidad.** El abastecimiento de agua de cada persona debe ser continuo y suficiente para los usos personales y domésticos. Esos usos comprenden normalmente el consumo, el saneamiento, la colada, la preparación de alimentos y la higiene personal y doméstica. La cantidad de agua disponible para cada persona debería corresponder a las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS). También es posible que algunos individuos y grupos necesiten recursos de agua adicionales en razón de la salud, el clima y las condiciones de trabajo.

b) **La calidad.** El agua necesaria para cada uso personal o doméstico debe ser salubre, y por lo tanto, no ha de contener microorganismos o sustancias químicas o radiactivas que puedan constituir una amenaza para la salud de las personas. Además, el agua debería tener un color, un olor y un sabor aceptables para cada uso personal o doméstico.

c) **La accesibilidad.** El agua y las instalaciones y servicios de agua deben ser accesibles para todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado Parte. La accesibilidad presenta cuatro dimensiones superpuestas:

Accesibilidad física. El agua y las instalaciones y servicios de agua deben estar al alcance físico de todos los sectores de la población. Debe poderse acceder a un suministro de agua suficiente, salubre y aceptable en cada hogar, institución educativa o lugar de trabajo o en sus cercanías inmediatas. Todos los servicios e instalaciones de agua deben ser de calidad suficiente y culturalmente adecuados, y deben tener en cuenta las necesidades relativas al género, el ciclo vital y la intimidad. La seguridad física no debe verse amenazada durante el acceso a los servicios e instalaciones de agua.

Accesibilidad económica. El agua y los servicios e instalaciones de agua deben estar al alcance de todos. Los costos y cargos directos e indirectos asociados con el abastecimiento de agua deben ser asequibles y no deben comprometer ni poner en peligro el ejercicio de otros derechos reconocidos en el Pacto.

No discriminación. El agua y los servicios e instalaciones de agua deben ser accesibles a todos de hecho y de derecho, incluso a los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna por cualquiera de los motivos prohibidos.

Acceso a la información. La accesibilidad comprende el derecho de solicitar, recibir y difundir información sobre las cuestiones del agua.

El numeral 37 retoma estos componentes claves del derecho al agua y le da prioridad de obligaciones básicas de los Estados Parte, que tiene efecto inmediato, incluyendo el establecimiento de indicadores y niveles de referencia que permitan dar seguimiento a los progresos de las estrategias y planes de acción para garantizar el cumplimiento de los citados derechos. Por ejemplo, para que el agua sea asequible, el Comité indicó que los Estados Partes deben “adoptar las medidas necesarias, entre las que podrían figurar: (a) la utilización de un



conjunto de técnicas y tecnologías económicas apropiadas; (b) políticas adecuadas en materia de precios, como el suministro de agua a título gratuito o a bajo costo; y (c) suplementos de ingresos” (numeral 27).

La Observación General hace notar que el derecho al agua corresponde tanto a la generación actual como a las generaciones futuras. Estipula que hay que considerar el agua como un bien social y cultural (numeral 11) y no en primer lugar como un bien económico. “Los acuerdos de la liberalización del comercio no deben restringir ni menoscabar la capacidad de un país de garantizar el pleno ejercicio del derecho al agua” (numeral 35). Se opone claramente a una mercantilización que degrade el agua a un bien comercial común. Se postula la prioridad de la legislación internacional de Derechos Humanos antes de las obligaciones estatales resultantes de los contratos internacionales económicos, tiene una significación inmensa. Es decir que el derecho humano prevalece sobre el derecho comercial.

El Comité admitió, que sus observaciones para imponer el derecho al agua no es suficiente, ya que “los Estados Partes deberán velar por que en los acuerdos internacionales se preste la debida atención al derecho al agua y, con tal fin, deberán considerar la posibilidad de elaborar nuevos instrumentos jurídicos” (numeral 35). Los estados tienen ciertas obligaciones básicas, que entran en vigor con el derecho al agua. Se refieren a la obligación a respetar, a proteger y a satisfacer un derecho humano (numeral 20). Pero también la Observación General en sus numerales 39 al 44 define lo que constituyen las violaciones al derecho al agua, que están relacionadas con las responsabilidades de los Estados:



Violaciones al derecho al agua (numeral 44)

- a) Las violaciones de la obligación de respetar se desprenden de la interferencia del Estado Parte con el derecho al agua. Estas violaciones incluyen, entre otras cosas: i) la interrupción o desconexión arbitraria o injustificada de los servicios o instalaciones de agua; ii) los aumentos desproporcionados o discriminatorios del precio del agua; y iii) la contaminación y disminución de los recursos de agua en detrimento de la salud del ser humano.
- b) Las violaciones de la obligación de proteger dimanán del hecho de que un Estado no adopta todas las medidas necesarias para proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho al agua por terceros. Estas violaciones incluyen, entre otras cosas: i) no promulgar o hacer cumplir leyes que tengan por objeto evitar la contaminación y la extracción no equitativa del agua; ii) no regular y controlar eficazmente los servicios de suministro de agua; iii) no proteger los sistemas de distribución de agua (por ejemplo, las redes de canalización y los pozos) de la injerencia indebida, el daño y la destrucción;
- c) Las violaciones de la obligación de cumplir se producen cuando los Estados Parte no adoptan todas las medidas necesarias para garantizar el disfrute del derecho al agua. Los siguientes son algunos ejemplos: i) no adoptar o ejecutar una política nacional sobre el agua encaminada a garantizar a todos el derecho al agua; ii) asignar fondos insuficientes o asignarlos en forma incorrecta, con el resultado de menoscabar el disfrute del derecho al agua por personas o grupos, especialmente los vulnerables o marginados; iii) no vigilar el grado de realización del derecho al agua a nivel nacional, por ejemplo estableciendo indicadores y niveles de referencia; iv) no adoptar medidas contra la distribución no equitativa de las instalaciones y los servicios de agua; v) no establecer mecanismos de socorro de emergencia; vi) no lograr que todos disfruten del derecho al agua en el nivel mínimo indispensable; vii) el hecho de que un Estado no tenga en cuenta sus obligaciones jurídicas internacionales con respecto al derecho al agua al concertar acuerdos con otros Estados o con organizaciones internacionales.

El Comité también definió el derecho que asiste a las víctimas de la violación del derecho al agua: “Toda persona o grupo que haya sido víctima de una violación del derecho al agua deberá contar con recursos judiciales o de otro tipo efectivos tanto en el plano nacional como en el internacional (...) así como tener derecho a una reparación adecuada y garantías de que no se repetirán los hechos” (numeral 55).

2.3 La Observación General N° 15 y los pueblos indígenas

Todas las estipulaciones constituyentes del derecho al agua señaladas por el Comité, también incluyen a los pueblos indígenas en tanto personas, seres humanos. No obstante, el Comité hizo algunas anotaciones específicas sobre el derecho al agua que les asiste a los pueblos indígenas: Los derechos locales y tradicionales al agua y a la cultura de las personas, la gran importancia de la cultura del agua en los pueblos indígenas, tanto como los derechos de acudir a las fuentes acuíferas tradicionales de los nómadas. Los numerales siguientes hacen referencia al derecho al agua de los pueblos indígenas:



“No podrá privarse a un pueblo de sus propios medios de subsistencia, los Estados Parte deberían garantizar un acceso suficiente al agua para la agricultura de subsistencia y para asegurar la de subsistencia de los pueblos indígenas” (numeral 7).

Los pueblos indígenas, como parte de los sectores marginados y vulnerables, están contemplados en el numeral 11 c, “el agua y los servicios e instalaciones de agua deben ser accesibles a todos de hecho y derecho, incluso los sectores más vulnerables y marginados de la población, sin discriminación alguna”.

En el numeral 16 d, señala que los Estados Parte deben adoptar medidas para que “el acceso de los pueblos indígenas a los recursos del agua en sus tierras ancestrales sea protegido de toda trasgresión y contaminación ilícitas. Los Estados deben facilitar recursos para que los pueblos indígenas planifiquen, ejerzan y controle su acceso al agua”. Las medidas tienen alcance a las comunidades “nómadas y errantes” para que tengan acceso al agua potable en sus lugares de acampada tradicional y designados.

En el numeral 21 exige que los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el ejercicio del derecho al agua, a no “inmiscuirse arbitrariamente en los sistemas consuetudinarios o tradicionales de distribución del agua”.

2.4 El agua en el Sistema Interamericano de Derechos Humanos

El derecho al agua está reconocido implícitamente en el Protocolo de San Salvador adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El Protocolo reconoce el derecho a la salud, medio ambiente sano, alimentación y acceso a los servicios públicos básicos¹⁹⁹. Aunque no existe un documento equivalente a la Observación General N° 15, éste ha sido referido en varios documentos oficiales²⁰⁰.

Es importante destacar que tanto la Comisión Interamericana como la Corte Interamericana de Derechos Humanos han logrado defender a grupos afectados por la degradación ambiental y además proteger el medio que rodea a estas comunidades. Si bien no hay un caso explícito sobre el derecho al agua, los casos sobre violación de los derechos de propiedad de tierras indígenas y el disfrute de los recursos naturales contienen el agua (Comunidad de Awas Tigni versus Nicaragua). La Comisión al admitir el caso subraya que el control de la tierra se relaciona tanto con su capacidad para obtener los recursos que sustentan la vida, como para el espacio geográfico necesario para la reproducción cultural y social del grupo. La Corte dictó sentencia en agosto del 2001 y ordenó al Estado delimitar las tierras de Awas Tigni y a reconocer el derecho de la comunidad al uso y goce de sus tierras y recursos.

En octubre del 2002, la Comisión de Asuntos Jurídicos y Políticos del Consejo Permanente de la OEA llamó la atención sobre la alteración del medio ambiente y su consecuencia sobre la calidad del agua “en la historia de la humanidad no hay precedentes de la celeridad con que se

¹⁹⁹ Art. 10, 11 y 12 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos “Protocolo de San Salvador”. Suscrito por la Asamblea General de la OEA, San Salvador 17 de noviembre de 1988. <http://www.oas.org/juridico/spanish/tratados/a-52.html>.

²⁰⁰ Informe del Secretario General de la OEA en cumplimiento de la resolución AG/RES. 1896 (XXXII-O/02) “Derechos humanos y medio ambiente”. OEA/Ser. G CP/CAJP-2042/03.



está alterando el medio ambiente, del alcance de esa alteración y de las consecuencias de esos cambios para la diversidad biológica, la calidad del agua y de otros recursos”²⁰¹.

La Comisión Interamericana de Derechos Humanos en los capítulos sobre derechos de los pueblos indígenas en informes de país e informes anuales, da cuenta de la situación del medio ambiente. En el informe sobre Paraguay (2001), la Comisión incluye en sus recomendaciones al Estado “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”²⁰².

El Centro de Derechos Humanos y Medio Ambiente (CEDHA) presentó un reclamo internacional en septiembre del 2005 ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos sobre el caso del molino de papel uruguayo. Ya que supone la violación a los derechos sociales y del medio ambiente de actores locales: el derecho a la participación, acceso a la información, derecho al desarrollo, derecho a la salud, derecho a un medio ambiente sano y derecho al agua, tanto como violaciones del tratado de ley bilateral entre Argentina y Uruguay. Esta sería la primera vez que un proyecto financiado por el Banco Mundial es llevado ante un tribunal internacional y tiene vinculación con el derecho al agua²⁰³.

El numeral 5 del preámbulo del Proyecto²⁰⁴ de Declaración Americana de Derechos de los Pueblos Indígenas reconoce que “para muchas culturas indígenas sus formas tradicionales colectivas de control y uso de tierras, territorios, recursos, aguas y zonas costeras son condición necesaria para su supervivencia”. En adelante la mención al derecho al agua aparece subsumido en la protección y capacidad para usar, administrar, conservar los recursos naturales y el medio ambiente en sus tierras (Art. 18 inciso 4 y Art. 13 inciso 3).

Otro espacio de potencial desarrollo propositivo sobre el derecho al agua pudieron ser las cumbres presidenciales, pero se han limitado a reconocer la importancia del agua, de los peligros de la contaminación y de la superación, mediante la gestión de planes integrados. El Plan de Acción de la Primera Cumbre de las Américas de Miami (1994) propuso una alianza para la prevención de la contaminación, el mejoramiento de la calidad del agua y del aire, acceso al agua potable sana. La Cumbre de Santa Cruz de la Sierra (1996) sobre Desarrollo Sostenible incluyó un eje temático sobre recursos hídricos y zonas costeras donde fueron analizados los temas de: agua potable, manejo integrado de recursos hídricos, agua transfronteriza y la contaminación y la degradación causadas por actividades petrolíferas y por la liberación en el ambiente de aguas residuales urbanas y desechos industriales. Las cumbres sucesivas se limitaron a recordar los compromisos de adquiridos en Santa Cruz de la Sierra.

²⁰¹ *Ibíd.* Informe del Secretario General OEA/Ser. G CP/CAJP-2042/03.

²⁰² Informe de seguimiento sobre el cumplimiento por el Estado de Paraguay de las recomendaciones efectuadas por la CIDH en el Tercer Informe sobre la Situación de los Derechos Humanos en Paraguay (2001) Capítulo VII <http://www.cidh.org/Indigenas/Paraguayseguimiento2002.htm>.

²⁰³ Jorge Daniel Taillant. *Utilización de Tribunales de Derechos Humanos para forzar al Banco Mundial a cumplir: El molino de papel uruguayo*. Bretton Woods Projects. 16th February 2006.

²⁰⁴ Aprobado por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos el 26 de febrero de 1997, durante su 95° Período Ordinario de Sesiones.



2.5 ¿Una convención internacional del agua?²⁰⁵

Un grupo de organismos de cooperación suizos²⁰⁶ vienen promoviendo la elaboración de una convención internacional obligatoria a nivel del Derecho Humanitario Internacional para la protección del agua, donde se comprometería el fomento de una política del agua sostenible, basándose en el derecho humano al uso del agua, que reconoce el agua como bien comunitario de la humanidad, que protege el bien fundamental y que establezca justicia en su distribución para las futuras generaciones. Un convenio obligatorio a nivel del Derecho Internacional Humanitario con los mecanismos de información y control pertinentes, le daría a la población de los diferentes países un “medio de presión” sobre sus propios Estados. La piedra angular de este convenio sería la Observación General N° 15 que contiene los elementos que sustenten la necesidad de una Convención específica sobre el agua.

Sería necesario tener una convención del agua para:

- Fijar de manera obligatoria un derecho al agua para todas las personas.
- Garantizar el derecho al agua a las generaciones venideras.
- Proteger el agua como bien público de la humanidad.
- Para declarar la garantía del derecho al agua como una tarea estatal y para darles la responsabilidad a los estados nacionales y su administración de respetar, proteger y realizar el derecho al agua.
- Impedir que se privatice el agua y se la degrade en bien comerciable.
- Proporcionarle al derecho humano al agua, una posición prepotente ante el derecho comercial internacional (por ejemplo OMC).
- Proteger las fuentes de agua, el agua subterránea, los ríos y los lagos de manera integrada con el derecho internacional de los pueblos
- Garantizar los derechos de las mujeres en cuanto al agua como derechos humanos.
- Proteger los derechos al agua locales y nacionales de los pueblos indígenas a través del derecho internacional.
- Cimentar, en el derecho nacional, la cultura del agua tradicional y los derechos locales al agua (p. ej. nómadas).
- Asegurar que la población pueda contribuir a la decisión y cogestionar de manera democrática en la elaboración de las estrategias nacionales y locales.
- Proporcionarles a todas las personas a nivel internacional y nacional los medios jurídicos para poder reclamar el derecho al agua.

²⁰⁵Ros Marie Bär. “El agua requiere la protección del Derecho Humanitario Internacional: Argumentos para una convención internacional del agua”. AllianceSud. Bern, marzo 2004. www.alliancesud.ch.

²⁰⁶Alliance Sud/Coalición Suiza de Agencias de Desarrollo Swissaid, Acción Cuaresmal, Pan para Todos, Helvetas, Caritas y Heks/EPER.



Unidad tres

Marco normativo e institucional para la gestión del agua

En esta unidad se analiza cuáles son los elementos legislativos e institucionales que se dan en el contexto latinoamericano para una gestión del agua especialmente enfocado en los pueblos indígenas.

Para el abordaje de esta unidad se proponen tres segmentos temáticos: 1.- Los derechos de agua en los sistemas consuetudinarios indígenas, pensando en un acercamiento al derecho de gestión del agua según los usos y costumbres indígenas. 2.- La legislación de los Estados latinoamericanos en materia de agua y su relación con los pueblos indígenas. Se hace un repaso por los estipulados en la normativa constitucional, legal (leyes y decretos) y jurisprudencia, identificando algunos nudos para el reconocimiento del derecho de agua y la gestión indígena. 3.- Política y gestión del agua. Se analiza la problemática de gestión a nivel global de América Latina y sus implicaciones para una gestión intercultural del agua.

3.1 Derechos de agua en los sistemas consuetudinarios²⁰⁷ indígenas

¿Qué es derecho consuetudinario?

Es el conjunto de normas y procedimientos, basados en los usos y costumbres, pero no limitados a ellos, que los pueblos indígenas usan para regular sus asuntos internos, como sistema de control social. No se limita a las regulaciones sobre asuntos contenciosos (solución de conflictos, aplicación de penas por violación de las reglas), sino que incluye regulaciones relativas al manejo territorial (uso y acceso), espiritual y a asuntos de carácter civil y de regulación de las autoridades, en muchos casos difíciles de separar del conjunto de las prácticas culturales cotidianas de estos grupos. Estos derechos por lo general corresponden a tradiciones ancestrales anteriores a los ordenamientos jurídicos nacionales, que se encuentran con diferentes grados de afectación, cambio y vigencia en los pueblos indígenas. Todo derecho consuetudinario tiene tres elementos básicos:

- 1) Normas, costumbres y procedimientos propios;
- 2) Autoridades naturales de comunidades; y
- 3) Función de administración y aplicación de normas propias.

La mayoría de los Estados han reconocido en sus constituciones el carácter pluriétnico y multicultural de sus sociedades, así mismo los derechos básicos de los pueblos indígenas están tomados en cuenta en las legislaciones nacionales. Uno de ellos es el derecho consuetudinario que constituye el marco de acción posible en asuntos de los derechos de agua. El Convenio 169

²⁰⁷ Para profundizar sugerimos leer el artículo de Diego Iturralde “Reclamo y reconocimiento del derecho indígena en América Latina: logros, límites y perspectivas” en *Revista IIDH* N° 41, Edición especial sobre derecho indígena. Instituto Interamericano de Derechos Humanos. San José, Enero-junio 2005. Puede acceder a la sección de publicaciones del IIDH: <http://www.iidh.ed.cr/>.



de la OIT, estableció que los pueblos indígenas tienen el “derecho de conservar sus costumbres e instituciones propias” (Art. 8:2) y con “los métodos a los que los pueblos interesados recurren tradicionalmente” (Art. 9:1).

En algunos países el reconocimiento del derecho consuetudinario está estipulado en la constitución política: Colombia (1991), Perú (1993), Bolivia (1994), Ecuador (1998), Venezuela (1999), Nicaragua (1993), entre otros. En 19 países de América Latina se tiene alguna forma de reconocimiento: a) como fuente de ley (Belice, Guyana y Surinam, El Salvador); b) como jurisdicción propia restringida a las contravenciones, a las regulaciones civiles y al manejo territorial y administrativo (Costa Rica, Panamá, Chile); c) como sistema jurídico especial, pero que en caso de controversias debe ser administrado por los jueces del sistema judicial nacional (México, Argentina, Guatemala, Honduras); y d) como sistema jurídico especial, autónomo y paralelo, de amplia cobertura civil, penal y administrativa (Colombia, Ecuador, Perú, Venezuela, Paraguay, Nicaragua, Bolivia y Brasil).

A pesar de ese reconocimiento, no existe el necesario conocimiento sobre el contenido de dichos derechos, ni la adecuación necesaria para la articulación de los marcos normativos, instituciones y programas nacionales. Su aplicación ha demostrado importantes ventajas comparativas en temas de gobernabilidad local, manejo de conflictos y ordenamiento territorial. Poco se ha estudiado su expresión en el acceso y gestión del derecho de agua.

Las políticas y propuestas legislativas de agua por lo común no tomaron en cuenta la presencia fuerte de los sistemas indígenas y consuetudinarios de gestión de agua. Los estudios y propuestas sobre derechos indígenas se han circunscrito básicamente en temas generales sobre derechos constitucionales, pluralidad étnica, derechos humanos y legislación indígena. Estos reclamos generales no han sido concretizados en propuestas sobre la gestión de los recursos hídricos.

Algunos estudiosos como Ingo Gentes²⁰⁸ y Rutgerd Boelens²⁰⁹ del proyecto WALIR se han dado a la tarea de estudiar sistemáticamente los derechos de agua y los modos consuetudinarios de gestión de los pueblos indígenas, comparándolos con los contenidos de la actual legislación nacional²¹⁰. Algunas de sus reflexiones preliminares nos serán de utilidad para esta lección.

Los estudios confirman el gran vacío sobre reconocimiento de las reglas y procedimientos culturales para el acceso y gestión del agua por parte de las leyes, los tribunales y las políticas de gestión de los recursos hídricos. Reglas y procedimientos suelen ser impuestos “desde arriba y desde afuera”. A pesar de los problemas que enfrentan, también los marcos normativos locales, los sistemas de uso y derecho y gestión del agua en las comunidades indígenas confirman la posibilidad de lograr una gestión sostenible y equitativa, incluso a veces más democrática, y más adecuada al contexto histórico y agroecológico local.

²⁰⁸ Ingo Gentes. “Elementos e interrogantes para combinar una gestión integral de recursos hídricos con los derechos de agua de los indígena-campesinos de A.L.”. *Boletín Archivo Histórico del Agua*. Año 8, 2003. Nueva época. Comisión Nacional del Agua y CIESAS. México.

²⁰⁹ Rutgerd Boelens, “Derechos de agua, gestión indígena y legislación nacional. La lucha indígena por el agua y las políticas culturales de participación”. *Boletín Archivo Histórico del Agua*. Año 8, 2003 Nueva época. Comisión Nacional del Agua y CIESAS. México.

²¹⁰ El proyecto “Ley de aguas y derechos indígenas”, WALIR (Water Law and Indigenous Rights) se ejecuta por un convenio entre el Departamento de Riego y gestión de Agua de la Universidad de Wageningen de Holanda y la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL.



¿Qué es el derecho consuetudinario al agua?

Ingo Gentes señala la aparente dificultad de definir o codificar un derecho consuetudinario local al agua. No obstante, a partir de estudios en países andinos²¹¹ establece al menos cuadro elementos conceptuales en torno de dichos derechos:

i. Los derechos al agua son expresiones de relaciones sociales, que definen quienes pueden o no utilizar el agua. De ahí que los derechos al agua tienden a ser dinámicos y en gran parte flexibles, y están íntimamente relacionados con los grupos sociales de los que emergen. Tanto la diversidad simétrica como la asimétrica es la causa para que existan diferentes formas de manejo al agua.

ii. Los derechos al agua consisten en un conjunto de derechos, entre los cuales destaca el derecho al uso y acceso directo de los canales y otras fuentes, pero en la que igualmente tiene importancia el derecho a participar en la toma de decisiones sobre la gestión, la admisión de nuevos usuarios y la enajenación a terceros. Es la participación en las tareas múltiples de manutención, cargos y fiestas rituales en torno a la renovación cíclica y comunitaria las que definen un derecho al uso del agua.

iii. Hay obligaciones que se deben cumplir para mantener el derecho al agua. Existe una estrecha relación entre la gestión de agua y las demás funciones sociales que se cumplen en las comunidades y a la vez, es una expresión de la visión amplia de cooperación, gestión de recursos y formas de seguridad social propias y comunitarias. Los usuarios de un sistema de riego no sólo se encuentran y se interrelacionan como regantes sino también y, a veces primordialmente, como parientes, vecinos, copropietarios, comuneros o deudores, etc.

iv. Las diversas interrelaciones entre usuarios explican también la necesaria flexibilidad que se halla en la aplicación de obligaciones y sanciones vinculadas al respectivo incumplimiento de la “normativa legal local”. Aunque existe una lista de sanciones para infracciones de todo tipo, en la práctica parece ser igualmente común que su aplicación dependa de la situación, de la persona y la infracción misma, para darse o no.

Como bien dice Boelens²¹², “un derecho de agua, más que solo una relación de acceso y uso entre sujeto (usuario) y objeto (agua), es una relación social y de expresión de poder entre los seres humanos. Es una relación de inclusión y exclusión que involucra el control sobre la toma de decisiones”.

¿En qué consiste el derecho a la gestión indígena del agua?

En la definición de la gestión indígena del agua, Ingo Gentes identifica dos niveles: un nivel operativo (de usufructo de agua, uso de canales, fuentes) y un nivel de decisión colectiva (participación en decisiones de gestión: sus usos y conservación; sobre el acceso de los

²¹¹ Ingo Gentes. *Ibíd.* Págs. 21-24.

²¹² Rutgerd Boelens. “Derechos de agua, gestión indígena y legalización nacional: La lucha indígena por el agua y las políticas culturales de la participación”. WALIR. Universidad de Wageningen, UN/CEPAL.



usuarios, transacciones; y derecho y deber a sancionar y enajenar a usuarios que infrinjan las normas)²¹³.

Los sistemas de riego en las comunidades indígenas andinas son sistemas de “acción colectiva”, dado que una familia sola no puede construir ni mantener la infraestructura necesaria, o administrar el agua y defender y proteger su acceso frente a otros usuarios. Dentro de estos sistemas de riego, son los *ayllu* o clanes y las familias individuales –no necesariamente de carácter netamente colectivo– que mantienen el sistema agrícola productivo y suelen tener el derecho al uso de una parte de la fuente, y a participar en las tomas de decisiones colectivas.

Lo clave es que ese usufructo individual no es un derecho absoluto sino parte de un contexto de decisiones colectivas sobre la gestión del sistema de riego, lo que tiene influencia en lo que uno puede hacer con el agua a que tiene derecho. Solamente a partir de que otros grupos o comunidades colectivas reconocen este sistema normativo, podemos hablar de un derecho colectivo constituido. En suma, el derecho en la gestión indígena es un derecho individual o familiar en un contexto de decisiones colectivas. El cuadro siguiente ilustra los dos niveles.

Recuadro: Los derechos de agua en términos concretos

Cuando se habla de derechos de agua, suele referirse a una faja de derechos, que incluye:

Derechos operativos	Derecho de participar en la toma de decisiones colectivas
Derecho de uso de una parte del flujo de agua	Derecho de participar en la decisión sobre la gestión: Definir los detalles del reparto de agua, fechas de largadas, caudales, cargos en la organización, etc.
Derecho de uso de la infraestructura de conducción y distribución para conducir el agua hacia un terreno definido	Derecho de participar en la decisión sobre la inclusión/exclusión de miembros: Definir quiénes pueden y quiénes no pueden ser miembros del sistema
Derecho de ser elegido y ocupar cargos en la organización del sistema para ejecutar las decisiones con respecto al reparto del agua y la gestión del sistema	Derecho de participar en la decisión sobre el cambio o la ampliación del sistema hidráulico y la tecnología de riego
	Derecho de participar en la decisión sobre el enajenamiento de los derechos de uso del agua, de la fuente o de la infraestructura hidráulica

²¹³ Ingo Gentes, Op. Cit. Págs. 24 y 25.



3.2 Legislación de aguas y pueblos indígenas

Como vimos en la sección anterior, varios países incluyen en su legislación diversos niveles de reconocimiento, usos, costumbres y tradiciones de estos pueblos y uso de los recursos naturales en sus tierras o territorios. Algunos Estados nacionales en la región también han tenido conciencia de la necesidad y demanda de los pueblos indígenas de amparar y proteger sus derechos e iniciaron procesos de regularización de los derechos indígenas de agua, siguiendo la base del derecho vigente. Haremos un repaso sobre la normativa legal y constitucional de los países latinoamericanos que hacen referencia al agua y los pueblos indígenas específicamente. No incluiremos los enunciados generales que implican acceso y uso del agua como ciudadanos.

Nuestra ruta de observación de la legislación de aguas relacionados a pueblos indígenas puede ser vista desde el aspecto de la *cantidad de normativa* generada por los Estados (a nivel constitucional, legislación primaria, legislación secundaria y jurisprudencia), así como el reconocimiento de normas internacionales, y la *calidad* de éstas que tiene que ver con la amplitud o restricción de derechos incluidos en la normativa (derechos culturales, económicos, territoriales, ambientales, jurisdicción especial, derechos políticos y sociales).

El agua está incluida en el Convenio 169 como recursos naturales. En el Artículo 15:1 y el 15:2 en cuanto a participación en los beneficios y derecho a indemnización, los aspectos de derecho a consulta. El análisis cualitativo de la normativa nacional es importante porque define el carácter de la norma. En cuanto al agua se puede tener los siguientes indicadores: a) explotación y gestión en territorios indígenas; b) propiedad; c) derecho a beneficios; f) reconocimiento de usos y costumbres hídricas.

Países²¹⁴ en cuya normativa sobre aguas se estipulan algunos derechos de Pueblos indígenas:

a) Ninguna referencia: Argentina, Guatemala, Honduras, Paraguay, Belice, El Salvador, Guyana, Surinam y Uruguay²¹⁵. Los cuatro primeros países ratificaron el Convenio 169 de la OIT, y tiene rango constitucional. Pero no disponen de otra normativa interna que refiera al acceso de los pueblos indígenas al agua.

b) A nivel constitucional: Brasil (Arts. 49 y 241) prevé que en las tierras ocupadas tradicionalmente por los indígenas el “usufructo exclusivo de las riquezas del suelo, los ríos y lagos en ella existentes”. En México la constitución del Estado de Nayarit (Art. 7) reconoce “derechos individuales y colectivos de uso y aprovechamiento del agua”. En Venezuela la constitución del Estado de Amazonas (Art. 43), Estado Monagas (Art. 54) y Estado de Sucre

²¹⁴ Una de las iniciativas más completas y sistematizadas sobre información en materia de derechos indígenas es la Base de Datos sobre Legislación Indígena del Banco Interamericano de Desarrollo, BID, que ha recabado normas constitucionales, legales y de jurisprudencia de toda América Latina. Presentan un desglose de los derechos indígenas en 5 grandes categorías y 102 subtemas. Los textos legales en referencia a este segmento pueden ser consultados en: <http://www.iadb.org/sds/ind/ley/leyn/datamap.cfm>

²¹⁵ El caso de Uruguay requiere un análisis por aparte, hay un debate sobre la no existencia de indígenas en este país, pues tampoco hay legislación indígena. Recientemente surgieron organizaciones culturales que se aglutinan a partir de su “carácter de descendientes” de indígenas ya extintos, es decir reivindican su mestizaje. En Canadá los “metis” o mestizos, básicamente urbanos, lograron reconocimiento de derechos constitucionales a partir de su condición de descendientes de las primeras naciones, un orden de derechos diferentes a los reconocidos a las actuales primeras naciones de las reservas de Canadá.



(Art. 22) y así como la de Nicaragua (Art. 89), se reconocen el derecho al uso, goce y disfrute de sus tierras, bosques y aguas. La de Panamá (Art. 122), mandata “regular el uso de aguas” para los indígenas.

El rango de mayor aseguramiento de los derechos impulsados por pueblos indígenas es a nivel constitucional. Cabe destacar en los casos de México y Venezuela donde las constituciones federales no hacen referencia al tema, pero sí algunas constituciones de sus Estados. Ocurre lo mismo con otros derechos como es tierras y territorio²¹⁶.

Uruguay no aparece incluido aquí por las razones expuestas en nota de pie, pero cabe destacarse, que su constitución política se ha convertido en la más avanzada en el continente en materia de agua, por cuanto ha reconocido expresamente el agua como un “derecho humano fundamental”²¹⁷.

c) A nivel de legislación Primaria (leyes): Bolivia, Brasil, Chile, Ecuador, México, Perú, Venezuela, Colombia y Panamá. Las referencias al agua y los indígenas aparecen en las leyes agrarias, de Áreas Protegidas, medio ambiente, forestales o código de aguas. Veamos algunos casos:

Chile: La ley 19.253 reconoce sólo a aymaras y atacameños la salvaguarda de sus derechos ancestrales de aguas. Las aguas dentro de terrenos de la comunidad indígena se reconocen como propiedad comunitaria, sin perjuicio de los derechos inscritos de terceros. No se otorgarán nuevos derechos de aguas sobre fuentes que abastecen las aguas de las comunidades indígenas sin garantizar en forma previa el normal abastecimiento de aguas de las propiedades afectadas. Se establece un Fondo para Tierras y Aguas Indígenas para la constitución, regularización o compra de derechos de agua o financiar obras destinadas a obtener aguas.

Colombia: La Ley 72 de 1910 indica que “no podrán impedir que los naturales laven las arenas de los ríos, como lo acostumbraban de tiempo inmemorial”. La Ley 812 de 2003 faculta a las entidades territoriales indígenas y las empresas de servicios públicos, que dentro de sus competencias, podrán apoyar la creación de empresas regionales que permitan esfuerzos conjuntos para adelantar programas de agua potable y saneamiento básico en sus territorios y podrán contar con el co-financiamiento del Estado. La Ley 70/93 reconoce los derechos de usos de las comunidades indígenas y negras sobre aguas, playas y riberas resultantes de sus “prácticas tradicionales”.

Bolivia: La Ley del 11 de septiembre del 2000 (después de la “guerra del agua” de Cochabamba) reconoce los usos y costumbres para la prestación de servicios de agua potable y alcantarillado sanitario; la práctica comunitaria y social para el uso, aprovechamiento y gestión de recursos hídricos, basada en autoridades naturales, procedimientos y normas sociales convenidas que forman parte del pueblo indígena y originario, comunidades campesinas e indígenas y originarios y sindicatos campesinos. Además serán objeto de registro (colectivo, de

²¹⁶ Ver estudio comparativo sobre 16 países realizado por de Roque Roldán en “Models for recognizing indigenous land rights in Latin America”. Paper N° 99 Biodiversity Series, World Bank, October 2004.

²¹⁷ En virtud de un plebiscito constitucional realizado por los movimientos de la sociedad civil, el 31 de octubre del 2004 se hizo una reforma al Art.47 de la Constitución Política que define el agua como un “derecho humano fundamental” e incluye importantes disposiciones sobre sus alcances en políticas. Puede acceder al texto en: <http://www.condesan.org/agua/resumen/CarlosSantos-completo.pdf>.



manera gratuita y expedita) los servicios de agua potable y alcantarillado sanitario y se garantiza la seguridad jurídica de sus titulares y tendrá vigencia durante la vida útil del servicio.

d) A nivel de legislación secundaria (decretos): Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Panamá y Venezuela. Veamos algunos casos.

Brasil: El decreto 88.985/83 establece que los indígenas tienen derechos a las riquezas dentro de sus tierras. Pero también establece excepciones, facultando al Gobierno para la entrega de concesiones a empresas.

Colombia: El Decreto 2164/95 establece que “la constitución, ampliación y reestructuración de un resguardo no modifica el régimen vigente sobre aguas de dominio público.”

Nicaragua: El Decreto 3584 de Julio 9 del 2003, Reglamento a la Ley N° 28 estipula que “las Regiones Autónomas establecerán las regulaciones adecuadas para promover el racional, goce y disfrute de las aguas, bosques, tierras comunales y la defensa de su sistema ecológico, tomando en consideración los criterios de las comunidades” a “proteger las cuencas hidrográficas con el conveniente manejo de suelos y aguas, a fin de obtener su desarrollo integral y múltiple y los beneficios de la conservación y aprovechamiento de sus recursos naturales”.

Panamá: El Decreto N° 84 de abril de 1999 que adopta la Carta Orgánica de la Comarca Emberá-Wounaan reconoce que los recursos naturales son patrimonio colectivo de los Emberá-Wounaan. El Estado y la Comarca velarán por la conservación y utilización racional de los recursos naturales renovables, tales como la flora o cubierta forestal, los suelos, la fauna y las aguas.

e) Jurisprudencia (sentencias de tribunales): En general en materia de derechos de los pueblos indígenas hay jurisprudencia en Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Panamá, Nicaragua, Venezuela y Chile. En los litigios de tierras y recursos naturales se pueden encontrar referencias al agua. Un caso destacable es el referente al fallo de la Corte Suprema de Justicia de Chile sobre la demanda de la comunidad indígena atacameña de Toconce que habita el árido norte de Chile en contra de la empresa ESSAN, por violación del derecho aguas de dicha comunidad. Es un precedente a nivel de reclamos que muestran la justiciabilidad de este derecho, en un marco normativo donde el reconocimiento de los derechos indígenas ha tenido un avance limitado, incluyendo la no aprobación del Convenio N° 169 de la OIT.

Una base jurisprudencial²¹⁸ importante sobre protección de los derechos de agua y los recursos naturales ha sido generada por demandas de las primeras naciones de Canadá y los Estados Unidos, que combinan el uso judicial de los tratados firmados por sus naciones con el Estado federal y mecanismos de negociación política.

²¹⁸ Casos relevantes han sido estudiados por Russel Lawrence y Krisma Bastien de la Universidad de Lethbridge y publicada por la OIT bajo el título de “Negociaciones eficaces por parte de pueblos indígenas”, Suiza, 1998.



Caso de la comunidad indígena de Toconce: hechos y argumentos de los tribunales chilenos

*Kantuta Vallenar Rojas, Comisión Andina de Juristas*²¹⁹

El caso se inició debido a que el caudal del río que cruzaba el poblado donde habitaba la Comunidad Indígena Atacameña de Toconce fue desviado por la empresa abastecedora de agua ESSAN (actual Aguas de Antofagasta), para surtir agua a las ciudades costeras de la II Región. Esto produjo la disminución de agua en la comunidad indígena lo cual generó el éxodo de la mayoría de su población.

Ante esta situación, en el año 1995, la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena inició un proceso de regularización de derechos de aprovechamiento de aguas en representación de la Comunidad Indígena de Toconce. La entrega del agua debería estar a cargo de la empresa.

La sentencia de primera instancia del 8 de julio del 2002 concedió un derecho de aprovechamiento de aguas superficiales y corrientes, de uso consuntivo y de ejercicio permanente y continuo a favor de la comunidad indígena y constituyó una servidumbre a favor de la comunidad y en perjuicio de ESSAN para el traslado de las aguas desde su bocatoma.

En segunda instancia, la Corte de Apelaciones de Antofagasta, confirmó la sentencia anterior declarando que los derechos de aprovechamiento de aguas a favor de la comunidad debían ser regularizados y equivaldrían a 100 litros por segundo. En aplicación del artículo transitorio tercero de la Ley 19.253, se reconoce la propiedad ancestral a la comunidad indígena. En efecto, dicha norma señala que “la Corporación y la Dirección General de Aguas, establecerán un convenio para la protección, constitución y restablecimiento de los derechos de aguas de propiedad ancestral de las comunidades aimaras y atacameñas de conformidad al artículo 64 de esta ley”, el mismo que señala que “se deberá proteger especialmente las aguas de las comunidades aimaras y atacameñas. Serán consideradas bienes de propiedad y uso de la comunidad indígena establecida por esta ley, las aguas que se encuentren en los terrenos de la comunidad, tales como los ríos, canales, acequias y vertientes (...)”.

La Corte Suprema resolvió reconociendo la propiedad ancestral de las aguas a la Comunidad de Toconce y ordenó inscribir a su favor un total de 100 litros de agua por segundo. Al respecto, la Corte señaló que “es un hecho no discutido que la regularización que se pretende se fundamente en la circunstancia de ser la Comunidad de Toconce propietaria ancestral de los derechos de aprovechamiento que reclama en los términos del artículo tres transitorio de la ley 19.253”. Además consideró que “es imposible calificar como ilegal el uso de las aguas sin autorización, esto es, sin títulos concesionales, si esa utilización derivaba de prácticas consuetudinarias”.

²¹⁹ Parte del Artículo publicado en mayo del 2004 en la web de la Comisión Andina de Juristas. El artículo completo se puede acceder en: <http://www.cajpe.org.pe/Publicaciones02.htm>



Como vimos en el repaso, la mayoría de los países reconoce un cuerpo de derechos específicos a los pueblos indígenas, entre ellos el derecho al agua con diverso tipo de acercamiento dependiendo del contexto de cada país. La paradoja es que las tendencias mundiales del sistema político y económico dominante hace cada vez más vulnerable los pueblos indígenas pero también diversos tipos de resistencia, a veces acomodamientos. Ingo Gentes ha analizado estas tendencias de los derechos indígenas en la normativa latinoamericana e intenta responder a la interrogante de ¿cómo se explica entonces el desamparo y la desprotección de la gran mayoría de los pueblos indígenas cuando tratan de poner en práctica sus derechos? Propone cuatro respuestas a esta paradoja²²⁰:

Primero: la historia de la legislación del Estado hacia los grupos indígenas no tiene en cuenta las tradiciones ni la realidad indígena. Como consecuencia, los pueblos indígenas no encuentran en la práctica una debida protección legal en los instrumentos del Estado que actualmente, por ejemplo no reconoce la propiedad colectiva de una fuente, ni la propiedad comunitaria.

Segundo: la asimilación a o la integración en la sociedad nacional ha sido desde luego un importante criterio de la legislación de los Estados latinoamericanos respecto a los indígenas. Sin lugar a duda ha cambiado de apariencia la tendencia asimilacionista, pero en su lugar ha parecido una tendencia que trata de incorporar al indígena a la sociedad moderna y al mercado en particular vía el desarrollo. Clara es la aún marcante existencia de marcos normativos que regulan formas de propiedad y manejo de recursos contrarios a la tradición económica y culturales de los indígenas.

Tercero: aún siendo adecuada la legislación a menudo no se aplica. En todos los países de la región se encuentran actores de interés privado, los poderes de hecho, que con suficientes recursos e influencia se esfuerzan por aparentar el cumplimiento de la ley con formalismos de un “tecnicismo legal” pero vacíos de conocimientos de la realidad, incluso se cuenta con la debilidad política de las comunidades indígenas.

Cuarto: todavía existe un gran número de áreas que requiere legislación. En el ámbito del agua resaltan, la carencia de derecho indígena exclusivo o prioritario en las cuencas hidrográficas y la gestión de las aguas subterráneas en áreas de población indígena. El avance de los mercados de agua en el comercio internacional y la amenaza de la privatización de las empresas y entidades públicas ligadas a la gestión del agua, hace necesario establecer una estrecha relación con los pueblos indígenas. La contradicción es aún más confusa y disfuncional cuando dicho Estado vende sus concesiones de propiedad a terceros (empresas sanitarias, por ejemplo) en territorios “reconocidos y protegidos” por las leyes indígenas.

Quinto: es muy raro que los pueblos indígenas o sus movimientos puedan acceder de forma plana y libre a “la ley”. Los sistemas de información y educación en América Latina son absolutamente caducos y limitados, y carecen de transparencia, participación, investigación y reflexión. Un sistema así descrito no permite estar al tanto de los avances legislativos a favor o en contra de los pueblos indígenas, ni cuenta con personal calificado o fondos suficientes para recoger legislaciones (consuetudinarias), interpretarlas y aplicarlas a servicio de las comunidades indígenas.

²²⁰Ingo Gentes. “Derecho de Agua y Derecho Indígena: hacia un reconocimiento estructural de la gestión indígena del agua en las legislaciones nacionales de los Países Andinos”. WALIR. 2002



Un estudio de CEPAL sobre la evolución de las políticas hídricas en América Latina encontró que una gran parte de los actores involucrados —vinculados en forma directa o indirecta a la gestión integrada, múltiple, sectorial o subsectorial del agua y al manejo de las cuencas de captación— desconoce o no aplica o no cumple con la ley de aguas vigente en su país. Además hay múltiples leyes que se vinculan a la gestión del agua y cuencas que no se han articulado entre sí en materia de: ordenamiento territorial, manejo de cuencas, inversiones, planes de desarrollo, acción comunal. Esto estaría produciendo una débil institucionalidad para la gestión del agua²²¹.

3.3 Políticas y gestión del agua

La política de agua ha entrado en crisis

En el informe de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo de los Recursos Hídricos en el Mundo publicado en 2003, “Agua para todos-Agua para la vida” se destaca claramente, que la causa principal de la crisis global del agua reside en el hecho de que el agua está escaseando en muchas regiones del mundo de manera hasta ahora no imaginada por causa de la pasividad política.

La política del agua tiene muchas dimensiones, está estrechamente relacionada a la política agraria, de tierras y territorios, de medio ambiente, salud, la política económica, social y el enfoque de derechos. La política del agua es política de derechos humanos y de paz. La gestión del agua, de su distribución y de su utilización tuvo una influencia decisiva. Es imposible solucionarla simplemente con medios técnicos, más eficaces que aumenten su capacidad.

De manera contundente, el 2do informe de las Naciones Unidas sobre Desarrollo de los Recursos Hídricos del Mundo, publicado en marzo del 2006 concluye que “la insuficiencia de agua se debe, principalmente, a un abastecimiento ineficaz y no a un déficit del recurso”. Añade que dicha insuficiencia se debe, a menudo a “una mala gestión, a la corrupción, a la falta de instituciones adecuadas, a la inercia burocrática y a la falta de inversión, tanto en capacidades humanas como en infraestructuras físicas”²²². La crisis del agua radica, cada vez más, en el modo de regir el acceso y el control sobre los recursos hídricos y sus beneficios.

Respecto a las leyes, reglamentos y procedimientos relativos a los derechos, a la protección, la salud medioambiental, seguridad y salud laboral, prevención del crimen y protección ante la explotación y la discriminación, dice el informe que se hizo habitual que “sean insuficientes o no se apliquen”. La crisis de la política sobre aguas en América Latina queda evidenciada en el estudio de Dourojeanni y Jouraviev, como puede verse en el cuadro siguiente. Ese constituye el marco de acción o inacción para iniciativas innovadoras especialmente relativos a los pueblos indígenas.

²²¹ Alex Dourojeanni y Andrei Jouraviev. “Evolución de Políticas Hídricas en América Latina y el Caribe”. *Serie Recursos Naturales e infraestructura*, N° 51. CEPAL, Santiago de Chile, diciembre de 2002. Pág. 10.

²²² UNESCO. 2do Informe de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo de los Recursos Hídricos en el Mundo. “El agua, una responsabilidad compartida”. Resumen Ejecutivo. Cap. 15. Conclusiones y recomendaciones para pasar a la acción. Marzo 2006.



Diagnóstico de las políticas de gestión del agua en América Latina²²³

- Es notorio que establecer un adecuado sistema de gestión del agua no parezca ser un tema político prioritario en la agenda pública de una gran parte de los países de América Latina.
- Débil institucionalidad del Estado para la gestión del agua en varios países y una manifiesta desorientación con relación a que tipo de organización debería adoptarse en cada país.
- Confusiones de objetivos, definiciones, niveles de gestión, roles de actores (Estado, privados, indígenas, mercado, reguladores, ambientalistas) se reflejan en los interminables y poco conocidos debates y postergaciones constantes para actualizar las leyes de agua.
- Notable retraso en el abordaje de temas poco rentables políticamente, como el control de la contaminación, drenaje urbano, control de riesgos y la conservación de cauces y humedales.
- Muchos actores involucrados –directa o indirecta a la gestión integrada, múltiple, sectorial del agua y manejo de cuencas– desconocen o no aplican la ley de aguas vigente en su país.
- La débil institucionalidad para la gestión del agua se debe, entre otros, a cambios sucesivos y abruptos en la organización institucional y su personal.
- Confusión entre los roles del sector ambiental en materia de hacer cumplir leyes de protección de recursos hídricos y fuentes de captación para preservación, conservación y recuperación de recursos de ríos y cuencas; y el rol de gestión del agua con fines productivos o “industria del agua”, que no debe ser regulada ni promovida por el sector ambiental, pero sí fiscalizada.
- Contradicción entre la manifiesta voluntad y acciones ya tomadas para descentralizar las actividades públicas, desde el nivel central hacia los organismos regionales, y el escaso o nulo apoyo que reciben estos organismos locales para cumplir con dichas asignaciones.
- Olvido o desconocimiento de la mayoría de los gestores del agua, políticos y diplomacia sobre los acuerdos de conferencias internacionales sobre el agua. La mayoría de actores vinculados a la gestión, sobre todo local, no considera que tengan mayor efecto en la política de agua local.
- La participación de actores en redes (manejo de cuencas, organismos de cuencas y aguas, programas hidrológicos) carecen muchas veces de oficinas y personal fijo que haga estudios y divulgue material didáctico, definiciones y métodos que faciliten los trabajos de sus miembros.
- Muchos programas de asistencia se caracterizan por la alta calidad de trabajos, pero tienden a ser focalizados, dispersos en todo un país, y a veces ajenos a los intereses de los gobiernos nacionales o locales, respondiendo sólo al interés y tiempos de los donantes.
- En materia de grandes inversiones en obras hidráulicas con apoyo del Estado, hay un marcado desfase entre la fase de construcción y la carencia de preparación y organización para la operación, mantenimiento y reparación de dichas obras.
- Gran parte de las obras hidráulicas no se han concluido del todo o se construyeron con una sola finalidad. Sólo después se analizó la posibilidad de ampliar sus funciones, por lo que siguen considerados eternamente como proyectos de inversión.
- Escasa capacidad para la prevención de desastres producidos por inundaciones, sequías y deslizamientos, y por el efecto de la contaminación del agua por desechos sólidos y descargas de las aguas servidas de origen doméstico e industrial.
- Reducida importancia a la gestión de varias cuencas transfronterizas. Lo poco que se avanza se debe más al apoyo externo y de institutos o universidades locales, que por los gobiernos.

²²³ Con base a información de Alex Dourojeanni y Andrei Jouraviev. “Evolución de Políticas Hídricas en América Latina y el Caribe”. *Serie Recursos Naturales e Infraestructura* N° 51. CEPAL, Santiago de Chile, diciembre de 2002. págs. 7–15.



Las comunidades indígenas enfrentan el creciente retiro de sus derechos de agua, la discriminación y la obstrucción de sus sistemas consuetudinarios de gestión de agua, y son excluidas de la generación de políticas y de la planificación de los procesos relacionados con el agua y de sus respectivas estructuras institucionales. Las políticas de individualización y privatización de derechos de agua crean un enorme peligro para las comunidades indígenas. Esto también es la causa mayor para las recientes y muy intensas guerras de agua bolivianas (Cochabamba y El Alto) y las protestas masivas en el Ecuador. Los ciudadanos de Cochabamba, con la reforma a la ley de aguas, están desarrollando un modelo de gestión pública de los servicios de agua, basada en la colaboración comunitaria.

La lucha de los pueblos indígenas es por cuestiones claves: el acceso al agua y su infraestructura; los contenidos de las reglas y obligaciones con respecto a la gestión del recurso; la legitimidad de la autoridad para establecer y poner en vigor reglas y derechos; y los discursos y políticas para regular el recurso. Y es precisamente la *autoridad* de las organizaciones indígenas y campesinas lo que está siendo cada vez más negada, sus *derechos de uso* del agua lo que está siendo eliminado, y su control sobre el proceso de *toma de decisiones* lo que está siendo soterrado²²⁴.

3.4 Hacia una gobernabilidad del agua

Muchos estudios dan cuenta que la “cultura del agua” y las “identidades hidráulicas locales” indígenas y consuetudinarias, a pesar de que no deben ser romantizadas, proveen de elementos fuertes para desarrollar estrategias más equitativas e integradas de distribución de agua y de una seguridad alimentaria sustentable. Esto puede convertirse en una experiencia de aprendizaje para las políticas y agencias de apoyo. Pero esta perspectiva está a menudo amenazada por nuevos y poderosos grupos de interés en el agua que desafían los derechos existentes y los sistemas actuales.

En general, la variedad de enfoques locales hacia la gestión hídrica sustentable está siendo ignorada por las políticas y las leyes nacionales, y la base de los sistemas de seguridad de subsistencia locales, es decir, sus derechos de agua, cada vez están más socavados.

²²⁴Rutgerd Boelens. “Derechos de agua, gestión indígena y legalización nacional: la lucha indígena por el agua y las políticas culturales de la participación”. WALIR. Universidad de Wageningen-UN/CEPAL.



La guerra del agua de Cochabamba (Bolivia) febrero/abril del 2000²²⁵

En septiembre de 1999 se entrega en concesión al consorcio internacional “Aguas del Tunari” la prestación de los servicios de agua potable y alcantarillado de la ciudad de Cochabamba, Bolivia. En octubre del mismo año, se aprueba la Ley N° 2029, “Ley de Servicios de Agua Potable y Alcantarillado Sanitario”, como instrumento normativo para regular el sector, pero que —debido a que la legislación hídrica tiene su base en una ley de 1906, cuyas consideraciones, en su mayor parte, se encuentran obsoletas— contenía también disposiciones sobre la gestión del agua como recurso. Entre otras cosas, mediante un artículo transitorio, daba amplias facultades para asignar derechos sobre las fuentes de agua a la autoridad sectorial de los servicios de agua potable y alcantarillado. Por otro lado, a pesar de lo avanzado de las discusiones y planteamientos sobre el reconocimiento de los derechos de las poblaciones indígenas y campesinas en el proceso de formulación de una nueva ley de aguas, la Ley N° 2029 no incluía ninguna disposición al respecto.

Ambos hechos, juntamente a las irregularidades en el proceso de licitación y otorgación del contrato, motivan las reacciones y movilización de la población que protesta en el área urbana por los incrementos tarifarios excesivos y en las comunidades rurales por la afectación que la nueva legislación implica para sus derechos tradicionales. El conflicto social estalla en febrero de 2000 y se repite nuevamente en abril del mismo año con varios días de intensos enfrentamientos entre los denominados “guerreros del agua” y la policía, llegándose hasta la declaratoria de un estado de sitio nacional. El descontento social es tan grande que sólo se logra solucionarlo con la rescisión del contrato firmado con el consorcio Aguas del Tunari y la modificación de más de 30 artículos de la Ley N° 2029 que en adelante pasara a ser la nueva Ley N° 2066. El conflicto posiblemente se hubiese evitado si el proceso se planteaba como participativo, de diálogo y concertación con todos los actores involucrados.

Lo ocurrido en la “guerra del agua” de Cochabamba impacta fuertemente a nivel internacional como un ejemplo de resistencia en contra de la privatización de los servicios de agua potable, generando en el país la apertura de un proceso más participativo para la formulación de normativas y políticas sobre los recursos hídricos. En esta línea de acción, es que se crea en 2002, a través del Decreto Supremo N° 26599, el Consejo Interinstitucional del Agua (CONIAG), con la finalidad de abrir un espacio de diálogo y concertación entre el gobierno y las organizaciones económicas y sociales para adecuar el actual marco legal, institucional y técnico relacionado con la temática hídrica, de manera que se ordene y regule la gestión del agua.

²²⁵Rocío Bustamante. “La Guerra del Agua o la resistencia contra el intento de privatización y tarifación del agua en Cochabamba, Bolivia”. Asociación Mundial del Agua (Global Water Partnership, GWP), Estudio de caso para la ToolBox, 2002.



En la reflexión del equipo de WALIR, para poder llegar a la noción de una práctica realmente sustentable, equitativa y democrática en la gestión integrada del agua, es necesario desarrollar, concretar e *integrar* los siguientes conceptos fundamentales al elaborar propuestas contextuales particulares para mejorar la legislación y las políticas de agua²²⁶.

- i) **Viabilidad institucional de la gestión del agua:** se refiere a la fortaleza o debilidad del marco normativo e institucional que sostiene la gestión de agua.
- ii) **Equidad en la gestión del agua:** se refiere al grado de aceptabilidad social de las reglas, prácticas de gestión y distribución del agua; la justicia social tal como es percibida por los actores involucrados (género, etnia, clase, etc.).
- iii) **Democracia política de la gestión del agua:** la representación (real) de los diferentes grupos de interés de la gestión de agua y la toma de decisiones.
- iv) **Viabilidad económica de la gestión del agua:** se refiere al grado de viabilidad financiera y económica que tiene una gestión de agua.
- v) **Productividad, eficiencia y efectividad del uso del agua:** es condición para un uso de agua y tierra apropiadamente regada y productiva; aquí tiene lugar la sustentabilidad técnica, efectividad y conveniencia de infraestructura hidráulica.
- vi) **Seguridad al acceso de agua:** materialización de derechos de uso de agua ahora y en el futuro, y evitación o control de los riesgos en la gestión del agua.
- vii) **Equilibrio ecológico en la gestión del agua:** se refiere a la protección o destrucción del potencial futuro de buena calidad en los recursos hídricos y a la prevención de la degradación ecológica del suelo y el ambiente.

Una gobernabilidad en la gestión del agua es congruente con los más avanzados postulados del movimiento mundial para el reconocimiento del derecho humano al agua, del que los indígenas son parte activa como pueden verse en diversos manifiestos en las cumbres y foros internacionales. El agua es esencia y fuente de vida en este planeta, es patrimonio común y una responsabilidad sagrada. Esto se expresa en cuatro principios impulsados por los movimientos del agua y de derechos humanos: a) **Igualdad del agua:** Distribución equitativa a todos, no en función de los principios del mercado y la capacidad adquisitiva; b) **Conservación del agua:** debe ser en sus cuencas naturales, evitando su derroche o mala utilización, a fin de que se renueve el ciclo hidrológico y perdure para las generaciones futuras; c) **Calidad del agua:** debe protegerse de la contaminación causada por los vertidos de residuos químicos o industriales; y d) **Democracia del agua:** el agua se protege y gestiona mejor a través del sector público, con la participación directa de la comunidad en las decisiones relativas a su extracción, consumo y distribución.

²²⁶WALIR. "Ley de Aguas y derechos indígenas: hacia el reconocimiento de los derechos de agua y normas de gestión indígenas en la legislación nacional". (WALIR, Water Law and indigenous Rights). Universidad de Wageningen y CEPAL. Junio de 2002.



Unidad cuatro

Buenas prácticas sobre agua y saneamiento en pueblos indígenas

Esta unidad muestra una experiencia práctica ilustrativa sobre coordinación interinstitucional para la gestión intercultural de proyectos de agua y saneamiento en comunidades indígenas.

Se trata del Proyecto Regional “Mejoramiento de las Condiciones Ambientales (Agua y Saneamiento) en las Comunidades Indígenas”²²⁷ implementado por el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente, CEPIS, entidad con sede en Lima, Perú, y adscrita a la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. El proyecto contó con el apoyo de la Cooperación Alemana para el Desarrollo, GTZ, y se ejecutó en 14 países de América Latina en coordinación con organizaciones indígenas y entidades públicas de salud de dichos países.

El CEPIS es el centro regional dedicado a temas especializados de cooperación técnica con los países en saneamiento ambiental básico²²⁸. Su trabajo se centra en el fortalecimiento de las capacidades de los países con metodologías y tecnologías de manejo de riesgos ambientales para la salud, con énfasis en la gestión de información especializada, el fortalecimiento de la regulación sanitaria y la gestión de intervenciones directas. Su meta es disminuir los riesgos a la salud asociados con el saneamiento ambiental básico dentro del marco de la equidad y del desarrollo sostenible. Esto será posible fortaleciendo las capacidades de los países de la Región para la realización de funciones esenciales de salud pública en saneamiento ambiental básico.

Los temas específicos de que se ocupa el CEPIS son:

- a) Agua de bebida: constituidos por las fuentes de agua para consumo, potabilización, distribución y uso.
- b) Aguas residuales y disposición de excretas: recolección, tratamiento, aprovechamiento, disposición sanitaria de excretas y disposición final en el ambiente, los cursos y cuerpos de agua.
- c) Residuos sólidos: tiene en cuenta la gestión integrada de los residuos sólidos municipales y peligrosos (hospitalarios e industriales) que comprenden el almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y la disposición final.

²²⁷ La síntesis del proyecto que incluimos en esta unidad fue presentada por el Ing. Ricardo Dianderas, Coordinador del Proyecto en el marco del Primer Foro Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. San José, Costa Rica, octubre del 2005.

²²⁸ El CEPIS entiende el saneamiento ambiental básico como “el conjunto de acciones técnicas y socioeconómicas de salud pública que tienen por objetivo alcanzar niveles crecientes de salubridad ambiental. Comprende el manejo sanitario del agua, las aguas residuales y excretas, los residuos sólidos y el comportamiento higiénico que reduce los riesgos para la salud y previene la contaminación. Tiene por finalidad la promoción y el mejoramiento de condiciones de vida urbana y rural”. <http://www.cepis.ops-oms.org/cepis/e/cepisacerca.html>.



En esta unidad conoceremos los antecedentes del proyecto, sus objetivos, participantes, fases, metodología de trabajo, desarrollo de programas, un análisis de los factores que facilitaron o dificultaron las acciones, sus resultados y unas conclusiones. Al analizar este proyecto retomemos los contenidos y aprendizajes de las unidades anteriores.

4.1 Antecedentes

Se estima que la población indígena total de la región de América Latina y el Caribe oscila entre 45 y 50 millones de personas, 90% de las cuales se concentran en América Central y en el área andina. Los países con más comunidades indígenas son Bolivia, Guatemala, Perú y Ecuador, con porcentajes que llegan a 70%. Esas poblaciones, en su mayoría, viven en condiciones de extrema pobreza y de alta vulnerabilidad sanitaria.

En muchos países de la región se han reportado enfermedades que afectan a las comunidades indígenas y las causas preponderantes resultan ser la falta de agua, saneamiento y de prácticas adecuadas de higiene. Los estudios realizados en esas comunidades muestran una elevada incidencia de gastroenteritis y en años recientes, esos grupos indígenas han sido afectados inclusive por la epidemia del cólera.

La carencia de condiciones adecuadas de saneamiento básico en las comunidades indígenas obedece a razones políticas, socioeconómicas y culturales. Puede verse que en América Latina menos de 45% de la población rural tiene acceso al abastecimiento de agua, pero ese porcentaje es mucho menor en las comunidades indígenas. La misma situación se repite en la disposición sanitaria de excretas y en algunos países, menos del 5% de la población indígena cuenta con servicios básicos de saneamiento. Por otro lado, los sistemas de agua y saneamiento para las comunidades indígenas no siempre están bien diseñados u orientados apropiadamente porque no se consideran los aspectos culturales y socioeconómicos de esas comunidades, lo que afecta negativamente su sostenibilidad.

La mayoría de los países en la región han desarrollado planes nacionales para la prevención y el control de enfermedades diarreicas y el cólera. Los planes incluyen componentes sobre educación con énfasis en la calidad del agua potable, disposición segura de excretas e higiene domiciliaria, los cuales han sido identificados como factores clave en la transmisión de esas enfermedades, según lo indican los estudios epidemiológicos. Existe la necesidad de fortalecer el enfoque de prevención y control en la población indígena y diseminar las intervenciones efectivas en la reducción de enfermedades diarreicas. Una mayor atención a la población indígena de alto riesgo permitirá desarrollar proyectos integrales e innovadores para atender sus necesidades.

Animados con el propósito de cooperar con los países de la región en esas tareas, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Cooperación Alemana para el Desarrollo (GTZ), en el marco del Programa Salud de los Pueblos Indígenas, celebraron en junio de 1999 un Acuerdo de Cooperación para la ejecución del presente Proyecto, que se extenderá hasta junio del 2006.

El Proyecto adquirió relevancia debido a los procesos que se pusieron en marcha en la Región a partir de 1993 para mejorar las condiciones de salud de los pueblos indígenas. Esa relevancia



es aún mayor desde el año 2000 con el establecimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), por la importancia que tiene el mejoramiento de las condiciones ambientales (agua y saneamiento) para su cumplimiento. En efecto, tener agua potable y saneamiento en las comunidades indígenas contribuirá a que en ellas se puedan alcanzar los ODM relacionados con la salud, reducir la mortalidad infantil, la pobreza y el hambre, y mejorar la educación y la equidad de género.

4.2 Propuesta del proyecto

Objetivos

Objetivo general

El Proyecto se propuso, como objetivo general, contribuir a la disminución del riesgo de transmisión de enfermedades provocadas por factores ambientales, particularmente los relacionados con el acceso y calidad del agua, el saneamiento inadecuado y los malos hábitos de higiene en las poblaciones indígenas de América Latina.

Objetivos específicos

Se señalaron los siguientes objetivos específicos:

1. Fortalecer la capacidad de las organizaciones indígenas, así como de las organizaciones nacionales y locales responsables por los programas de las poblaciones indígenas, para planificar y ejecutar programas viables con enfoques de participación comunitaria y tecnología apropiada.
2. Capacitar a las comunidades para movilizar recursos y preparar proyectos que se ajusten a sus necesidades.
3. Alcanzar niveles de planificación efectiva a través de proyectos demostrativos, diseminación de información y promoción de metodologías y tecnologías apropiadas para agua y saneamiento básico.
4. Promover el intercambio de experiencias sobre los asuntos mencionados entre países, comunidades indígenas y organizaciones.

Países participantes

El proyecto tiene alcance regional. Participan los siguientes 15 países: Argentina, Brasil, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Perú y Venezuela.

Inicialmente los esfuerzos se concentraron en los países con mayor población indígena, pero posteriormente se incorporaron otros países.



Fases

Fase I : junio de 1999 a diciembre de 2003

Fase II: enero 2004 a junio de 2006

Metodología

La implementación del Proyecto se sustenta en un Programa de Trabajo, el cual contempla acciones regionales, que el Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente –CEPIS/OPS– ejecuta conjuntamente con la GTZ/Perú; y, acciones en cada uno de los países participantes del Proyecto, que están a cargo de los grupos de trabajo nacionales. Se adoptó una organización general, que permite el ordenamiento y la articulación de los grupos de trabajo en el nivel local y nacional dentro de cada país, con el nivel regional en el CEPIS-USB/OPS y con la Oficina Central de la OPS/OMS, a través del Área de Desarrollo Sostenible y Salud Ambiental (SDE) y del Programa Salud de los Pueblos Indígenas que promueve el Área de Tecnología y Prestación de Servicios de Salud (THS/OS).

La primera actividad de los grupos de trabajo nacionales fue un seminario nacional, en el que participaron miembros de las instituciones de cada país interesadas en resolver los problemas de agua y saneamiento de las comunidades indígenas. En esos seminarios se discutió la situación de dichos problemas, las estrategias y programas en curso y, a partir de esa discusión y con base en el Programa de Trabajo del Proyecto, se elaboraron los correspondientes programas nacionales de trabajo.

Cada uno de esos programas nacionales de trabajo está adecuado a las particularidades de su respectivo país. Ellos guían el proceso de ejecución del Proyecto en los países; incluyen, según es el caso, la ejecución de proyectos demostrativos, la preparación de material de capacitación en los servicios de agua y saneamiento y de educación en salud, el establecimiento de sistemas de monitoreo y la formación de bancos de proyectos y de datos sobre poblaciones indígenas.

Las acciones regionales que corresponden al CEPIS/OPS son la organización de los eventos subregionales y regionales, la orientación a los países en la formulación de los programas de trabajo nacionales, la orientación en la ejecución de cada una de las actividades básicas consideradas en esos programas, el monitoreo de esas actividades, la sistematización de las experiencias y la organización de toda la información referente al Proyecto en un portal específico del sitio web del CEPIS/OPS.

Para aprovechar mejor los recursos disponibles en la Fase I, se decidió concentrar los esfuerzos del Proyecto en los países con mayor población indígena a fin de que realizaran proyectos demostrativos y que de la experiencia que ganaran de esta forma, pudiese ser aprovechada por los países restantes. Por ese motivo, las inversiones se concentraron en Guatemala, Venezuela, Colombia, Ecuador, Perú y Bolivia. Luego, en la Fase II, los recursos del Proyecto se asignaron con base en un concurso de proyectos, en el que fueron seleccionados proyectos de Argentina, Colombia, Costa Rica, El Salvador y Panamá.



4.3 Desarrollo del proyecto

Estrategias

Para la consecución de los objetivos del Proyecto se han adoptado las siguientes estrategias:

- a) Se procura que los recursos del Proyecto no sean vistos como los únicos que financian las actividades, sino como inductores para que las propias poblaciones indígenas y otras instituciones nacionales y de cooperación se unan en ese empeño y junten sus propios recursos a los del Proyecto. Es decir, se busca que los aportes financieros del Proyecto tengan un efecto multiplicador.
- b) Se hace un uso intensivo de los recursos de la Internet para la coordinación del Proyecto, el intercambio de experiencias y la divulgación de sus resultados. Para el efecto, se ha abierto un portal específico en el sitio web www.bvsde.ops-oms.org donde se presentan el contenido global del Proyecto y el de sus componentes nacionales y se reflejan los avances logrados.
- c) Se busca crear la capacidad de gestión ambiental en las poblaciones indígenas y se aplican los conceptos de la atención primaria ambiental, de forma que esas poblaciones puedan, dentro de un enfoque de interculturalidad, evaluar los riesgos ambientales para su salud y aprender a manejarlos. En ese sentido, se tiene el mayor cuidado en la comprensión de los hábitos, costumbres e instituciones de las poblaciones indígenas y en el desarrollo de materiales didácticos en sus propias lenguas.
- d) Se cuida de que todas las soluciones que se planteen a los problemas ambientales de las poblaciones indígenas sean sostenibles, es decir, compatibles con la cultura, recursos y posibilidades de esas poblaciones.
- e) Se promueve, a través de las acciones del Proyecto, el establecimiento de relaciones y alianzas que permitan la unión de esfuerzos y el intercambio de experiencias en el nivel local, nacional, binacional, subregional y regional, para el mejoramiento de las condiciones ambientales de las poblaciones indígenas.

Principales actividades que se han llevado a cabo

Las actividades del Proyecto se realizan de acuerdo con la metodología establecida y el Programa de Trabajo correspondiente. De ellas se pueden destacar, como más significativas, las siguientes:

- a) En cada uno de los países del Proyecto se constituyó un grupo de trabajo (GNT), que cuenta con la participación de funcionarios de las agencias nacionales relacionadas con las condiciones ambientales de las comunidades indígenas, funcionarios de las agencias de cooperación que pueden contribuir al mejoramiento de esas condiciones y representantes de las propias comunidades indígenas.



- b) Se organizó en el CEPIS/OPS un portal para el Proyecto en el sitio web www.bvsde.ops-oms.org. Esta actividad tiene importancia estratégica para el desarrollo del Proyecto porque facilita la coordinación de sus actividades, el intercambio de experiencias, la integración de los participantes y la divulgación de los resultados.
- c) En cada país del Proyecto que recibe recursos para la preparación de proyectos de agua, saneamiento y educación sanitaria, éstos se formulan y ejecutan en los niveles locales, con la participación directa de las comunidades, de acuerdo con las características propias de esas comunidades y su lengua, dentro de un enfoque de interculturalidad.
- d) En los países participantes del Proyecto se desarrollan manuales y material de capacitación para el mejoramiento de las condiciones ambientales de las comunidades indígenas, adecuados a sus características culturales e inclusive en su propia lengua.
- e) El CEPIS/OPS promueve en los países la realización de análisis situacionales de las poblaciones indígenas y la formación de bases de datos sobre ellas, que permitan conocer la población objetivo y facilitar el establecimiento de prioridades.
- f) El CEPIS/OPS promueve en los países la formación de bancos de proyectos nacionales para las poblaciones indígenas. Se busca de esta manera canalizar los proyectos que esas poblaciones producen y facilitar su acceso a las fuentes de financiamiento.
- g) El CEPIS/OPS promueve en los países el establecimiento de sistemas de monitoreo que permitan hacer un seguimiento del avance del Proyecto y del impacto que van teniendo en las condiciones de ambiente y salud de las poblaciones indígenas.
- h) Se organizan reuniones subregionales y regionales.

Factores que favorecen el Proyecto

Hay factores que facilitan la ejecución del Proyecto, como:

- a) La relación de cooperación conjunta entre la OPS/OMS y la GTZ, formada y consolidada a lo largo de anteriores proyectos llevados a cabo en la Región.
- b) Las redes de oficinas en los países de la Región con que cuentan la OPS/OMS y la GTZ y las vinculaciones de esas oficinas con las agencias e instituciones nacionales.
- c) El desarrollo conjunto y la aceptación de los esquemas de organización, procedimientos y mecanismos de planificación en el nivel regional, en los países y en las comunidades, que permitieron la integración de los esfuerzos.
- d) La disponibilidad de los recursos de la Internet para coordinar las actividades, realizar las actividades de capacitación, monitorear los avances y divulgar los resultados.



- e) El reconocimiento en los países de la necesidad de dar atención prioritaria, dentro de un enfoque de interculturalidad, al mejoramiento de las condiciones de vida de sus poblaciones indígenas y a su integración a las sociedades de sus respectivos países.

Factores que dificultan el Proyecto

Hay factores que dificultan la ejecución del Proyecto, como:

- a) Las situaciones de inestabilidad política que se presentan en algunos de los países participantes del Proyecto.
- b) Los cambios frecuentes de autoridades en los niveles nacionales y locales que hacen necesario repetir procesos informativos o revisar decisiones adoptadas.
- c) Los largos procesos de negociación que se requieren para identificar y seleccionar a las comunidades en las que se ejecutarán los proyectos.
- d) El poco conocimiento de las metodologías para actuar en el nivel de las comunidades.
- e) Las expectativas de las comunidades cuando éstas exceden las posibilidades del Proyecto o cuando incluyen reivindicaciones que estaban fuera del ámbito de acción.

4.4 Resultados obtenidos

El Proyecto ha conseguido llamar la atención de los países de la Región hacia la falta de equidad de las comunidades indígenas en lo que se refiere a sus condiciones ambientales, y propicia que se tomen medidas para superar esa situación. De esta forma, el movimiento comenzado por el Proyecto no sólo ha dado lugar a acciones específicas en pro del mejoramiento de dichas condiciones ambientales, sino que ha puesto en evidencia esfuerzos que algunos países ya venían realizando en ese sentido.

Se ha creado una base institucional que hace posible la articulación de las comunidades indígenas y de las organizaciones locales, nacionales y de cooperación dentro del país, así como en el nivel regional. De este modo se han instituido grupos de trabajo, comunales y nacionales, y un núcleo de coordinación regional del Proyecto. Se han establecido alianzas entre las instituciones de los países para colaborar con los pueblos indígenas, como ha sido el caso de los guaraníes en El Chaco y otros en América Central. Ello ha permitido que las acciones desencadenadas por el Proyecto en su primera fase puedan tener continuidad en la segunda.

Se han hecho análisis de la situación de las comunidades indígenas y se han establecido o comenzado a establecer bases de datos sobre esas comunidades, que se constituyen en la línea de base del componente del Proyecto en cada país. En muchos casos, como en El Salvador, Chile y Brasil, esas bases ya existían y el Proyecto sólo las ha puesto en evidencia y ha podido aprovecharlas y divulgarlas.



En Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, Perú y Venezuela, países que en la Fase I recibieron recursos para la ejecución de proyectos demostrativos, se hicieron 12 de esos proyectos con los que se atendió a comunidades guaraníes, wayúu, waunaan, chachi, quechua, aymara, secoya y maya principalmente. Los proyectos permitieron el desarrollo y aplicación de tecnologías apropiadas a las mencionadas comunidades, compatibles con sus culturas y sus posibilidades para operar y mantener las respectivas instalaciones. Las tecnologías comprendieron desde pozos para el abastecimiento de agua potable y letrinas, hasta módulos sanitarios escolares y mejoramiento de cocinas. Se desarrollaron esquemas de gestión para cada comunidad y material para la educación en salud en los idiomas aborígenes. En casi todos los casos, el interés generado por los proyectos demostrativos dio lugar a aportes de recursos de las organizaciones públicas y privadas, que con las contribuciones de las comunidades, los viabilizaron en la dimensión que finalmente tuvieron.

En la Fase I, los países que no recibieron recursos para proyectos demostrativos hicieron esfuerzos destacables, como es el caso de Argentina, Costa Rica, El Salvador, Nicaragua y Panamá. Así, Argentina adhirió al proyecto demostrativo de Bolivia para las comunidades guaraníes y capacitó personal de esa etnia; Costa Rica inició actividades de atención integral en salud, que incluyen la salud ambiental, en la Reserva Indígena Chirripó-Cabécar; El Salvador está realizando actividades de saneamiento básico en tres comunidades del departamento de Sonsonate; Nicaragua ha comenzado a formar la base de datos de sus comunidades indígenas, y Panamá inició un trabajo con cinco comunidades indígenas y se asoció con las organizaciones de base para resolver problemas de abastecimiento de agua, disposición de excretas, manejo de desechos sólidos y habilitación de viviendas saludables, para lo cual utilizó como estrategia básica la educación en salud.

Desde esa misma Fase I, Brasil, Chile, Honduras y México han puesto sus experiencias a disposición de los otros países que participan del Proyecto. Desde esa fase, también, está funcionando un portal para el Proyecto en el sitio que el CEPIS/OPS tiene en Internet; ese portal muestra información general sobre el Proyecto y cada uno de los países participantes y los integra en una red virtual que les permite la comunicación permanente de país a país e inclusive cursos y conferencias entre varios o todos los países. El portal se ha constituido asimismo para el monitoreo global y nacional del Proyecto, a través del cual es posible saber en qué y cuánto se ha avanzado.

En la Fase II del Proyecto se han consolidado actividades clave de la Fase I, como son: (i) el establecimiento de las bases de datos de las comunidades indígenas, de los bancos de proyectos que éstas van formulando, de sistemas de monitoreo y evaluación que faciliten conocer la evolución de la situación de dichas comunidades y la sostenibilidad de las soluciones que adopten, y (ii) el enriquecimiento del acervo que se está constituyendo en el portal del Proyecto antes mencionado. Por otro lado, en esta segunda fase se están realizando actividades para: (i) fortalecer los GNT, (ii) facilitarles el acceso a información relevante, el intercambio de experiencias y el desarrollo de soluciones conjuntas, y (iii) fortalecer la capacidad de coordinación de las comunidades indígenas y de las instituciones gubernamentales para desarrollar políticas, programas y proyectos con abordaje de género.



Finalmente, en la segunda Fase, a través de concurso, se han asignado recursos para la ejecución de proyectos en comunidades indígenas de Argentina, Colombia, Costa Rica, El Salvador y Panamá.

4.5 Algunas buenas prácticas nacionales destacadas en agua y saneamiento²²⁹

Bolivia:

El proyecto priorizó la región del Chaco en el territorio de los pueblos guaraní, weeneyeck y los tapietie. Es un área de bosque tropical seco que se caracteriza por tener pocas fuentes de agua superficial y acuíferos profundos. Además entre los factores ambientales de riesgo se hallan: largos períodos de sequía, contaminación de principales ríos, reservorios de agua convertidos en criaderos de mosquitos portadores de malaria, drenajes y disposición inadecuada de excretas, contaminación por basura, inadecuada conservación y manejo de alimentos, viviendas contaminadas por la vinchuca, portadora del mal de chagas.

El proyecto incluyó la capacitación de los pobladores en la construcción de torres de perforación, bombas manuales, mejoramiento de norias, construcción de tanques de almacenamiento de agua de lluvias, filtros caseros, hornos Lorena, letrinas secas ventiladas, duchas, lavanderías, mejoramiento de la vivienda (paredes, pisos y techos) y dotación de mosquiteros impregnados de repelente.

Los resultados directos del proyecto fueron la disminución del riesgo en la transmisión de enfermedades provocadas por factores ambientales, particularmente las relacionadas con el acceso y calidad del agua, el saneamiento inadecuado de la vivienda y los malos hábitos higiénicos. La experiencia boliviana sirvió de motivación y aprendizaje para otras comunidades del chaco en Paraguay y Argentina.

Colombia:

Se establecieron proyectos demostrativos en dos áreas:

- El Chocó con el pueblo Waunaan, que es una de las zonas más lluviosas del mundo y cuenta con una exuberante selva tropical pluvial. Hay contaminación de las fuentes superficiales por explotación minera e inundaciones.
- La Guajira que es habitada por el pueblo Wayúu, de clima árido seco, altas temperaturas y escasas lluvias. Hay contaminación de las fuentes subterráneas.

En ambos pueblos se encontró manejo inadecuado de residuos, botaderos a cielo abierto, aguas residuales vertidas a las fuentes y suelos, hacinamiento, exposición permanente de humo producido por los fogones de las cocinas y prácticas de higiene inadecuadas.

²²⁹ Los casos han sido tomados del Informe Final, Fase I del Proyecto 1999-2003 Proyecto Regional “Mejoramiento de las condiciones ambientales (agua y saneamiento) en las comunidades indígenas”.



El proyecto constituyó grupos locales y regionales de trabajo formados por los cabildos indígenas y representaciones de las entidades públicas relacionados al tema. Se trabajó bajo el principio de respeto a la diferencia en los procesos de organización y participación comunitaria y en la generación de espacios de concertación y construcción de propuestas de las comunidades. Las acciones del proyecto se orientaron sobre la base de la capacitación a perforación de pozos manuales, construcción de letrinas, construcción de casas para el almacenamiento de aguas de lluvia y unidades sanitarias bifamiliares; vinculación de maestros y madres al desarrollo del proceso educativo en la comunidad; y mejora de las prácticas y hábitos de higiene.

Guatemala:

Las experiencias demostrativas en este país se centraron en comunidades mayas pertenecientes a los pueblos:

- a) Qéqchí, que habitan en planicies de clima cálido-templado. Son áreas de inundación.
- b) Mam, que habitan en zonas más montañosas con clima húmedo y frío. Existe un inadecuado manejo de desechos sólidos, vectores y falta de letrinas.
- c) Quiché, de áreas más altiplánicas y relieve montañoso. El agua de río se usa como agua potable, hay contaminación, no hay letrinas, hay afectaciones a las vías respiratorias y falta de control en el manejo de cerdos.

El proyecto definió la tecnología a usar con criterios ambientales, sociales, culturales y económicos, con miras a obtener propuestas técnicas adaptables a las necesidades de la población. Se usaron materiales locales para reducir costos en los proyectos de letrinas, sumideros, basureros domiciliarios. Se partió de la experiencia organizativa local y se buscó fortalecerla con el proyecto. Se logró una mejor organización de la comunidad y más clara percepción de las causas y efectos del medio ambiente insalubre así como mayor conciencia de los riesgos para la salud pública. Se integró a la comunidad en la promoción social y la educación sanitaria.

Se publicó un inventario de tecnologías de agua y saneamiento en Guatemala²³⁰ que incluye: **Tecnologías en agua potable** (plantas de tratamiento de agua potable, acueductos urbanos y rurales, sistemas de pozos artesanos, bomba manual tipo maya, tipo india, de lazo, de PVC, remadora, sistemas no convencionales, captación de aguas de lluvia, arietes hidráulicos, bombas accionadas con energía solar); **tecnologías de desinfección del agua para consumo humano** (ebullición, tecnología Sodis, aplicación de cloro en el hogar, tecnología DES, filtros lentos de arena, filtro casero CARPOM, y otros); **tecnologías de sistema de abastecimiento** y **tecnologías de disposición de excretas** (alcantarillado y plantas de tratamiento de aguas residuales, letrina abonera seca familiar, letrina de pozo ventilado, letrina de sello hidráulico, letrina solar, sumideros, fosa séptica, pozo de absorción, zanjas de infiltración, trampa desgrasadora).

²³⁰Ministerio de Salud-OPS. *Inventario de Tecnologías de Agua y Saneamiento en Guatemala utilizadas en comunidades rurales e indígenas*. Guatemala, octubre de 2003.



El Salvador

El proyecto en este país consistió en la realización de un estudio²³¹ sobre las “Condiciones de saneamiento básico desde las perspectiva de los pueblos indígenas de Cuisnahuat, Izalco y Nahuizalco del Departamento de Sonsonate” todos pertenecientes al pueblo pipil. Las organizaciones indígenas tuvieron activa participación en la realización del estudio. Esto permitió tener un perfil situacional muy real.

El estudio da cuenta de la disolución de las formas culturales ligadas a la identidad y valores ancestrales alrededor de los recursos de la naturaleza. No obstante, hay conciencia en cuanto al cuidado del recurso agua y del manejo de hábitos higiénicos en el hogar para no deteriorar más el medio ambiente y garantizar un mejor estado de salud personal y colectivo. Las mujeres son percibidas como las responsables de garantizar el abastecimiento de agua. Realizan diversas acciones para cuidar las fuentes de agua. Hay cierta resistencia en la población a aplicar tratamiento de agua, por la percepción de que con el cuidado que le proporcionan directamente a la fuente de agua, se pierde el riesgo a contraer enfermedades y se garantiza la condición natural del agua. No hay control ni tratamiento de las aguas residuales. Por otro lado las comunidades no reciben ninguna asistencia técnica para atender estas situaciones.

Honduras

Destaca la realización de la “Campaña Intervención Educativa en salud para la zona de la Mosquitia hondureña”²³² llevada a cabo mediante la coordinación interinstitucional de la Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud y la ONG Moskitia Pawisa Apisca, MOPAWI.

La campaña se conformó de 8 afiches y cartillas de uso en las escuelas y comunidades. Un grupo de afiches en miskito, tawahka y garífuna promueven comportamientos consecuentes con el concepto de agua segura, cólera, malaria e higiene doméstica, reforzados con mensajes alusivos a la vida, la salud, la alegría y el desarrollo, así como la familia y la comunidad. Otro grupo de afiches relaciona el agua segura con el cuidado y protección del bosque y consumo de alimentos seguros. El diseño y desarrollo de la campaña ha procurado respetar y valorar las particularidades sociales, culturales, antropológicas y lingüísticas de la zona.

4.6 Conclusiones

- Con el Proyecto Regional “La Salud de las Poblaciones Indígenas: Mejoramiento de las Condiciones Ambientales (Agua y Saneamiento) en las Comunidades Indígenas”, se ha aprendido que las propuestas de esta naturaleza y magnitud pueden manejarse con éxito si se cumplen las siguientes condiciones:

²³¹ CCNIS-Ministerio de Salud-OPS. *Condiciones de Saneamiento Ambiental en las Poblaciones Indígenas de El Salvador*. Serie: Pueblos Indígenas, salud y condiciones de vida en El Salvador, N° 2, 2001.

²³² En base a los materiales “¿Qué es una Intervención educativa en Salud?”, “¿Cómo se maneja una campaña?: guía para trabajar en el nivel local” y “Kaisa wan Pliska ba yamni briaia”. Secretaría de Salud, OPS y MOPAWI.



- a) La creación de una organización para la ejecución del Proyecto que diferencie las responsabilidades regionales de las de los países y, dentro de estos, de la coordinación nacional con respecto a los que ejecutan los proyectos locales.
 - b) El establecimiento de un programa de trabajo regional para el Proyecto, que se desagrega en programas de trabajo para cada país, los cuales a su vez se desagregan en proyectos locales. Estos se convierten en los instrumentos de gestión y en la base para el monitoreo y evaluación del Proyecto en todos sus niveles.
 - c) El uso intenso de los recursos que brinda la Internet para la coordinación, monitoreo y divulgación de los resultados.
 - d) La canalización de otros recursos hacia el problema prioritario que es el objetivo del Proyecto, a partir de una propuesta clara que ofrezca los recursos inicialmente asignados.
 - e) La generación de redes espontáneas de intercambio permanente de las experiencias y aprendizajes entre todos los participantes del Proyecto.
 - f) La conformación de alianzas o acuerdos de cooperación entre instituciones del mismo país o de países diversos, para ejecutar actividades conjuntas de cooperación en pro de los pueblos indígenas instalados en diferentes circunscripciones territoriales de un mismo país o inclusive de diferentes países.
- Se ha tenido la ocasión de aprender que el mejoramiento de las condiciones ambientales de las comunidades indígenas es más viable cuando existen políticas que lo favorezcan y cuando existe la debida coordinación intersectorial. Esto hace ver la necesidad de examinar en cada país si los marcos legales e institucionales permiten el trato diferenciado que requieren las soluciones a los problemas de agua y saneamiento de las mencionadas comunidades.
 - Se ha visto que los proyectos de mejoramiento de las condiciones ambientales de las comunidades indígenas requieren un amplio conocimiento de las formas de organización de esas comunidades, de su cultura, incluidos sus valores, prácticas de manejo de los recursos naturales, hábitos de higiene, conceptos de salud y enfermedad, expectativas y participación en la vida política. El conocimiento de estos aspectos facilita el análisis de los problemas con la comunidad y el desarrollo de propuestas viables.
 - Ha quedado en evidencia que el análisis de los problemas de agua y saneamiento de las comunidades indígenas y el desarrollo de soluciones para esos problemas requiere la más amplia participación de esas comunidades para lograr propuestas compatibles con su cultura y con sus posibilidades. Esto puede demandar procesos más largos para la formulación y ejecución de los proyectos, pero hace más probable su sostenibilidad.
 - El Proyecto en general está creando un acervo de lecciones y conocimientos, que va recogiendo a lo largo de su período de ejecución, los que van siendo sistematizados y presentados en el portal que el Proyecto tiene en el sitio Internet del CEPIS/OPS. Además, cada país va sintetizado las lecciones que aprende dentro de su propia realidad.



Bibliografía

Bär, Ros Marie. “El agua requiere la protección del Derecho Humanitario Internacional: Argumentos para una convención internacional del agua”. AllianceSud, Bern, marzo, 2004. www.alliancesud.ch.

BID. Base de Datos sobre Legislación Indígena. http://www.iadb.org/sds/ind/site_3152_s.htm.

Boelens, Rutgerd. *Derechos de agua, gestión indígena y legalización nacional: La lucha indígena por el agua y las políticas culturales de la participación*. WALIR. Universidad de Wageningen-CEPAL.

Bustamante, Rocio. “La Guerra del Agua o la resistencia contra el intento de privatización y tarifación del agua en Cochabamba, Bolivia”. Asociación Mundial del Agua (Global Water Partnership, GWP), Estudio de caso para la ToolBox, 2002.

CCNIS. “Memoria de la Segunda Jornada indígena Centroamericana sobre Tierra, Medio Ambiente y Cultura”. CCNIS /CONCULTURA/Tierras Nativas, Vol. I. Y II. San Salvador, 2001.

COAMA. *Derechos de los Pueblos Indígenas en las Constituciones de América Latina*. Bogotá: COAMA/COLCIENCIA/Banco Mundial/Unión Europea, 1996.

Comisión Nacional de Derechos Humanos. *Derechos de los Pueblos Indígenas: legislación en América Latina*. CNDH , México.1999.

Comisión Nacional del Agua. *Boletín Archivo Histórico del Agua*. Año 7, 2003 y Año 8, 2003. México

Dourojeanni, Alex y Jouraviev, Andrei. “Evolución de Políticas Hídricas en América Latina y el Caribe”. Santiago de Chile: CEPAL, 2002. “Serie Recursos Naturales e infraestructura”, N° 51.

Gentes, Ingo. “Derecho de Agua y Derecho Indígena: hacia un reconocimiento estructural de la gestión indígena del agua en las legislaciones nacionales de los Países Andinos”. WALIR. 2002.

Instituto Interamericano de Derechos Humanos, IIDH. *Revista IIDH N°41*, Edición especial sobre derecho indígena. San José. Enero-junio 2005.

Lawrence, Russel y Bastien, Krisma. “Negociaciones eficaces por parte de pueblos indígenas”. Organización Internacional del Trabajo, Suiza, 1998.

Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. *Folleto informativo No.16* (Rev. 1), Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. http://193.194.138.190/spanish/html/menu6/2/fs16_sp.htm.

Quintero, Blas. *Los Ngöbe y el manejo de los recursos naturales*. Acción Cultural Ngöbe, s/f. Panamá.

Roldán, Roque. “Models for recognizing indigenous land rights in Latin America”. Paper N° 99 *Biodiversity Series*, World Bank, October 2004.



UNESCO. 2do. Informe de las Naciones Unidas sobre el Desarrollo de los Recursos Hídricos en el Mundo. “El agua, una responsabilidad compartida”. Resumen ejecutivo. Marzo 2006.

WALIR. “Ley de Aguas y derechos indígenas: hacia el reconocimiento de los derechos de agua y normas de gestión indígenas en la legislación nacional”. (WALIR, Water Law and Indigenous Rights). Universidad de Wageningen y CEPAL. Junio, 2002.





Módulo 4

Políticas de salud indígena

Introducción

El desarrollo de acciones relativas a la salud de los pueblos indígenas toma direccionalidad si se enmarca dentro de una política específica de los Estados. Por lo común, los servicios universales de salud pública cubren en algún grado a las poblaciones indígenas en tanto ciudadanos de un país, no obstante estos servicios resultaron insuficientes e inadecuados para atender las características del perfil epidemiológico y condiciones socioculturales de esta población.

Largo ha sido el proceso de incidencia de los pueblos indígenas y sus organizaciones para que sus demandas de salud ingresen en las agendas de los gobiernos y sean formuladas en políticas. Aún así, no todos los países han definido políticas de salud indígena que se expresen en normas específicas, cuerpos institucionales, programas, planes y proyectos para su concreción.

La gestión de los servicios de salud desde una perspectiva intercultural aún es una aspiración a la que tanto pueblos indígenas, sociedad civil y agentes de salud le han apostado. Uno de sus mayores obstáculos se relaciona con el conjunto de cambios que son necesarios en los factores que inciden en la salud de los pueblos indígenas: disponibilidad de tierras y territorios, fuentes de empleo, vivienda, mercados justos para los productos, baja escolaridad, analfabetismo y pobreza.

El presente módulo sobre “políticas de salud indígena” aborda los elementos que la configuran y da cuenta de algunas acciones específicas que de ellas devienen. El módulo tiene tres unidades: 1) Políticas públicas de salud indígena. 2) Interculturalidad en salud. 3) Política de salud intercultural.

El módulo pedagógico (aparte) trae una propuesta para el abordaje de cada unidad mediante talleres buscando el compartimiento de insumos de contenido y también relacionar con las realidades donde estamos involucrados. Varias de las fuentes tienen referencia opcional para ser profundizados mediante acceso por internet.



Esta unidad enmarca el surgimiento de políticas de salud indígena en el contexto del desarrollo de las políticas públicas de los Estados-nacionales para el tratamiento de los asuntos indígenas.

1.1 Conceptos de política, política pública

Política

La política se refiere a los procesos, acciones o instituciones que definen un orden vinculante de la convivencia que realiza el bien público. Es el conjunto de instituciones (ideas, creencias, usos y prácticas sociales) relacionada con la administración y los asuntos públicos y con el poder²³³.

Se dice que algo se hace “político” a medida que se transforma en una cuestión *problemática*, cuya satisfacción se considera un *bien público* que debe impulsarse o respaldarse por una *agencia del poder*. Visto así, la política debe llevar el equilibrio de estos elementos. La política es el eje conductor que discurre los tramos entre el poder, el Estado y el bienestar general, y que puede ser transversado por la sociedad civil.

Política Pública

Es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental. Designa “un marco de orientación para la acción”²³⁴, así un gobierno tiene una política económica, de salud, de educación o realiza un conjunto de intervenciones. Se definen generalmente desde el punto de vista de la “decisión” del gobierno, que opta o no por aplicar un conjunto de acciones frente a un problema o en un sector relevante de su competencia.

Una política pública se presenta como un “programa de acción gubernamental” en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico. Esto implica que se definan un conjunto de medidas concretas que orientarán sus acciones y recursos en el tratamiento de solución del problema planteado. La política es de ejecución obligatoria por el aparato burocrático.

La adopción de políticas públicas por lo común están relacionadas con el nivel de influencia o acción de la ciudadanía, colectivos, grupos de presión relacionados a las carencias, problemáticas o propuestas. Estas acciones son conocidas como incidencia política en tanto van dirigidas a influir en el Estado, en las instituciones públicas y en sus políticas. El acceso a las personas que

²³³Para Kaplan, la política es “el conjunto de fuerzas, funciones, actividades, estructuras y procesos que resisten o a la inversa, expresan y refuerzan, los dinamismos que amenazan las formaciones sociales; que reducen, o bien aumentan, las discontinuidades y fracturas; que limitan, o por el contrario, amplifican los efectos modificatorios resultantes de la acción del tiempo”. Kaplan, Marcos. *Estado y Sociedad*. UNAM, México, 1983. p. 161.

²³⁴Meny, Yves, Thoenig, Jean-Claude. *Las políticas Públicas*. Edit. Ariel, Barcelona 1992. p. 89.

toman decisiones o a las últimas instancias de toma de decisiones requiere definir estrategias para lograrlo²³⁵.

Componentes de una política pública

1. Un contenido: La actividad pública se identifica bajo la forma de una sustancia, de un contenido. Se movilizan los recursos para generar los resultados o productos.
2. Un programa: el conjunto de actividades detrás de la decisión pública de un ejecutivo como los procedimientos institucionales, el programa de gobierno, articulación con algunos ejes del problema tratado.
3. Una orientación normativa: es la expresión de finalidades y preferencias del decisor que las asume en forma responsable.
4. Un factor de coerción: es de naturaleza obligatoria.
5. Una competencia social: afectan la competencia de los administrados.

El Estado coordina el diseño y ejecuta las políticas públicas desde una visión de interés público, de forma que sea percibido por todos, y que los ciudadanos confíen en el manejo del poder y se tenga credibilidad en su efectividad. Esto posibilita gobernabilidad.

Ciclo de formación de las políticas públicas



Fuente: Adaptado de Fundación Acceso: 2003.

Fuente: Juliana Martínez y Rosalía Camacho. *Inclusión, Derechos Humanos e Incidencia Política*. IIDH, San José, 2003.

²³⁵ Juliana Martínez y Rosalía Camacho. *Inclusión, Derechos Humanos e Incidencia Política*. IIDH, San José, 2003. Documento elaborado para el Encuentro Estratégico de Organizaciones-Redes por la Incidencia Costa Rica, 19 a 20 de agosto de 2003. Documento accesible en línea en la Sección de Diversidades de la web del IIDH: www.iidh.ed.cr



Institucionalidad pública sobre pueblos indígenas y salud

País	Institución de la Política Indigenista	Instancia pública de salud indígena
Argentina	Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI)	-Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios -Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas-Ministerio de Salud de la Nación
Bolivia	Ministerio Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios	Vice Ministerio de Medicina Tradicional Indígena-Ministerio de Salud
Brasil	Fundación Nacional del Indio (FUNAI) Ministerio del Interior	Fundación Nacional de Saúde FUNASA, Ministério da Saúde
Chile	Corporación Nacional de Desarrollo Indígena-CONADI	Programa Nacional de Salud Indígena-Ministerio de Salud
Colombia	Dirección General de Asuntos Indígenas, Ministerio del Interior	Programa de Salud para Pueblos Indígenas-Dirección General de Promoción Social-Ministerio de la Protección Social
Costa Rica	Comisión Nacional de Asuntos Indígenas	Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas-Ministerio de Salud Programa de Salud Indígena-Caja Costarricense de Seguro Social
Ecuador	Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y de los Pueblos del Ecuador (CODENPE)	Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas-Ministerio de Salud
El Salvador	Jefatura de Asuntos Indígenas CONCULTURA Ministerio de Educación	
Guatemala	Fondo de Desarrollo Indígena Guatemalteco-FODIGUA	Plan Indígena, Proyecto de Salud y Nutrición Salud Básica para Grupos Vulnerables-Ministerio de Salud
Honduras	Fiscal Especial de las Etnias Ministerio Público Programa Nuestra Raíces/ Fondo Hondureño de Inversión Social	Unidad de Salud Indígena Secretaría de Salud de Honduras



México	Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas-CNDPI	CNDPI Instituto Mexicano de Seguridad Social Programa de Ampliación de Cobertura de la Secretaría de Salud Programa de Educación, Salud y Alimentación Coordinación de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas-Secretaría de Salud
Nicaragua	Instituto Nicaragüense de Desarrollo de las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica	Comisión de Salud de Consejo Regional Autónomo Ministerio de Salud
Panamá	Dirección Nacional de Política Indigenista Ministerio de Gobernación y Justicia	Sección de Pueblos Indígenas Comisión Nacional de Promoción de la Salud - Ministerio de Salud
Paraguay	Instituto Paraguayo del Indígena	Instituto Paraguayo del Indígena Ministerio de Salud
Perú	Instituto Nacional de Desarrollo de Pueblos Andinos, Amazónicos y Afroperuano-INDEPA	Centro Nacional de Salud Intercultural, Instituto Nacional de Salud-Ministerio de Salud
Venezuela	Dirección General de Asuntos Indígenas del Ministerio de Educación Comisión Presidencial para la Atención de los Pueblos Indígenas	Coordinación Nacional de Salud Indígena - Ministerio de Salud

Las políticas públicas orientan a pueblos indígenas

En la década correspondiente al Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas, las cuestiones del interés de los pueblos indígenas han ingresado en las agendas políticas de los Estados de América Latina, y han sido y están siendo objeto de políticas públicas específicas. En casi la mayoría de los países se han aprobado y puesto en vigencia legislaciones de distinta jerarquía que, junto con establecer diversas formas de reconocimiento de los pueblos indígenas y de algunos de los derechos, también han dado lugar a cambios a nivel de la institucionalidad del Estado. Como se ha constatado en la Primera Reunión Intergubernamental sobre Institucionalidad y Políticas Públicas orientadas a Pueblos Indígenas²³⁶, en gran medida los avances se deben a las luchas emprendidas de manera incesante por los pueblos indígenas, que han ido ganando espacio frente a los Estados y constituyéndose en actores protagónicos y

²³⁶Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe. Declaración de Brasilia. Primera Reunión Intergubernamental sobre Institucionalidad y Políticas Públicas orientadas a Pueblos Indígenas. Brasilia, Brasil, 24 de noviembre de 2004. http://www.servindi.org/antiguo/sp/documentos/derechos_i/Der_ind_5.htm.



sujetos de las políticas que les están dirigidas. En varios países indígenas han ocupado cargos directivos del más alto nivel en la institucionalidad del Estado, tanto a nivel de los gobiernos centrales, como en otros niveles territoriales de la administración. Se aprovechó positivamente el marco internacional de ratificación de convenios internacionales, compromisos de cumbres y otros factores como la década de los pueblos indígenas.

Cambios en la institucionalidad indígena de los Estados en la última década

- La creación de Ministerios, viceministerios, agencias estatales y comisiones especializadas en los asuntos indígenas.
- La creación de espacios institucionales, instancias y procedimientos de coordinación intersectorial de las políticas con incidencia en las poblaciones indígenas, así como más recientemente, la búsqueda por dotar de mayor pertinencia cultural a las políticas dirigidas al conjunto de la población.
- La definición de políticas específicas dirigidas a los pueblos indígenas, en materia de salud, educación, fomento productivo, habitabilidad, tierras, acceso y gestión de recursos naturales, entre otras; y la realización de esfuerzos cada vez más sistemáticos por dotarse de información pertinente sobre la situación de los Pueblos Indígenas, como instrumento para la toma de decisiones de política pública.
- La creación de mecanismos de financiamiento de las políticas indígenas, algunos de los cuales consagrados a través de instrumentos legales.
- La incorporación de nuevos enfoques conceptuales y metodológicos, y la creación y aplicación de procedimientos y estrategias de intervención más o menos pertinentes y particularizadas a la realidad indígena, a través de la definición e implementación de planes, programas y/o proyectos de diverso alcance, naturaleza y contenidos.

La citada Reunión asimismo constató que estos avances son aún insuficientes, que los Pueblos Indígenas sienten a diario amagado el ejercicio de sus derechos, y que es necesario redoblar esfuerzos para avanzar en la definición, perfeccionamiento e implementación de arreglos institucionales que, con y para los Pueblos Indígenas, permitan profundizar el reconocimiento de sus derechos y garantizar su efectivo y completo ejercicio. En ese entender se señalaron algunos elementos²³⁷ que pudieran implicar un mayor avance, en la política pública indígena, como:

- a) Que los Estados mejoren y perfeccionen la institucionalidad indígena, la doten de mayor jerarquía y recursos, así como de instrumentos adecuados y potestades reales para incidir en el conjunto de las políticas sectoriales que tienen incidencia en los Pueblos Indígenas.

²³⁷ *Ibíd.*



- b) Transversalizar los asuntos indígenas y profundizar la articulación intersectorial de las políticas públicas: fortalecer instancias y mecanismos de coordinación intersectorial de las políticas públicas que tienen incidencia en los Pueblos Indígenas.
- c) Flexibilizar y adecuar la oferta pública para hacerla pertinente a las realidades y situaciones particulares de los Pueblos Indígenas.
- d) La necesidad de profundizar la participación de los Pueblos Indígenas en la gestión de las políticas públicas. La política pública debe ser con y para los Pueblos Indígenas, cuyo estatuto de actores protagónicos, gestores y sujetos activos y deliberantes de los asuntos que les conciernen no puede ya ser puesto en cuestión.
- e) Disponer de información pertinente, oportuna y de calidad para, de una parte, informar los procesos de formación de las políticas públicas, y de otra, dar seguimiento y evaluar sus resultados e impactos sobre los pueblos indígenas.
- f) Avanzar desde el “reconocimiento” al pleno ejercicio y goce de los derechos de los Pueblos Indígenas. El diseño e implementación de un sistema de monitoreo a nivel regional, subregional y/o nacional, que permita evaluar los avances en materia legal y, a la vez, permita conocer los avances en los procesos de implementación de dichos marcos normativos.
- g) Avanzar hacia la definición de políticas de estado, con horizonte de largo plazo y con visión estratégica, proceso que no debería abandonarse al interés de mayorías eventuales ni de grupos de interés que toman a su cargo la gestión de los asuntos públicos, en coyunturas políticas específicas.
- h) Avanzar hacia la construcción de nuevos horizontes conceptuales y hacia una nueva agenda, que permita dotar de un estatuto a la noción de Desarrollo indígena, construir agendas en consonancia con dichas definiciones, y avanzar soluciones en el marco de una agenda de cooperación intergubernamental.

Política de salud indígena

Es menester que la política de salud indígena esté dotada de un marco normativo específico que puede originarse en: a) una decisión ejecutiva: decreto presidencial o ministerial; b) una decisión parlamentaria: ley específica; c) una resolución del poder judicial: fallo judicial; o d) decisión de alta administración pública: reglamentos. Como se puede ver en el módulo sobre derecho indígena a la salud, los países latinoamericanos en su mayoría han ratificado normas internacionales que reconocen derechos de los pueblos indígenas a la salud.

Las políticas públicas de salud, además de los dispositivos legales suponen así mismo marcos institucionales (reforma o creación de estructuras) para su adecuada implementación. En ese sentido, se diseñan instituciones con propósitos de cobertura especializada tanto para el estudio de situaciones como en las acciones o intervenciones propiamente dichas, en otros casos su función es reguladora o asesora. Uno de los problemas que enfrentan las instituciones así creadas, es la inestabilidad con ocasión de los cambios de régimen, durante los cuales corren el riesgo de ser sometidas a procesos de reingeniería institucional o a cambios creativos que pueden minimizarlo o alejarlo de su función fundamental o eliminarlo. La naturaleza de la política pública definirá el alcance de su expresión institucional y su mortalidad.



Las políticas de salud indígena integran e implican a su vez los siguientes ámbitos: política sanitaria, planificación sanitaria, oferta de servicios de salud, modelo de atención de salud, modelo de gestión de los servicios de salud, modelo de organización de los servicios de salud y la accesibilidad.

Uno de los primeros lineamientos generales propuestos por SAPIA/OPS en 1993 tiene que ver con la “formulación de políticas de salud de los pueblos indígenas y aspectos legales y éticos”²³⁸ para ayudar a los países miembros a revisar las políticas marco y las sectoriales que tienen o deberían tener que ver con la resolución de los problemas específicos de salud de los pueblos indígenas. La propuesta apuntaba a una participación vigorosa de los pueblos indígenas, en el marco de Estados nacionales pluriculturales y multilingües, abiertos a la diversidad y el pluralismo, desde una perspectiva de rescate y revaloración de los pueblos indígenas y la búsqueda de un nuevo tipo de interrelación entre ellos, el Estado y la sociedad nacional.

Entre las áreas de política que merecieron especial consideración y desarrollo se incluyeron a) Las prácticas tradicionales, la utilización y preservación de las plantas medicinales; b) Revisión de cuestiones jurídicas y legales que posibiliten el reconocimiento de las prácticas tradicionales. La Resolución V de la OPS insta a los gobiernos el establecimiento o fortalecimiento de comisiones técnicas de alto nivel u otro mecanismo de concertación con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud indígena, que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención a la población indígena²³⁹.

Con este fin, la OPS ha convocado diversas reuniones regionales para motivar la elaboración de políticas de salud indígena, como fue la reunión con el Parlamento Andino y Parlamento Indígena de América en 1996²⁴⁰, cuyo objetivo fue establecer lineamientos para la formulación y ejecución de políticas de salud con enfoque intercultural y de género en los Países Miembros, recomendando políticas focalizadas y acciones estratégicas de promoción de la salud en pueblos indígenas. Las políticas de salud indígena en el proceso han ido centrándose en los siguientes ámbitos²⁴¹: a) Acceso a la salud/participación social; b) Medicina tradicional/indígena; c) terapeutas tradicionales/indígenas

²³⁸OPS/OMS. *Salud de los Pueblos Indígenas*. OPS/OMS, Washington, 1993.

²³⁹Resolución V, Salud de los Pueblos Indígenas. Numeral 2, inciso a) y d).

²⁴⁰Reunión de Trabajo sobre políticas de salud y pueblos indígenas. OPS-Parlamento Andino-Parlamento Indígena de América. Quito, Ecuador 25-27 de noviembre de 1996.

²⁴¹OPS-OMS. Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en salud de los Pueblos Indígenas. Estudios de las Legislaciones de Colombia, Bolivia, El Salvador, México y Honduras. OPS. 1998. P. 8.





Unidad dos Interculturalidad en salud

En esta unidad se abordan los elementos que constituyen los procesos de la interculturalidad y su expresión en el ámbito de las políticas de salud indígena.

2.1 Cultura, multiculturalidad e interculturalidad

La cultura

Es la forma como vive un pueblo, se expresa, actúa y se comunica, comprende su modo de ser, de vivir y valorar, es las relaciones que el hombre y la mujer establecen con la naturaleza, los animales, las plantas, las personas y mantener la energía suprema. Es la sabiduría, los conocimientos, materiales y espirituales, la manera de relacionarse de acuerdo al medio circundante y a la forma de ver y entender el mundo.

- La cultura incluye: bienes materiales, bienes simbólicos (ideas), instituciones (escuela, familia, gobierno), costumbres, hábitos, leyes.
- Toda sociedad tiene cultura y se manifiesta en sociedad, es decir que la cultura es puesta en práctica por las personas que se interrelacionan.
- La cultura es una elaboración colectiva y por ello es inapropiable.
- La cultura está en constante construcción (modificación, recreación de los elementos ancestrales) por ello la cultura es dinámica.
- La cultura es transmisible de generación en generación, es un bien social, e histórico.
- La cultura es la identidad de un pueblo o sociedad.
- La cultura se aprende o se transmite, es decir se socializa de padres a hijos, de maestros a alumnos, de miembros comunitarios. Se transmite el lenguaje, destrezas técnicas, habilidades, significados relacionados entre las personas y otros objetos, hábitos, valores, sentido común.

Una cultura es el conjunto de maneras de pensar, de actuar y de sentir en la triple relación con la naturaleza, con el hombre, y con lo absoluto; es el conjunto de modos de comportamiento, de pensamiento y de sensibilidad que estructuran las actividades del hombre en su triple relación con la naturaleza, con la sociedad, con el cosmos.

La identidad

Es lo que somos y sentimos, de pertenecer a un pueblo o grupo humano que compartimos elementos comunes por la procedencia de un territorio, una cultura que nos distingue como



nos vestimos, alimentamos, como son nuestras fiestas, tradiciones, historia, la forma como nos relacionamos con los seres humanos y la naturaleza.

La identidad cultural tiene que dignificar a todos y todas sin excluir ni marginar a nadie. Las culturas tienen valores positivos y valores negativos que es necesario diferenciar. El respeto, armonía, equidad, gratitud, solidaridad y reciprocidad son valores heredados por nuestros ancestros y son las que deben regir la vida cotidiana en nuestras comunidades, aldeas, organizaciones, barrios, etc.

Multiculturalidad

Se entiende por multiculturalismo (como hecho) la convivencia en un mismo espacio social de personas identificadas con culturas variadas. Es el respeto a las identidades culturales, no como reforzamiento de su etnocentrismo, sino al contrario, como camino, más allá de la mera coexistencia, hacia la convivencia, la fertilización cruzada y el mestizaje. En este sentido normativo quedaría fuera lo que podríamos llamar “multiculturalismo radical” o defensa “del desarrollo de las culturas separadas e incontaminadas” y, por lo tanto, como rechazo del mestizaje, un multiculturalismo que, ciertamente, puede conducir a un nuevo racismo o nacionalismo excluyente.

En ese sentido, el multiculturalismo se refiere a la coexistencia de distintas culturas en un mismo espacio real, mediático o virtual. Marca el estado, la situación de una sociedad plural desde el punto de vista de comunidades culturales con identidades diferenciadas²⁴².

Interculturalidad

El tema de la interculturalidad en América Latina surge asociada directamente con lo llamado “el otro”, que en nuestro contexto se refiere principalmente a los pueblos indígenas y afrodescendientes, a partir del análisis de las relaciones de éstos nace la noción de interculturalidad. Su desarrollo en la educación intercultural tiene sus antecedentes en los aportes de las ciencias sociales latinoamericanas desde hace casi tres décadas²⁴³. También esta noción aparece ligada a la emergencia de un nuevo actor social en el escenario sociopolítico latinoamericano: el movimiento indígena y afroamericano, que removió la conciencia de las sociedades latinoamericanas. Surge la interculturalidad como alternativa al mestizaje uniformizador e integracionista de las políticas estatales.

La interculturalidad significa “*entre culturas*”, pero no simplemente un contacto entre culturas, sino un intercambio que se establece en términos equitativos, en condiciones de

²⁴² Miquel Rodrigo Alsina. *Elementos para una comunicación intercultural*. Facultad de Ciencias de la Comunicación, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona. 1996. Ver también Kymlicka, W. (1996) *Ciudadanía multicultural*. Paidós, Barcelona. Ver también el artículo de Claudio Malo González “Cultura e Interculturalidad”, accediendo a los documentos en línea de la Sección Especializada de Diversidades de la página del IIDH: www.iidh.ed.cr.

²⁴³ Luis Enrique López. “La cuestión de la interculturalidad y la educación latinoamericana”. Programa de Formación en Educación Intercultural Bilingüe en los Países Andinos (PROEIB Andes). Universidad Mayor de San Simón-Cooperación Técnica Alemana (GTZ). Documento de trabajo presentado al Seminario sobre perspectivas de la Educación en la Región de América Latina y el Caribe, organizado por UNESCO (Santiago de Chile, 23/25 de agosto de 2000).



igualdad²⁴⁴. Además de ser una meta por alcanzar, la interculturalidad debería ser entendida como un proceso permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre personas, grupos, conocimientos, valores y tradiciones distintas, orientada a generar, construir y propiciar un respeto mutuo, y a un desarrollo pleno de las capacidades de los individuos, por encima de sus diferencias culturales y sociales. La interculturalidad intenta romper con la historia hegemónica de una cultura dominante y otras subordinadas y, de esa manera, reforzar las identidades tradicionalmente excluidas para construir, en la vida cotidiana, una convivencia de respeto y de legitimidad entre todos los grupos de la sociedad. La interculturalidad es una propuesta de diálogo, intercambio y complementariedad. Constituye una noción propositiva que apunta hacia la articulación de las diferencias pero no a su desaparición, bajo el lema de la unidad en la diversidad²⁴⁵.

Como términos, la inter, multi y pluriculturalidad muchas veces son usados como sinónimos. Aunque todos se refieren a la diversidad cultural, sin embargo, apuntan a distintas maneras de conceptualizar esa diversidad y de desarrollar prácticas relacionadas con la diversidad en la sociedad y sus instituciones sociales, incluyendo la salud.

²⁴⁴Un excelente documento sobre el tema fue elaborado por Catherine Walsh. *Propuesta para el tratamiento de la interculturalidad en la educación: Documento Base*. Lima, Septiembre, 2000.

www.pucp.edu.pe/eventos/intercultural/pdfs/inter63.PDF.

²⁴⁵Luis Enrique López. Op. Cit.



La diferencia entre multi, pluri e interculturalidad*

La multiculturalidad: se refiere a la multiplicidad de culturas que existen dentro de un determinado espacio, sin que necesariamente tengan una relación entre ellas. Su uso mayor se da en el contexto de países occidentales como los Estados Unidos, donde las minorías nacionales (negros e indígenas) coexisten con varios grupos de inmigrantes, minorías involuntarias como los puertorriqueños y chicanos, y los blancos, todos procedentes de otros países principalmente europeos; o como en Europa, donde la inmigración se ha ampliado recientemente. El multiculturalismo se entiende como un relativismo cultural; es decir, una separación o segregación entre culturas demarcadas y cerradas sobre sí mismas, sin aspecto relacional. Esta concepción de la multiculturalidad se construye dentro de dos contextos políticos muy distintos. Uno se dirige a las demandas de grupos culturales subordinados dentro de la sociedad nacional, por programas, tratos y derechos especiales como respuestas a la exclusión: un multiculturalismo fundamentado en la búsqueda de algo propio bajo el lema de justicia e igualdad.

El otro contexto político parte de las bases conceptuales del Estado liberal, en el que todos supuestamente comparten los mismos derechos. En este contexto, la tolerancia del otro –un cambio sólo en el nivel de las actitudes– es considerado como suficiente para permitir que la sociedad nacional (y monocultural) funcione sin mayor conflicto, problema o resistencia. Pero, además de obviar la dimensión relacional, esta atención a la tolerancia como eje del problema multicultural, oculta la permanencia de las desigualdades e iniquidades sociales que no permiten a todos los grupos relacionarse equitativamente y participar activamente en la sociedad, dejando así intactas las estructuras e instituciones que privilegian a unos sobre otros.

La **pluriculturalidad** es el referente más utilizado en América Latina, reflejo de la necesidad de un concepto que represente la particularidad de la región donde pueblos indígenas y pueblos negros han convivido por siglos con blancos-mestizos y donde el mestizaje ha sido parte de la realidad, como también la resistencia cultural y, recientemente en algunos países como el Ecuador y Guatemala, la revitalización de las diferencias. A diferencia de la multiculturalidad, la pluriculturalidad sugiere una pluralidad histórica y actual, en la cual varias culturas conviven en un espacio territorial y, juntas, hacen una totalidad nacional.

La multiculturalidad normalmente se refiere, en forma descriptiva, a la existencia de distintos grupos culturales que, en la práctica social y política, permanecen separados, divididos y opuestos, mientras que la pluriculturalidad indica una convivencia de culturas en el mismo espacio territorial, aunque sin una profunda interrelación equitativa.

La **interculturalidad** se refiere a complejas relaciones, negociaciones e intercambios culturales, y busca desarrollar una interacción *entre* personas, conocimientos y prácticas culturalmente diferentes; una interacción que reconoce y que parte de las asimetrías sociales, económicas, políticas y de poder y de las condiciones institucionales que limitan la posibilidad que el “otro” pueda ser considerado como sujeto con identidad, diferencia y agencia –la capacidad de actuar. No se trata simplemente de reconocer, descubrir o tolerar al otro, o la diferencia en sí, tal como algunas perspectivas basadas en el marco de liberalismo democrático y multicultural lo sugieren.

*Catherine Walsh. *Propuesta para el tratamiento de la interculturalidad en la educación: Documento Base*. Lima, Septiembre, 2000.



Interculturalidad supone impulsar espacios de encuentro, diálogo y asociación entre seres y saberes, sentidos y prácticas distintas. Más allá de la mera relación entre culturas, requiere confrontar las desigualdades en los intercambios culturales y entre culturas mismas. Sin negar que existen relaciones interculturales en el nivel personal, se puede decir que en el espacio de la sociedad y el Estado, la interculturalidad aún no existe. Es un “deber ser” alcanzable por medio de nuevas prácticas, valores y acciones sociales concretas y conscientes que se pueden construir, no en “abstracto”, sino en medio de procesos formativos y participativos colectivos en los que se relacionen los miembros de culturas diversas²⁴⁶.

Por ello, este proceso no se puede reducir a una mezcla, fusión o combinación de elementos, tradiciones, características o prácticas culturalmente distintas. Sobre todo representa procesos dinámicos y de doble o múltiple dirección, repletos de creación y de tensión y siempre en construcción; procesos enraizados en las brechas culturales reales y actuales, brechas caracterizadas por asuntos de poder y por las grandes desigualdades sociales, políticas y económicas que no permiten una relación equitativa. Son procesos que pretenden desarrollar solidaridades y responsabilidades compartidas.

La interculturalidad es:

- Un proceso dinámico y permanente de relación, comunicación y aprendizaje entre culturas en condiciones de respeto, legitimidad mutua, simetría e igualdad.
- Un intercambio que se construye entre personas, conocimientos, saberes y prácticas culturalmente distintas, buscando desarrollar un nuevo sentido de convivencia de éstas en su diferencia.
- Un espacio de negociación y de traducción donde las desigualdades sociales, económicas y políticas, y las relaciones y los conflictos de poder de la sociedad no son mantenidos ocultos sino reconocidos y confrontados.
- Una tarea social y política que interpela al conjunto de la sociedad, que parte de prácticas y acciones sociales concretas y conscientes, e intenta crear modos de responsabilidad y solidaridad.
- Una meta por alcanzar.

La operacionalización del concepto de interculturalidad, según la OPS²⁴⁷, supone el cumplimiento de los siguientes principios:

- Diálogo fundamentado en el respeto a la diferencia.
- Tolerancia a las contradicciones que conduzca a la solidaridad.
- Democracia cultural.
- Participación que incorpora la representación, la consulta.

²⁴⁶Walsh. Op. Cit.

²⁴⁷OPS/OMS. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Abril de 1998.



- El consenso y la convergencia de objetivos comunes.

Estos principios traducidos a la práctica se orientan básicamente a:

- Combatir las relaciones asimétricas excluyentes y discriminadoras.
- Llegar a relaciones de equidad entre los diferentes pueblos, culturas, etnias.
- Valorar las diferentes culturas para eliminar el racismo.
- Crear formas de poder compartido en las que todos los actores participan en la dinámica social.
- Construir la ideología, los valores, las actitudes, y las prácticas para lograr nuevas formas de relación.

Lo intercultural se considera como la visión o interpretación de la realidad desde la cultura. Si no se considera la dimensión socio espiritual de la salud no se logra entender el conflicto de lo intercultural²⁴⁸.

2.2 Interculturalidad en salud

Desde la perspectiva de los pueblos indígenas, existen enfermedades que únicamente tiene salida resolutive a través de terapeutas tradicionales. Se trata de los denominados “síndromes culturalmente delimitados”. Estos constituyen un conjunto de signos y síntomas de diversa explicación que solo pueden ser entendidos, comprendidos, tratados integralmente dentro de la cultura particular en que se desarrollan, pues cuentan con la clave o el código cultural que permite desentrañar su contenido simbólico y la profundidad de significados específicos. Los más conocidos y frecuentes en América Latina corresponden al mal de ojo, el empacho, el susto o espanto, la caída de mollera, los aires (mal viento), torceduras, maleficio y otros²⁴⁹. Como se puede ver en el módulo sobre medicina tradicional, en las sociedades indígenas perviven complejos sistemas de salud de raíces ancestrales junto a los sistemas de salud oficiales. Eso muestra en la realidad la vigencia –con o sin reconocimiento legal– de sistemas que gozan de legitimidad y niveles de efectividad y correspondencia con sus sistemas de vida. Un adecuado acercamiento y armonización con esta realidad solo es posible desde una visión de un “pluralismo médico”.

El desencuentro entre culturas, particularmente en los servicios de salud que se proporcionan a la población indígena, en especial en el primer nivel de atención, depende en gran parte de la formación y competencia del personal que atiende a la población indígena. La incorporación del enfoque intercultural de la salud como una estrategia adecuada en los programas de capacitación

²⁴⁸Ministerio de Salud de Chile. Segundo Encuentro de Epidemiología e Interculturalidad. Makewe: Ministerio de Salud/OPS, octubre del 2001.

²⁴⁹Roberto Campos Navarro. “La Medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina”. *Nueva Época/Salud Problema/ Año 4 Número. 7/ diciembre de 1999. P. 75-81.* Un compendio reciente de experiencias sobre el tema se puede ver en “Experiencias sobre Salud intercultural en América Latina” en Gerardo Fernández (Coordinador) *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas.* Abya Yala, Quito, 2004. También está el libro *Salud, Cultura y territorio; bases para una epidemiología intercultural.* Servicio de Salud Araucanía Sur, 1998.



del personal de salud, ayuda a modificar la percepción, los valores y sobre todo las prácticas del equipo de salud en situación multicultural.

El desarrollo de acciones de salud con orientación intercultural supone reconocer principios básicos, como el respeto en el trato de los usuarios, el reconocimiento de las tradiciones culturales, el combate a la exclusión en la atención y la equidad en salud hacia los distintos grupos étnicos. Hay tres acercamientos posibles al ámbito operativo de la salud intercultural²⁵⁰:

a) **La salud intercultural como acción-movilización**, entendida como el proceso de acercamiento donde el equipo de salud convoca a las comunidades, y moviliza recursos en la perspectiva de dar satisfacción a determinadas necesidades de salud. La comunidad no es promotora de esta iniciativa, sino responde activamente a un llamado externo.

b) **La salud intercultural como gestión**, entendida como el proceso en que representantes de la comunidad participan en la ejecución de acciones en salud, orientación dentro de los centros de salud, conexión con la familia, respondiendo a necesidades sentidas de la comunidad. Así, surge un voluntariado de facilitadores interculturales en espacios cedidos por el centro de salud.

c) **La salud intercultural como cambio**, entendida como el proceso en donde la comunidad y el equipo de salud se unen en la búsqueda de una respuesta común. Requiere de una respuesta activa y responsable en la definición de problemas y prioridades, control de recursos, compromisos en las acciones y evaluación de las mismas²⁵¹.

Estrategias de salud intercultural

El enfoque intercultural tiene dos niveles de expresión: a) las actividades que materializan la interacción entre medicinas, y b) la cultura que sustenta los modelos médicos en interacción. Este último, implica trascender desde la acción médica concreta hacia la implementación de un modelo pluricultural de salud y sociedad. Requiere transformaciones estructurales de largo plazo y responsabilidades que sobrepasan a los actores del sistema de salud, pues son las estructuras del Estado junto con las sociedades indígenas quienes deben establecer las bases para un proyecto pluricultural de sociedad²⁵².

A nivel de las acciones en salud, las estrategias de comunicación intercultural aparecen como factores que disminuyen las barreras sociales y culturales entre equipos de salud y usuarios. El mejorar los procesos de comunicación y diálogo, promueve una mayor comprensión de las expectativas de ambos actores y a la vez mejora el nivel de satisfacción de los usuarios con el sistema de salud biomédico.

²⁵⁰ Sergio Lerin Piñón. "Inequidad en salud e interculturalidad". Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México D.F.

http://www.inmujeres.gob.mx/extra/genero_salud_interculturalidad/res/noticias_inequidad_salud.doc

²⁵¹ Sáenz, M. *Programa salud y pueblos indígenas*. Ministerio de Salud, Chile, 1999.

²⁵² Ana M. Alarcón M, Aldo Vidal H., Jaime Neira Rozas. "Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales". *Revista médica de Chile* v. 131 N. 9, Santiago Sep. 2003.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext



La validación cultural consiste en aceptar la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente considerando el contexto cultural en que este modelo emerge. Las acciones de los pacientes frente a su enfermedad son la mayoría de las veces congruentes con las explicaciones aprendidas en su grupo social y cultural. La validación cultural del mundo simbólico del paciente significa que se comprenda, respete e incluso integre elementos culturales relevantes para el proceso de recuperación del enfermo.

Integración e interculturalidad en salud indígena

En el ámbito de los sistemas y los servicios de salud, el análisis socio-cultural promueve el enfoque intercultural de la salud, en estrategias de curación, rehabilitación, prevención y promoción de la salud. Este enfoque intenta desarrollar el reconocimiento, el respeto y la comprensión de las diferencias socioculturales de los pueblos, sus conocimientos, y sus recursos en el mejoramiento de la salud de la población. Es decir la incorporación de la perspectiva, medicinas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud. Este proceso implica la aplicación de un marco jurídico que facilite la participación social, el ejercicio de la práctica y la protección y conservación del conocimiento y recursos comunitarios. De igual manera implica, la generación de conocimiento y paradigmas que amplíen los marcos conceptuales y faciliten el entendimiento del conocimiento indígena y su incorporación en la formación y desarrollo de recursos humanos²⁵³.

Condiciones para el desarrollo de un modelo intercultural en salud

Las condiciones para el desarrollo de modelos de atención con enfoque intercultural son más factibles en el nivel básico de atención. Es deseable que los pacientes sean tratados preferencialmente en este nivel. Esto requiere potenciar la variedad de oferta y elevar la calidad de atención integral en este nivel. La interculturalidad es necesaria también en los niveles superiores de atención que permitan atender a los pacientes remitidos desde los niveles de atención básica. Esto requiere de programas interculturales que consideren las diferencias lingüísticas, de hábitos alimenticios y alojamientos. Requiere un paquete básico basado en protocolos flexibles, sensibles y buscar estrategias de ampliación que incrementen los poderes locales de decisión en temas sanitarios²⁵⁴.

²⁵³ OPS, *Serie Salud de los Pueblos Indígenas* No. 24. P. 2.

²⁵⁴ Sumamente ricas son las reflexiones contenidas en la Memoria de la Mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en la Amazonía. OPS-OTCA.REDSIAMA. Cartagena de Indias, Colombia, abril 21 a 23 de 2005.



Condiciones para desarrollar un modelo intercultural de salud en atención primaria*

1. Es necesario generar y mantener espacios permanentes de participación y diálogo entre las organizaciones indígenas locales, regionales y transfronterizas; en igual sentido, entre las organizaciones indígenas, las entidades estatales y las organizaciones no gubernamentales.
2. Los espacios promovidos para la negociación y discusión de las diferencias deben ser equitativos. Asimismo, deben promover la autoestima, la ciudadanía y la interculturalidad.
3. Los modelos de atención deben fortalecer las instituciones y organizaciones sociales indígenas.
4. Se requiere una política de reconocimiento formal, respeto y fortalecimiento de las medicinas indígenas como parte complementaria de los modelos de salud.
5. Urge la defensa de la biodiversidad y prácticas tradicionales indígenas en el campo de la salud frente a campos de desarrollo tecnológico externo.
6. Se deben incluir agentes y terapeutas tradicionales en los procesos propios de participación y decisión sobre la organización de los servicios de salud
7. La atención en los servicios de salud debe tener una instancia previa de diálogo y concertación sobre la puesta en práctica de la misma; teniendo presente las diferencias culturales en el trato de las comunidades, con explicaciones claras y respetuosas de la transmisión de conocimientos de la cultura local.
8. Los modelos interculturales deben considerar modelos efectivos de participación social.
9. Debe existir personal capacitado para el trabajo intercultural; como ejemplo, la capacitación de equipos de salud (indígenas y no indígenas) en procesos interculturales.
10. Los indicadores inherentes a los sistemas de información deben considerar aspectos culturales de los pueblos indígenas de forma que éstos sean reconocidos por las comunidades.
11. Se deben adecuar los sistemas educativos para que sean sensibles a la cuestión indígena en los Estados nacionales.
12. Se debe buscar espacios de inversión para el fortalecimiento y cooperación binacional (o trinacional) en aspectos puntuales relativos a la salud; dicha inversión, puede iniciarse desde la OPS, los TCC o mediante la cooperación entre países.
13. Se requiere generar conciencia acerca de que las perspectivas interculturales como temática requieran tratar el tema de género.
14. Se deben tener espacios de participación para el abordaje intercultural de los sistemas o servicios de salud.
15. Los modelos de atención deben basarse en elementos propios del sistema tradicional (cosmovisión indígena), revitalizando promotores de salud, chamanes, curanderos, parteras y otros. Evitando que el modelo de salud indígena sea asimilado por el modelo occidental.
16. Debe facilitarse el acceso a los servicios de salud para las comunidades indígenas, de modo que sea seguro que éstas son realmente atendidas.
17. Se debe tener en cuenta la territorialidad como un derecho y como un tema abierto, en el cual puedan plasmarse las realidades de cada una de las zonas urbanas o semi-urbanas.

*Memoria de la Mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en la Amazonía. OPS-OTCA-REDSIAMA. Cartagena de Indias, Colombia, abril 21 a 23 de 2005.



Vigilancia epidemiológica intercultural

Requiere superar algunos vacíos existentes como: a) no registro de información epidemiológica con criterio étnico en el nivel local y nacional; b) carencia de perfil epidemiológico según grupo étnico; c) paralelismo o superposición en la información epidemiológica; d) formularios de información epidemiológica demasiado complejos de diligenciar; e) baja calidad de información en los registros de informaciones epidemiológicas en las unidades básicas de salud; f) la información de los promotores de salud no es aceptada en el sistema nacional epidemiológico.

Indicadores para medir la interculturalidad en salud*

- Observar si se incorpora la variable etnia en el sistema de vigilancia epidemiológica.
- Determinar si en las áreas relacionadas con salud los currículos de universidades y en los servicios de salud tienen presente el componente: diversidad cultural.
- Establecer si existen programas de inducción sobre diversidad cultural en el personal médico y paramédico para trabajos con comunidades indígenas.
- Percatar la existencia de infraestructura, alojamiento y oferta tecnológica sensible a la diversidad cultural.
- Advertir el nivel de apoyo a los indígenas para tener acceso, en especial lingüístico, a los servicios superiores de atención.
- Determinar la cantidad de personal indígena involucrado en los trabajos de salud de forma tal que se discrimine los diferentes niveles de formación (promotores de salud o de medicina de nivel superior).
- Calificación de la participación de la medicina tradicional en los sistemas de salud.

*Memoria de la Mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en la Amazonía. OPS-OTCA-REDSIAMA. Cartagena de Indias, Colombia, abril 21 a 23 de 2005.

La interculturalidad requiere de un cambio global: no se sustenta sólo en voluntades particulares, sino que necesita de voluntad política. Como paradigma existen dos caminos: Uno es el fortalecimiento de las especificidades culturales y el otro es la potencialidad de convertirse en una cultura nueva, diferente de las dos anteriores. Como desafío, la Interculturalidad debería mejorar la Salud de ambos pueblos, requiere que se ganen espacios desde los indígenas y también requiere de ceder poder desde el sector oficial.



La interculturalidad debe permitir una mirada holística (totalizadora) y humana de las personas y de su entorno²⁵⁵.

2.3 Modelo de salud intercultural

En concordancia con la OPS, el reconocimiento de la diversidad étnica y cultural de la población es el punto de partida y eje transversal del establecimiento de un modelo de atención que responda adecuadamente a las necesidades reales de la población indígena y a la institucionalización del enfoque intercultural de la salud²⁵⁶.

En América Latina estos modelos de salud intercultural se suscitan en el marco de los procesos de reforma del sector salud que constituyen una oportunidad para el diálogo, la reflexión y el análisis de las características y necesidades de los pueblos indígenas. La incorporación de elementos de la perspectiva social y antropológica, y la participación de los pueblos en todas las etapas del proceso de organización y provisión de servicios de salud determinará la generación de conocimientos y metodología que apoyen la incorporación del enfoque intercultural de la salud y el logro de las metas de la reforma sectorial. La OPS definió los siguientes principios básicos que debe contener el modelo de salud intercultural.

²⁵⁵ Guillermo Davinson, Ivonne Jélvez y Sergio Yánez. *Investigación del diseño de un programa de salud intercultural para Indígenas. Bases para una propuesta de un Seguro Indígena*. Fundación de Desarrollo Educacional La Araucanía y la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. 1997.

²⁵⁶ OPS/OMS. *Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington, D.C. Abril de 1998.



Principios del Modelo de Salud Intercultural*

- La atención de la salud debe ser integral, considerando los elementos curativos de rehabilitación, de prevención y promoción.
- La participación social y en especial la participación de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, debe ser garantizada de una manera sistemática.
- La revitalización cultural debe ser promovida.
- Las acciones deben responder al principio de reciprocidad, es decir que si bien la salud es también responsabilidad de la sociedad civil, la estructura del gobierno debe asumir su rol como gestor, normador y supervisor en conjunto con la sociedad civil.
- La equidad en la atención en salud debe ser primordial, priorizando el binomio madre-niño, la población de las comunidades étnicas y los grupos poblacionales productivos (pescadores, mineros, buzos, agricultores, trabajadores informales, artesanos).
- Toda la población y en especial los grupos desprotegidos deben tener acceso económico, social, geográfico y cultural a la atención básica en salud.

Las estrategias de desarrollo que guiarán el modelo de atención podrían ser agrupadas de acuerdo a los criterios rectores de la reforma del sector salud e incluyen las siguientes:

Equidad

- Priorización de la atención a los grupos poblacionales excluidos, particularmente a los pueblos indígenas y en ellos a la mujer y niño indígenas. De igual manera, en lo referente a la salud ocupacional, priorización de la atención de pescadores, mineros, buzos, agricultores, trabajadores informales, artesanos.
- Revalorización y protección de la medicina tradicional/medicina indígena.
- Revalorización y protección de la alimentación autóctona de los pueblos.
- Los dos puntos anteriores dentro de los esfuerzos de conservación del medio ambiente y de la biodiversidad.

Participación social

- Fortalecimiento del proceso de descentralización. Es decir el traspaso de poderes y facultades a las autoridades del nivel local garantizando el fortalecimiento de los pueblos indígenas.
- Desarrollo de la participación social, particularmente de los pueblos indígenas, en las actividades de diseño, implementación y evaluación de políticas, planes y programas de salud que los involucren.

Calidad

- Impulso del desarrollo de la atención primaria como el eje del modelo de salud.
- Desarrollo del marco jurídico que permita la incorporación de nuevos paradigmas y estrategias en la atención de salud.
- Fortalecimiento y desarrollo de los recursos humanos en cuanto a la formación acorde a las necesidades de la población, particularmente de la población indígena, para la red de servicios en zonas étnicas y aumento de la capacidad de análisis y de asistencia técnica del personal del nivel central y local.



Eficiencia

- Fortalecimiento de la red de servicios orientado a elevar la capacidad resolutoria de la oferta institucional tomando en cuenta las particularidades de la población.
- Desarrollo de nuevas modalidades de gestión, promoviendo la participación activa de la comunidad en la gestión de los servicios de salud y procesos de negociación, concertación, consenso y responsabilidad compartida.

Sostenibilidad

Fomento de un entorno que permita mejorar la salud en la unidad familiar. Es decir, atención y trabajo directo con la familia y promoción de los derechos.

Apoyo a la organización comunal en torno a la solución de problemas e impulso de la educación primaria.

Financiamiento adecuado a través de recursos nacionales, recursos de la cooperación externa, empresas privadas y venta de servicios a poblaciones con capacidad de pago.

Incidencia en el desarrollo de las políticas de protección del medio ambiente y de los trabajadores a través de mecanismos de coordinación que influyan en la autorización del funcionamiento de industrias que puedan tener efectos nocivos en la salud de la población o en el medio ambiente.

Para la instrumentalización de estas estrategias se proponen los siguientes componentes:

- Promoción de espacios de diálogo y negociación entre el sector institucional e indígena con el acompañamiento del nivel central y local.
- Investigación orientada a crear metodologías y bases de datos construidas y concertadas desde una perspectiva indígena e institucional.
- Educación y comunicación dirigida a elevar la capacidad de análisis y de propuesta de los recursos humanos de la salud y de los pueblos indígenas.
- Planificación como elemento básico para la gestión de recursos financieros y logísticos.

* OPS/OMS. *Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos*. Washington, D.C. Abril de 1998.



Armonización intercultural²⁵⁷

La interculturalidad como un “deber ser”, un estado al que debemos avanzar supone tres procesos de armonización entre los sistemas de salud indígenas y el sistema biomédico oficial. Estos son de orden jurídico, conceptual y práctico.

Armonización jurídica: es la adaptación de los marcos jurídicos –políticas, leyes, regulaciones y normas– a las características socioculturales de los pueblos indígenas y el establecimiento de una relación equitativa entre los pueblos indígenas y la sociedad nacional. Específicamente en el ámbito de los sistemas y servicios de salud, implica la generación de marcos jurídicos que favorezcan el acceso de la población indígena a una atención de salud de calidad y oficialicen la contribución de los sistemas de salud indígenas en el mantenimiento y restauración de la salud de la población.

Armonización conceptual: es el reconocimiento de los saberes, prácticas y recursos indígenas como sistemas de salud y a la generación de paradigmas nuevos y alternativos que permitan la comprensión de la complejidad y riqueza de las respuestas teóricas y prácticas, materiales y simbólicas que los sistemas de salud indígenas tienen en el mantenimiento y restauración de la salud. Es decir, la generación de marcos conceptuales, instrumentos y metodología que aporten en la revisión de los planos de análisis al tener que confrontar la teoría y la perspectiva generales, con las condiciones particulares de los pueblos indígenas y, más aún, de una comunidad o grupo de comunidades, en concreto.

Armonización práctica: está orientada a la formulación e implementación de modelos de atención que, a la vez que priorizan la excelencia técnica, tienen en cuenta las características sociales y culturales de la población beneficiaria, en este caso de la población indígena, los recursos de la comunidad y los perfiles epidemiológicos específicos. Esto supone la formación y desarrollo de recursos humanos capaces de respetar, comprender y responder a los diferentes contextos socioculturales de la población beneficiaria, a fin de proporcionar una atención integral de salud al individuo y a la comunidad.

²⁵⁷ OPS/OMS. *Armonización de los Sistemas de Salud Indígenas y el Sistema de Salud Convencional en las Américas. Lineamientos Estratégicos para la Incorporación de las Perspectivas, Medicinas y Terapias Indígenas en la Atención Primaria de Salud.* Washington, D.C. Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, marzo de 2003.



Vacíos en interculturalidad en hospitales rurales*

En la actualidad, es evidente que los esfuerzos financieros gubernamentales han sido y siguen siendo enormes, la capacidad técnica de los epidemiólogos que dirigen los programas de salud en zonas rurales e indígenas es indudable, pero la ausencia parcial y/o total de la perspectiva antropológica continua siendo una notable falla. Estas deficiencias se hacen ostensibles al evaluar el trabajo concreto de algunos hospitales rurales:

- 1.- Ausencia de personal bilingüe.
- 2.- Ausencia de personal originario de la región.
- 3.- Uso de alimentación foránea no cotidiana.
- 4.- Prohibición de alimentos regionales cotidianos por ignorancia o autoritarismo de los médicos.
- 5.- Ausencia de consumo de alimentos regionales cotidianos por razones administrativas,
- 6.- Prohibición de uso de muebles regionales: hamaca.
- 7.- Prohibición de que los curanderos den consulta dentro de los hospitales.
- 8.- Proyecto arquitectónico no consensuado con las comunidades indígenas involucradas.
- 9.- Proyecto arquitectónico que ignora la cultura y la cosmovisión amerindia.

Propuesta de normatividad para la operación intercultural de hospitales rurales

- Exista no menos de 50% de personal bilingüe que sea originario de la región y que, uno o varios de ellos, tengan la función específica de ser facilitadores interculturales para que orienten a los indígenas que solicitan servicios del hospital, e incluso, es conveniente la formación y presencia de médicos académicos de origen indígena, como ya sucede en algunas regiones amerindias.
- El personal médico y paramédico que proviene del exterior reciban un adiestramiento y capacitación obligatoria sobre medicina intercultural adecuada, con especificidad sobre cultura donde van aplicar sus saberes.
- Los horarios del hospital se adapten a los ritmos y tiempos de los campesinos de la región.
- Los médicos indígenas participen dentro de las actividades del hospital como un consultor más.
- Los huertos medicinales formen parte del paisaje hospitalario demostrando su vigencia y utilidad.
- La alimentación regional sea ineludible, con las restricciones dietéticas en casos particulares.
- La participación comunitaria sea completa y los amerindios tengan poder resolutorio en aspectos organizativos, administrativos y financieros del hospital.
- La cosmovisión y materiales regionales amerindios sean tomados en cuenta para la elaboración de los proyectos arquitectónicos de hospitales y centros de salud.
- Los albergues para familiares del hospitalizado sean parte del espacio del nosocomio.
- Los muebles y construcciones regionales (hamacas, temascales y otros) deban ser analizados, considerados y utilizados por las instituciones médicas.
- Los programas de salud sean elaborados y consensuados con los pueblos amerindios.

* Roberto Campos Navarro. "La Medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina". Nueva Época / Salud Problema / Año 4 Número 7 / diciembre de 1999.



Diseño arquitectónico del Hospital Intercultural de Nueva Imperial (Chile)*

El primer establecimiento Hospitalario diseñado en Chile para que coexistan en él, tanto la Medicina Tradicional como la Medicina Mapuche. Fue necesario entonces, para elaborar este diseño, interiorizarse de la Cosmovisión Mapuche, extrayendo de allí los aspectos, que a solicitud de los Mapuches, debían ser incluidos en los planos. Es así como el proyecto, obedece por una parte a los criterios de diseño funcionales y volumétricos establecidos por el Ministerio de Salud, y por otra a los requerimientos derivados de la cosmovisión Mapuche.

Estos últimos, se refieren en primer lugar, a que el Oriente, que tiene una significación muy especial para ellos, tuviera una fuerte presencia en el proyecto, de tal modo que solicitaron que todos los ingresos quedaran en esa orientación, como asimismo todas las cabeceras de las camas de hospitalización. Para los Mapuches, el Oriente es vida, y el Poniente, muerte, en consecuencia, el Servicio de Anatomía Patológica tuvo que ser ubicado al Poniente.

Otro requerimiento, fue el Patio Ceremonial, que se ubicó en primer plano respecto de los ingresos del Hospital. Al centro de este Patio se ubicará el REHUE, que es el símbolo de la Divinidad, y que puede ser un busto tallado en madera, con algunos escalones en la parte inferior. En torno a este REHUE, se efectúan rogativas, o ceremonias que solicitan algún favor a la divinidad, por ejemplo, que llueva, o que se solucione algún problema. (GUILLATÚN)

Este patio está delimitado por columnas revestidas en piedra, delante de las cuales se ha instalado una especie de pérgola que permitirá hacer “ramadas”, ya que hay ceremonias que duran dos o tres días, de modo que los mapuches deberán pernoctar en el lugar.

Entre el Patio Ceremonial y el edificio, se construyó una RUKA tradicional, para la MACHI, que es la autoridad espiritual y en materias de salud. Ella (o él) preside las ceremonias sentada(o) inmediatamente afuera de la Ruka, tocando el CULTRÚN, un pequeño tambor que marca el compás de la danza.

El Módulo para la Medicina Mapuche, construido a continuación del Patio Ceremonial, cuenta con cuatro salas para Machis, amplias, 20 m² c/u, porque en ocasiones y de acuerdo al paciente y tipo de enfermedad, el tratamiento es familiar. Cada una de estas salas, cuenta con una bodega/recetario y un baño con tina.

En otro sector del volumen, se ubican 12 camas, exclusivas para Mapuches. Incluye además este módulo oficinas, cocina, comedor, etc. Está comunicado con el resto del hospital hacia los servicios clínicos y hacia el área de servicio de apoyo logístico.

El volumen de Hospitalización general del Hospital, se dispuso favoreciendo la vista, que es muy hermosa, hacia el Río Chol-Chol, considerando además que entre este volumen y el río, se ha diseñado un parque con especies nativas, Parque Sagrado para los Mapuches.

* <http://www.bienaldearquitectura.cl/index.php/2006/05/29/hospital-intercultural-de-nueva-imperial/>



Unidad tres

Políticas y acciones de salud indígena

En esta unidad se abordan de una manera global las diversas políticas y acciones en salud indígena impulsadas desde organismos internacionales, los Estados nacionales y los propios pueblos indígenas, identificando las buenas prácticas, limitaciones y desafíos recurrentes.

Evidencia de los Desafíos en la Atención de la Salud de los Pueblos Indígenas

Pobreza	Mortalidad infantil
Ecuador: en las zonas rurales de la sierra y de la Amazonía, áreas con población indígena, se estima que 76% de los niños, son pobres (OPS, 1998).	México: la tasa de mortalidad infantil entre los niños indígenas fue de 59 por 1,000 nacidos vivos en 1997, dos veces superior a la nacional (OPS, 2002).
Analfabetismo	Mortalidad materna
Perú: en la Amazonía peruana, 73% no cuenta con ningún nivel de instrucción, comparado con 32% en las comunidades indígenas (INEI-UNICEF, 1997).	Honduras: tasa de mortalidad materna, promedio nacional 147 x 100mil nacidos vivos En los departamentos de Colón, Copán, Intibucá, Lempira y La Paz, áreas con población indígena, la tasa de mortalidad materna fluctúa entre 255 y 190 x 100.000 nacidos vivos (OPS, 1999).
Desempleo	Enfermedades Infecciosas
El Salvador: el desempleo entre la población indígena es de 24% (OPS, 2002). Los pueblos indígenas han sido básicamente invisibilizados.	Nicaragua: los municipios afectados por <i>plasmodium falciparum</i> se encuentran localizados en las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica del país, zona de asentamiento de pueblos indígenas y afrodescendientes (OPS-NIC, 2003).
Desnutrición	Diabetes, obesidad, alcoholismo
Guatemala: la desnutrición crónica es de 67,8% entre los indígenas y de 36,7 entre los no indígenas (OPS, 2002).	Estados Unidos: la población indígena tiene muchas más probabilidades de morir de diabetes mellitus relacionada con la obesidad y de enfermedad del hígado por el abuso del alcohol, que la población general (OPS, 2003).
VIH/SIDA	Suicidio
Honduras: los pueblos garífunas y de habla inglesa son los más afectados por el VIH/SIDA en Honduras (OPS, 2002).	Canadá: la tasa de suicidio es de dos a siete veces más alta entre la población indígena que en la población en general y es causa de preocupación especialmente entre los hombres jóvenes de las comunidades inuit (OPS, 2002).
Servicios básicos	Localización
El Salvador: 33% de la población indígena cuenta con luz eléctrica y 64% se alumbraba con candil o candela. El 91,6% consume agua de río, o pozo (OPS, 2002).	La población indígena, en general es dispersa, en algunos casos móviles, de difícil acceso y en su mayoría localizadas en zonas rurales, urbanomarginales, y fronterizas. Varios pueblos indígenas son multinacionales (OPS, 2002).



Heterogeneidad étnica y cultural	Atención culturalmente apropiada
Brasil: la población indígena brasileña se estima en 350.000 personas, pertenecientes a cerca de 210 pueblos que hablan más de 170 lenguas. Aunque constituye 0,2% de la población total, la población indígena está presente en 24 de los 26 estados del país (OPS, 2003).	En la evaluación de las Funciones Esenciales de Salud Pública, la Función 8: desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública, incluyendo la capacidad de proporcionar atención de salud culturalmente apropiada, presenta un desempeño bajo (38%) en la Región, y 17% para la atención culturalmente apropiada (PS, 2002).

Fuente: OPS. *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Lineamientos estratégicos y Plan de Acción. 2003-2007.*

3.1 Políticas y acciones de salud indígena de los Organismos Internacionales

La Organización Panamericana de la Salud – OPS

De especial mención, es el rol de la OPS/OMS, que con ocasión de la Iniciativa SAPIA, se involucró de manera beligerante. Sin duda, hoy es el principal actor público internacional en materia de salud indígena. Su impacto ha sido directo en los procesos de formulación y gestión de las políticas públicas de salud indígena de los países miembros. El mandato de SAPIA está definido en la Resolución V de la OPS (1993), para: 1) Promover la participación activa en la iniciativa. 2) Movilizar recursos, recursos técnicos y financieros. 3) Coordinar esfuerzos regionales, la coordinación de la iniciativa. 4) Evaluar las condiciones de vida y salud. 5) promover la investigación cooperativa. Este mandato ha sido sucesivamente renovado.

Resumen de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas

Meta: Mejorar la salud de los pueblos indígenas.

Finalidad: En colaboración con los propios pueblos indígenas, encaminarse a hallar soluciones realistas y sostenibles a los graves problemas de mala salud y condiciones de vida inferiores al promedio que afrontan muchos de los pueblos indígenas en toda la Región.

Líneas de trabajo: Políticas nacionales y acuerdos internacionales, redes de colaboración interinstitucional e intersectorial, la atención primaria de la salud y el criterio intercultural de la salud, análisis de la información, supervisión y tratamiento.

Estrategias: a) promover esfuerzos conjuntos y la responsabilidad compartida por la OPS y sus Estados Miembros y las organizaciones y las comunidades indígenas, junto con los organismos y las organizaciones nacionales e internacionales (gubernamentales y no gubernamentales); b) generar conocimientos e información adecuados durante la acción, así como también permitir acumular sistemáticamente el conocimiento y la información adquiridas a través de la experiencia; y c) formular propuestas que respondan tanto a las situaciones específicas como a los contextos que varían de un país a otro, y concebir enfoques de acuerdo con los temas comunes a nivel regional con la participación de toda la Organización y todos los Estados Miembros en este proceso.

Áreas de trabajo: Fortalecer la capacidad y forjar alianzas; colaborar con los Estados Miembros para poner en marcha los procesos y proyectos nacionales y locales; proyectos en áreas programáticas prioritarias; fortalecer los sistemas sanitarios tradicionales; e información científica, técnica y pública.



El macro de la política de la OPS emergió de la Reunión de Trabajo en Winnipeg, en Manitoba, Canadá (Abril de 1993), que definió cinco principios fundamentales²⁵⁸ para el desarrollo de políticas de salud de los pueblos indígenas:

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

Una evaluación de los avances de la cooperación técnica de la Iniciativa de la Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS resultó en las siguientes acciones estratégicas²⁵⁹:

Políticas y acuerdos internacionales: 19 países han implementado unidades técnicas e iniciativas nacionales de salud indígena. Las resoluciones V y VI de la OPS así como los planes y las directrices de SAPIA han sido el marco en varios países para la formulación de iniciativas, políticas, programas y proyectos nacionales.

Información, análisis, seguimiento y gestión: Página web, Boletín Indígena, 14 títulos de la serie *Salud de los Pueblos Indígenas*. Otros 28 títulos publicados en relación con las políticas, el análisis de la situación, los modelos interculturales, la medicina tradicional indígena y las redes de acción (28 títulos). También se ha elaborado una Base de datos sobre la salud de los pueblos indígenas disponible en la página web de la OPS.

Atención primaria de la salud y criterio intercultural de la salud: varios países disponen marcos legales sobre la medicina tradicional indígena, y avances a nivel conceptual y metodológico. Se hicieron 6 estudios de caso y elaboración de directrices estratégicas sobre la incorporación de las perspectivas, las terapias y los medicamentos indígenas en la atención primaria de la salud. Se disponen de Módulos de capacitación de los recursos humanos sobre el criterio intercultural de la salud. Adaptación y elaboración de métodos e instrumentos para el abordaje intercultural de los problemas prioritarios.

Redes de colaboración interinstitucionales e intersectoriales: construcción de alianzas intrainstitucionales con 14 programas de la OPS. Alianzas interinstitucionales: Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial, Organización de los Estados Americanos, organismos de cooperación bilateral, Fondo de Desarrollo para los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, la Oficina de la Medicina Alternativa de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, Health Canada, el Servicio de Salud para Poblaciones Indígenas, el Parlamento Indígena. Alianzas tripartitas entre las Representaciones de la OPS/OMS en los países, los ministerios de salud y las organizaciones indígenas nacionales, alianzas intersectoriales, iniciativas interinstitucionales dentro del sistema de las Naciones Unidas.

²⁵⁸ OPS-OMS Resoluciones CD37.R5 numeral 2, literales b y d, y CD40.R6.

²⁵⁹ Con base en el documento: "Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas". Informe a la 138a. Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS/OMS". Washington, D.C., EUA, 19-23 de junio de 2006.



Recientemente el Programa Salud de los Pueblos Indígenas de OPS ha presentado la estrategia para promover la salud de los pueblos indígenas para el período 2007-2011²⁶⁰, en el marco de la segunda década de los pueblos indígenas y los Objetivos del Milenio. La propuesta comprende cuatro líneas estratégicas de acción:

- a) Velar por la incorporación de la perspectiva indígena en los objetivos de desarrollo del milenio y en las políticas sanitarias nacionales;
- b) Mejorar la información y la gestión del conocimiento en torno a los temas de salud de los pueblos indígenas, a fin de fortalecer la adopción de decisiones basadas en datos probatorios y las capacidades de seguimiento nacional y regional;
- c) Integrar un criterio intercultural en los sistemas nacionales de salud de la Región como parte de la estrategia de atención primaria de la salud; y
- d) Forjar alianzas estratégicas con los pueblos indígenas y otros interesados directos clave a fin de promover un avance mayor en pos de la salud de los pueblos indígenas.

Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe

Mediante su proyecto “Universidad Indígena Intercultural”²⁶¹, viene impulsando la **Maestría en Salud Intercultural**²⁶² en coordinación con la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, URACCAN. El objetivo global de la Universidad Indígena Cultural es “contribuir a la formación de personal altamente calificado y con capacidad de liderazgo para asumir tareas de articulación y participación indígena y de interculturalidad en sus respectivas sociedades”. La Universidad Indígena Intercultural se ha propuesto realizar la Maestría en Salud Intercultural, como una alternativa para la formación integral de profesionales indígenas y para incidir en el diseño e implementación de políticas y estrategias relacionadas con la salud en los pueblos indígenas.

El programa curricular de la Maestría en Salud Intercultural se propone ponderar como primicia el elemento del conocimiento indígena, que debe ser protegido y preservado desde la identidad de cada cultura indígena, como una política para desarrollar un programa que vincule lo endógeno con lo exógeno. Participarán en la Maestría en Salud Intercultural 30 estudiantes de los diferentes países latinoamericanos. Esta maestría cuenta con la cooperación de la GTZ de Alemania. Al egresar de la Maestría en Salud Intercultural, los estudiantes estarán en capacidad de:

²⁶⁰Ibíd.

²⁶¹ Constituida como una red de Universidades Indígenas y Programas Afines, se ha propuesto desarrollar tres programas académicos en el período comprendido entre los años 2006 y 2007. Los programas son los de Derecho Indígena, Educación Intercultural Bilingüe y Salud Intercultural, que tienen como temas transversales, los siguientes: Género, Derechos Indígenas, Gestión indígena e Interculturalidad.

<http://www.proceibandes.org/uii/subredsalud/Triptico.pdf>

²⁶² URACCAN. Maestría en Salud Intercultural. Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario, IMTRADEC, Universidad Indígena Intercultural UII. Proyecto Versión del 17/05/06 Bilwi, Mayo de 2006.



- Incorporar nuevas tecnologías educativas en los programas de salud intercultural.
- Aplicar la teoría y métodos de la investigación cualitativa, cuantitativa y cualicuantitativa.
- Participar en la construcción de modelos de salud sustentados en la cosmovisión indígena.
- Comprender la práctica de la etnomedicina como parte intrínseca de la espiritualidad de los Pueblos indígenas y Comunidades Étnicas.
- Diseñar programas de salud en Pueblos Indígenas y comunidades Étnicas y no indígenas.
- Desempeñar roles de Gerencia Social basados en la formación y fortalecimiento del liderazgo local en Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas.

En el marco del Fondo Indígena y la Universidad Indígena Intercultural se ha constituido también la SubRed de Salud Intercultural cuya coordinación recayó en URACCAN.

Banco Interamericano de Desarrollo - BID

La Política operativa del BID²⁶³ sobre pueblos indígenas habla de facilitar el diálogo y apoyar la inclusión de la temática indígena, y que procurará abordar, en la medida de lo factible y apropiado, los distintos componentes del desarrollo con identidad, entre los cuales se destacan el mejorar el acceso y la calidad de los servicios en el campo de la *salud*. El Banco apoyará, en la medida de lo factible y apropiado, acciones específicas que busquen cerrar la brecha cuantitativa y cualitativa en los servicios de salud recibidos por los pueblos indígenas, mediante intervenciones preferenciales y socioculturalmente apropiadas que tomen en cuenta la importancia de potenciar prácticas tradicionales propias, de superar barreras culturales de acceso a los servicios de salud pública, y de articular los sistemas de salud alopática e indígena. Además, en los proyectos de salud que apoya el Banco, se prestará especial atención a los temas relacionados con la salud materno infantil, la mortalidad materna y la formación de personal indígena local.

Son varias las iniciativas que el BID está apoyando como la nueva iniciativa conjunta entre el BID y el Ministerio de Salud de Chile para un enfoque integral dirigido al desarrollo de las comunidades indígenas. Dicho proyecto incluirá la elaboración de modelos interculturales de atención y gestión, con el consiguiente mejoramiento del acceso, la calidad, la capacidad resolutoria y la pertinencia cultural de los servicios de salud en cinco regiones del país.

Enlace Hispano-Americano de Salud - EHAS²⁶⁴

EHAS es un programa inicialmente desarrollado por el Grupo de Bioingeniería y Telemedicina de la Universidad Politécnica de Madrid y la Asociación Madrileña de Ingeniería

²⁶³<http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=776079>.

²⁶⁴El Programa EHAS: telemedicina rural para zonas aisladas de países en desarrollo <http://www.ehas.org/>.



Sin Fronteras, pero en la actualidad cuenta con diversas instituciones de América Latina y de Europa que trabajan como socios del programa. El Programa EHAS ofrece, a los agentes prestadores de servicios de salud, una serie de herramientas de telecomunicación de bajo costo y un conjunto de servicios de telemedicina adaptados al entorno rural. Con el sistema EHAS se ha dotado a puestos y centros de salud rurales de comunicación de voz y correo electrónico, incluso en zonas donde no hay teléfono ni fluido eléctrico. También ofrecen módulos para la capacitación a distancia del personal de salud, posibilidad de consultas remotas a especialistas, ayuda en el acceso a documentación sobre salud y asesoramiento para desarrollar sistemas informatizados de vigilancia epidemiológica. El programa se desarrolla en comunidades indígenas de varios países, entre ellos Guatemala, Venezuela, Panamá, Perú y Bolivia.

En febrero del 2006 realizó en Cuzco, Perú, el I Foro Iberoamericano de Telemedicina rural con el auspicio de la Comunidad Europea. El EHAS recibió el Premio a la Cooperación Sanitaria con Iberoamérica que otorga la Fundación Abbott, destacando el “Proyecto de información, prevención, detección y tratamiento de la tuberculosis en municipios subtropicales de Bolivia”, presentado por Ayuda en Acción. Entre algunos resultados preliminares en el Alto Amazonas, Perú²⁶⁵, se reportan los siguientes:

- El número total de viajes al Centro de Salud de referencia o al Hospital se ha reducido de 2.65 a 1.37 al mes en promedio. El ahorro por reducción de viajes es, por lo tanto, de US \$ 120.00 al mes por cada local.
- El número de viajes para la entrega de informes se ha reducido a la tercera parte.
- Las horas mensuales dedicadas a llenar información administrativa y epidemiológica se han reducido de 24.18 a 12.88 horas y el tiempo dedicado al envío de la información ha pasado de 28 horas mensuales a 7.86 (reducción al 28%).
- Se han realizado y solucionado un total de 292 dudas en el diagnóstico y 271 en el tratamiento, mientras los pacientes estaban todavía en el establecimiento.
- La coordinación de evacuaciones urgentes: en el 90.86% se utilizan movibilidades que no son del establecimiento que tiene la emergencia. El 93.6% ha dicho que el sistema de comunicación ha sido crucial para salvar la vida de algún paciente. Se han reportado 51 de estos casos. El 100% de las veces se avisa sobre la derivación de un paciente.
- En 179 casos se ha podido evitar la transferencia del paciente gracias a la consulta o por haber conseguido un medicamento necesario con un ahorro para el paciente y para el sistema de salud de aproximadamente 168 soles por cada caso.

²⁶⁵ Humberto Guerra. Coordinador Proyecto EHAS, Perú. “Importante avance en la telemedicina rural en el Perú el caso de Alto Amazonas”. http://www.upch.edu.pe/tropicales/ehas_avance.htm.



Red de Salud Indígena de la Amazonía - REDSIAMA²⁶⁶

La Red de Salud Indígena de la Amazonía, REDSIAMA, es una iniciativa que busca informar, difundir y analizar los avances y logros de las distintas organizaciones e instituciones, públicas y privadas, universidades y centros de investigación que trabajan en el campo de la salud indígena en la Amazonía. Promueve la realización de estudios e investigaciones que generen impacto en las instancias de toma de decisiones en la región amazónica.

REDSIAMA asume la interpretación indígena en la cual salud es tener buena comida, poder trabajar, tener territorio y tierra, vivir en buenas relaciones con los demás, creer en la propia cultura y poder construir el futuro dignamente.

La REDSIAMA fue fundada en el año 2002 por varias ONGs y organizaciones indígenas de la región Amazónica como una estrategia para unir esfuerzos y trabajar juntos. La coordinación está a cargo de la Fundación Etnollano. La Red ha contado con el apoyo de la Organización Holandesa para la Cooperación al Desarrollo Internacional, NOVIB, OXFAM Holanda, Medicus Mundi-Gipuzkoa. Las siguientes entidades y organizaciones participan en la RED:

- Centro Amazónico de Investigaciones y Control de Enfermedades Tropicales, CAICET (Venezuela).
- Organización Regional de los Pueblos Indígenas del Amazonas, ORPIA (Venezuela).
- Saúde sem Limites, SSL (Brasil).
- Federação das Organizações Indígenas do Río Negro, FOIRN (Brasil).
- Fundação Oswaldo Cruz-Centro de Pesquisas Leonidas & Maria Deane, FIOCRUZ (Brasil).
- Coordenação das Organizações Indígenas da Amazônia Brasileira, COIAB (Brasil).
- Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana, AIDESEP (Perú).
- Movimiento Manuela Ramos (Perú).
- Organización de Promotores Indígenas de Salud, SANDI YURA (Ecuador).
- Organización de los Pueblos Indígenas de la Amazonía Colombiana, OPIAC (Colombia).
- Ministerio de Protección Social (Colombia).
- Asociación de Capitanes Indígenas del Río Mirití Amazonas- ACIMA, (Colombia).
- Fundación GAIA-AMAZONAS, (Colombia).
- Fundación ETNOLLANO, (Colombia).

²⁶⁶<http://www.redsiama.org/espanol/index.htm>.



Escuela Latinoamericana de Medicina²⁶⁷ y las Brigadas Médicas Cubanas

El desastre provocado por los huracanes George y Mitch en 1998, que afectó profundamente a las economías de los países centroamericanos y caribeños, y que ocasionó además la pérdida irreparable de miles de vidas, tuvo la respuesta cubana de concebir un Programa Integral de Salud, proyecto de cooperación que conllevó al envío de brigadas compuestas por médicos y paramédicos a los lugares más afectados y apartados de esos territorios, muchos de ellos áreas indígenas. En ese contexto el Presidente cubano concibió la creación de la Escuela Latinoamericana de Medicina (ELAM), para formar gratuitamente como médicos a jóvenes de esos países, los que luego de un lapso de seis años, retornarán a sus comunidades para contribuir a la sostenibilidad de sus sistemas de salud. Este proyecto científico-pedagógico acoge a estudiantes de 19 países latinoamericanos, centenares provienen de los pueblos indígenas. Incluso existe una Asociación de Estudiantes Indígenas.

Estos jóvenes proceden fundamentalmente de los estratos más humildes de sus sociedades y presentan diversidades étnicas, educacionales y culturales.

Por otro lado también es destacable la labor de centenares de médicos cubanos prestando servicios solidarios en recónditos territorios indígenas de América Latina. Más de 1,000 médicos han sido destacados en las comunidades andinas y amazónicas de Bolivia.

Otros organismos internacional

Otros organismos internacionales con acciones relacionadas a la salud de los pueblos indígenas: GTZ que está apoyando el Programa de Agua y Saneamiento Ambiental en Comunidades indígenas en 14 países mediante el CEPIS/OPS, asimismo está apoyando la Maestría de Salud Intercultural de la Universidad Indígena Intercultural, Unión Europea, ACDI de Canadá, Horizontes 3000 (cooperación Austriaca), Servicio Alemán de Cooperación Social Técnica, DED, la Cooperación Española, Cruz Roja Internacional, etc.

3.2 Políticas y acciones de salud indígena a partir de los Estados

Con la adhesión a la Resolución V de la OPS /OMS, los Gobiernos de los países asumieron las siguientes responsabilidades:

- Crear una comisión técnica de alto nivel en cada país con la representación de organizaciones indígenas o los pueblos indígenas del país con el gobierno, para llevar a cabo un proceso para mejorar la situación de salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas.
- Facilitar las acciones intersectoriales, porque la salud no viene simplemente de mejorar los servicios; es muy importante además tener el trabajo en conjunto con los sectores de educación, agricultura y los demás que tienen una contribución a la salud integral.

²⁶⁷ <http://www.elacm.sld.cu/nuestrainstit.htm>.



- Explorar modelos alternativos de atención de la salud más que una consideración de la contribución potencial a la medicina tradicional, medicina indígena a nivel local.

Con relación a esos compromisos, los países han realizado diversos grados de avance, los cuales se reflejan básicamente en la normativa incorporada y en la institucionalidad creada y efectivamente establecida. La eficacia de un sistema de salud no depende únicamente de la observancia de los principios, es preciso organizar y ejecutar la prestación de salud en forma diferenciada considerando la especificidad cultural y epidemiológica, la consideración holística de la medicina y los sistemas tradicionales de medicina indígena. Veamos algunas acciones por país.

Argentina: Existen instancias a nivel del Ministerio de Salud de la Nación como son: el Subprograma Equipos Comunitarios para Pueblos Originarios, el Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas y el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas. Pero también existen instancias de salud indígena en algunos gobiernos provinciales como Salta, Formosa, donde por ley se ha establecido sistemas de beca para profesionalización de indígenas en las disciplinas médicas. En otros los institutos indigenistas provinciales están relacionados a la salud indígena. En el campo de agua y saneamiento se están desarrollando varias iniciativas apoyadas por el CEPIS/OPS.

Bolivia: Con el objetivo de legitimar y propiciar la organización de curanderos y médicos tradicionales, en 1983 se funda la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), que en 1984 es reconocida mediante resolución suprema. El Hospital Kallawayá es una de las experiencias conjuntas entre Estado y 30 médicos indígenas tradicionales (*kallawayas*) ubicado en la comunidad altiplánica de Curva, Santiago Quina, donde el sistema de atención es compartido por médicos del sistema oficial boliviano de salud y el sistema *kallawayá*. Al igual que en otras experiencias en Bolivia, la legislación prevé la remuneración de los médicos tradicionales por la prestación de servicios.

El Ministerio de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios, MAIPO, para la gestión 2004 al 2007 definió los siguientes ejes temáticos: Redefinición de políticas de salud para los pueblos Indígenas, canalización del apoyo técnico para campañas de salud para los pueblos Indígenas, investigación sobre medicina Indígena y maestría en salud Indígena. El gobierno de Evo Morales ha tomado muy en serio la salud de los pueblos indígenas y se espera que la Constitución Política consagre estos derechos. La visión actual es promover y formular políticas públicas que protejan los derechos de los pueblos indígenas en el marco de una normativa adecuada y en observancia de los convenios internacionales vigentes. Una de las primeras medidas del gobierno de Evo Morales ha sido la creación del Vice-Ministerio de Medicina Tradicional y el establecimiento de convenios con Cuba y Venezuela para intensificar la atención de salud a la población indígena mediante el establecimiento de clínicas y otorgamiento de becas para estudios de medicina. También cabe destacar la experiencia de la Universidad Autónoma Tomás Frías de Potosí que



desde el año 2001 ha impulsado el programa Willaqkuna sobre postrados en Salud Intercultural con el apoyo de la Universidad Nacional Autónoma de México²⁶⁸.

Brasil: La Política Nacional de Salud para los Pueblos Indígenas data del año 2000, esta reconoce la especificidad étnica y cultural de estos pueblos²⁶⁹. En 1967 la Fundación Nacional del Indio, FUNAI, crea los Equipos Volantes de Salud, EVS. En 1988, la Constitución Brasileña estipuló el reconocimiento y respeto a las organizaciones socioculturales de los pueblos indígenas, además definió los principios generales del Sistema Único de Salud, SUS, y establece la responsabilidad en el Ministerio de Salud²⁷⁰. A partir de las deliberaciones de la VIII y IX Conferencias Nacionales de Salud, la I y II Conferencia Nacional de Protección de la Salud del Indio, se elaboró una propuesta de un modelo diferenciado de atención de salud de los pueblos indígenas, basado en 34 Distritos Sanitarios Especiales Indígenas, DESI, que incluyen puestos de salud, 320 Polos Base y 50 Casas de Salud Indígena. Para su cumplimiento se creó la Coordinación de Salud del Indio, COSAI, subordinada a la Fundación Nacional de Salud, FUNASA. En 1991 se creó la Comisión Intersectorial de Salud, CISI, para el asesoramiento al Consejo Nacional de Salud en la elaboración de los principios y directrices de políticas gubernamentales en el área de salud indígena. Para la prestación de los servicios de salud FUNASA estableció más de 50 convenios o contratos con prestadores privados, en su mayoría ONGs. El modelo de atención de salud cuenta con mecanismos de participación de los pueblos indígenas en las diversas instancias de formulación, ejecución y evaluación de políticas de salud. Las conferencias nacionales de salud indígena, que se realizan cada cuatro años, se han convertido en los espacios privilegiados de definición de las políticas de salud indígena. Las Casas de Salud Indígena se establecieron para la atención del nivel secundario con acondicionamientos culturales, que posibiliten un trato adecuado. FUNASA dispone de dos programas permanentes de formación de Agentes Indígenas de Salud y Agentes Indígenas Sanitarios.

Chile: Si bien se puede hablar de una “pobreza legal” en materia de derechos indígenas de salud indígena, en el país por la vía de hecho, se desarrollaron en la última década importantes iniciativas en salud indígena. En esto sin duda tuvo un peso específico el movimiento indígena, el apoyo de la sociedad civil, especialmente las universidades y grupos de médicos del sistema público. Hay un discurso oficial que demuestra interés por desarrollar e implementar planes y programas de salud intercultural, no sin dificultades y limitaciones. En las regiones de salud Araucanía Sur, Tarapacá y otros se vienen impulsando experiencias importantes en medicina comunitaria, salud materno infantil, medicina tradicional y experiencias de gestión intercultural de servicios de salud. A nivel de Ministerio de Salud se ha implementado el Programa Nacional de Salud Indígena, de igual manera a nivel de las instancias regionales se han constituido equipos para la atención con un enfoque intercultural. Han sido involucrados en las iniciativas la Universidad de la Frontera, Universidad Católica de Temuco y otras. Recientemente ha sido inaugurado el Hospital Intercultural de Nueva Imperial, un proyecto de gran magnitud por la

²⁶⁸Roberto Campos. “Willaqkuna: un programa de formación en salud intercultural”. En Gerardo Fernández: *Salud Intercultural en América Latina: perspectivas antropológicas*. Editorial Abya Yala, Quito, 2004.

²⁶⁹Serafim, Maria Das Graças. *Política nacional de actencao aos povos indígenas, en FUNASA, Manual de atencao á saude da cirançã indígena brasileira*. Ed. Funasa. Brasília, 2004. p. 23-32.

²⁷⁰Ibíd. P. 24.-25.



inversión y lo que se propone. Ésta, junto al Hospital de Makewe-Pelale viene a ser la avanzada en cuanto a modelos de atención en salud intercultural.

A partir de enero de 2006, mediante la firma de un convenio entre la Municipalidad de Quinchao, El Hospital de Achao y el Departamento Provincial de Salud de Chiloé, se comienza a implementar un sistema de salud complementario e integral²⁷¹ en 6 islas de la comuna (Alao, Apiao, Meulin, Caguach, Quenac y Chaulinec). En esta comuna el sistema occidental de salud está conformado por un hospital tipo 4 y 10 postas de salud rural. Además existen varios terapeutas comunitarios en variados puntos de la comuna que tratan enfermedades o dolencias percibidas desde la propia cultura local.

El modelo se basa en las orientaciones ministeriales del Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, aprobado en el contexto de la Reforma de Salud a través de la resolución exenta N° 423 del Ministerio de Salud de Chile, con fecha 24 Mayo 2005.

La OPS ha apoyado la realización de una serie de estudios y seminarios sobre epidemiología intercultural. El BID también está apoyando un nuevo proyecto del Ministerio de Salud de Chile para un enfoque integral que incluirá la elaboración de modelos interculturales de atención y gestión de los servicios de salud en cinco regiones del país. Algunas organizaciones indígenas han manifestado su preocupación sobre la concepción de interculturalidad manejada por el Estado que no es acompañada una política de derechos indígenas a la tierra, territorio, recursos naturales, participación política y otros.

Colombia: El Sistema de Seguridad Social Integral dispone que la Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar contratar como promotoras de salud, entre otras entidades, a las comunidades indígenas. Varias entidades territoriales indígenas han constituido empresas prestadoras de servicios de salud. La gran limitante es no contar con el recurso humano indígena con formación en ciencias médicas. Estas empresas están facultadas para canalizar fondos públicos y prestar servicios inclusive fuera de los territorios indígenas. El Decreto del 6 de agosto de 1990 responsabilizó al Ministerio de Salud la creación de un grupo de atención en salud a las comunidades indígenas, con las funciones de definir las políticas generales para la prestación de servicios de salud en comunidades indígenas, promover la investigación sobre condiciones y mecanismo de diálogo entre las comunidades indígenas, sus sistemas de salud y la medicina institucional.

Costa Rica: La primera formulación de la política de salud indígena ocurrió en el año 2003. El Ministerio de Salud como ente rector, constituyó en el año 2002 el Equipo Técnico Asesor en Salud de los Pueblos Indígenas, ETASPI. Entre las tareas desarrolladas está la realización del Estudio sobre la Situación de la Salud de los Pueblos Indígenas de Costa Rica, la consulta de la política de salud indígena, acciones de capacitación, asesoría al ministro y la realización en el año 2005, del I Foro Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas. Uno de los resultados fue la creación por decreto ejecutivo del Consejo Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, CONASPI, (Decreto N° 33121, mayo de 2006), cuya función es promover, asesorar y apoyar la organización y gestión de planes, proyectos y acciones específicas dirigidas a mejorar la salud de los pueblos indígenas y la calidad de vida de los pueblos indígenas respetando sus

²⁷¹ Jaime Ibacache y Alejandra Leighton. *Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario*. Departamento de Salud Provincial de Chiloé, Servicio salud Llanchipal. Chile.



diferencias culturales, promoviendo el modelo de atención de salud para los pueblos indígenas. Con apoyo de la OPS el Ministerio de Salud firmó un convenio de cooperación con Brasil para intercambiar experiencias de atención de la salud indígena, la misma incluyó misiones a Costa Rica y Brasil especialmente sobre formación de agentes de salud indígena.

La Caja Costarricense del Seguro Social como ente prestador de servicios públicos de salud, cuenta con iniciativas como el Programa Nacional de Salud indígena y otras en proceso de definición como el Proyecto de creación del *Área de Salud indígena de Chirripó*, la atención de indígenas migrantes procedentes de Panamá, formación de Técnicos de Atención Primaria en Salud Indígena, entre otros.

La propuesta del “Área de Salud Indígena de Chirripó”²⁷² busca “indigenizar” la oferta de atención primaria y aumentar su aceptabilidad e impacto, en base a una comparación del mismo con la forma en que atiende el médico cabécar tradicional o awa. El Área de Salud Indígena prevé en la comunidad de Grano de Oro una clínica con las facilidades suficientes para dar una atención convencional: medicina general y todos los programas que componen la oferta de servicios de salud de primer nivel con capacidades y recursos apropiados para atender las emergencias médico-pediátrico-quirúrgicas y obstétricas. La estrategia incluye el componente de salud escolar, ya que su cobertura abarca 45 escuelas del territorio indígena.

Ecuador: A raíz de las demandas de los pueblos indígenas, entre 1993 y 1994 el Estado ecuatoriano, a través del Ministerio de Salud Pública, consideró la problemática de salud de los pueblos indígenas conformando un equipo de trabajo orientado a la búsqueda de modelos alternativos. Empezó con la creación de una Comisión Intercultural en el Consejo Nacional de Salud y dio posicionamiento del proceso de salud intercultural en la estructura sistémica del Ministerio de Salud Pública. Siguió con las reformas constitucionales y legales para el ejercicio de las prácticas y saberes de los sanadores, la adecuación cultural de servicios, determinación de perfiles epidemiológicos culturales y protocolización de las intervenciones de las medicinas tradicionales, también el desarrollo del talento humano y la construcción de modelos de atención integrales y diferenciados según demandas culturales²⁷³. Fue creada la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas en el Ministerio de Salud Pública en coordinación con el movimiento indígena. Con el apoyo de UNICEF se está impulsando un plan binacional (Ecuador/Perú) para la atención de la población indígena fronteriza.

El Salvador: No hay avance en materia de políticas de salud para la población indígena, en principio por limitaciones del marco legal. En la presentación de un estudio de CCNIS y OPS²⁷⁴ se proponen como relevante contemplar dentro de la política de Reforma del Sector Salud, algunos aspectos relacionados con la interculturalidad y la salud de los pueblos indígenas y establecer complementariedad entre los dos sistemas a través de un sistema sanitario bicultural. El estudio da cuenta que “las poblaciones indígenas cuestionan que no existe capacidad legislativa del Estado de visualizar la esencia de los procesos de socialización indígena, de la

²⁷²Luis Menezes. Proyecto Área Indígena de Salud Chirripó Cabécar. Caja Costarricense de Seguro Social.

²⁷³Exposición: Juan Naula. I Foro Nacional de Salud Indígena, San José, Costa Rica, Octubre de 2005.

²⁷⁴CCNIS-OPS, “Modelo de atención en Salud de los pueblos Náhuatl Pipil de Izalco, Sonsonate, El Salvador”. *Serie Pueblos Indígenas, Salud y Condiciones de vida en el Salvador*, No. 3. CCNIS, OPS, San Salvador. 2001. p. 3, 8 y 118.



transmisión de valores y prácticas indígenas, entre ellas las de salud, que hasta la fecha están en decadencia”. En la estructura del Estado existe invisibilizado la Jefatura de Asuntos Indígenas al interior de la Dirección Nacional de Espacios de Desarrollo Cultural, del Consejo Nacional para la Cultura y el Arte, CONCULTURA, del Ministerio de Educación. No obstante esta instancia no define la política indígena del país ni está facultado para atender asuntos de la salud indígena. Con apoyo de la OPS se ha elaborado el Modelo de atención en Salud de los pueblos Náhuatl Pipil de Izalco, Sonsonate y el diagnóstico de las condiciones de saneamiento ambiental en las poblaciones indígenas de El Salvador la misma que es parte del Proyecto Agua y saneamiento en comunidades indígenas impulsada por el CEPIS/OPS. En ambas iniciativas se ha contado con la participación de la Dirección Departamental de Salud de Sonsonate.

Guatemala: Existe un marco legal y político para el rescate y preservación de la medicina tradicional indígena, la cual se funda en la Constitución y en los Acuerdos de Paz. Algunos de los acuerdos han sido incorporados en las políticas del Ministerio de Salud. La Ley de Desarrollo Social, promulgada en octubre de 2001, establece que las vidas y la salud de mujeres y niños corresponde a la esfera del bienestar público y que la maternidad saludable es una prioridad nacional, la ley llama a la creación de unidades de atención de la salud capaces de atender emergencias obstétricas, en lugares estratégicos del país, especialmente en aquellos donde se observan las tasas más altas de mortalidad materna e infantil. En el Ministerio de Salud existe un Plan Indígena en el Proyecto de Salud y Nutrición Salud Básica para Grupos Vulnerables. No obstante no hay en los entes públicos prestadores de servicios de salud una instancia especializada en salud de los pueblos indígenas. Con el apoyo de la OPS se ha realizado en el año 2003, el Inventario de Tecnologías de Agua y Saneamiento en Guatemala, utilizadas en comunidades rurales e indígenas.

Honduras: Desde 1994, el Ministerio de Salud creó la Unidad de Atención a las Etnias, ésta empezó a impulsar un plan que se basa en compromisos adquiridos por el país al firmar el Convenio 169 de la OIT. Se recibe apoyo para organizar la formación de auxiliares indígenas de enfermería para los pueblos indígenas, y se ha empezado a tener en cuenta a los terapeutas tradicionales como recursos valiosos en el abordaje de la salud en un modelo intercultural. La situación de la salud de los buzos miskitos ha sido objeto de atención por la Universidad Nacional Autónoma de Honduras, la OPS y la Organización Internacional del Trabajo.

México: La Ley de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, vigente desde el 5 de julio del 2003 tiene entre sus atribuciones orientar las políticas públicas encaminadas al desarrollo integral de los pueblos indígenas. Su principal función es apoyar y colaborar en la formulación y evaluación de políticas, programas y acciones, coordinar con gobiernos estatales y concertar para instrumentar programas y acciones. La CDI posee un área de atención de salud, nutrición, salud sexual y reproductiva, y medio ambiente dentro de uno de sus programas para mujeres. Adicionalmente, la CDI opera la Casa de los Mil Colores²⁷⁵ para apoyar a indígenas que vienen a tratarse a la Ciudad de México.

México tiene una larga tradición de políticas de salud indígena, aún desde los años 40 del siglo pasado, ligada a las políticas integracionistas. Uno de sus gestores, Aguirre Beltrán, era médico y antropólogo. En la actualidad, la prestación de los servicios de salud indígena

²⁷⁵ http://www.e-mexico.gob.mx/wb2/eMex/eMex_Casa_de_los_mil_colores.



–con enfoque intercultural– es gestionada al menos por cuatro entes públicos: 1) la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas; 2) Instituto Mexicano de Seguridad Social; 3) Programa de Ampliación de Cobertura de la Secretaría de Salud; 4) Programa de Educación, Salud y Alimentación, y 5) Coordinación de Salud y Nutrición para Pueblos Indígenas-Secretaría de Salud.

Algunos Gobiernos Estatales tienen política sobre la materia, es el caso del Gobierno del Distrito Federal²⁷⁶ cuya política establece: “Lograr el reconocimiento de la naturaleza pluricultural del Distrito Federal y de los derechos de los pueblos indígenas que en él viven. Específicamente, en materia de salud indígena, procura lograr un mayor acceso y un mejor servicio para la población indígena, asimismo, incorporar dentro del sistema de salud del Distrito Federal los conocimientos, saberes y prácticas terapéuticas indígenas, garantizar que, cuenten con acceso a los servicios de salud.

Panamá: La responsabilidad por la política de salud es compartida con las comarcas. Es el caso del pueblo Kuna, mediante el Régimen Especial de la Comarca Kuna Yala, que establece como atribuciones del Congreso General Kuna velar y tomar medidas conducentes a la salud de la población solicitando a las Autoridades Nacionales la instalación y equipamiento del Centro de Salud y el Hospital. Se establece que el Estado a través del Ministerio de Salud garantizará equipo y recursos humanos idóneos de Salud y medicamentos con respeto de las tradiciones y cultura, asimismo se crearán Comités de Salud. Otros acuerdos han sido celebrados con la Comarca Ngöbe, Emberá y Waounan.

En 1999 se creó en el Ministerio de Salud una sección de Salud de los Pueblos Indígenas, y existe el programa de Iniciativas de Salud de las Poblaciones Indígenas que establece la incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de los recursos humanos²⁷⁷. El Ministerio de Salud dispone de Centros de Salud en todas las comarcas indígenas. Se está desarrollando recientemente el proyecto de Telemedicina en la comarca Ngöbe-buglé.

Paraguay: El vacío en acceso a los servicios de salud públicos para los indígenas ha sido objeto de señalamiento y forma parte de una sentencia –en el año 2006– por la Corte Interamericana de Derechos Humanos contra el Estado paraguayo (caso Comunidad Indígena Sawhoyamaya vs. Paraguay, sentencia de 29 de marzo de 2006 y también el caso Yakye Axa).

Existe una clínica médica habilitada para los indígenas, dependiente del Instituto Paraguayo del Indígena (INDI) ubicada en Asunción. Con escasos rubros y deficiente equipamiento, de difícil acceso a sus servicios por el costo de los pasajes hasta Asunción. En consecuencia, la responsabilidad para la provisión de servicios de salud cae en manos de instituciones privadas, especialmente en las misiones, y varía según los recursos e interés de las mismas.

Perú: El Ministerio de Salud, desde 1981, maneja una estrategia de intervención y políticas de salud para las poblaciones indígenas, un servicio muy elemental, lo hace mediante el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud, SERUMS, basado en el año de servicios obligatorios de los estudiantes de diferentes áreas de medicina próximos a graduarse. Abad anota que “el abandono

²⁷⁶http://www.equidad.df.gob.mx/indigenas/programa_gobierno.html.

²⁷⁷CCNIS-OPS. Op cit. P. 137-144.



por parte del Estado de estas zonas indígenas ha sido una constante en la historia del Perú”²⁷⁸. El Instituto de Medicina Tradicional (INMETRA), tiene entre sus funciones la investigación de los conocimientos, métodos y procedimientos tradicionales. Desde 1998, INMETRA y el Programa Nacional de Salud Materno Infantil del Ministerio de Salud ejecutan un programa de Formación de la Red de Salud Materno Infantil con articulación de la medicina tradicional y la medicina oficial. El INMETRA recientemente se ha convertido en el Centro Nacional de Salud Intercultural. Con el apoyo del CEPIS/OPS se ha desarrollado varias iniciativas en agua y saneamiento en comunidades indígenas, la implementación de Cocinas Saludables, producción de materiales educativos de educación sanitaria en colaboración con PROAGUA, entre otros. También es destacable el apoyo de OPS y UNICEF para el diseño e implementación de modelos de atención intercultural aplicados a salud materno infantil, especialmente en el sistema de partos.

Venezuela: La Constitución de la República reconoce la medicina tradicional y las terapias complementarias. Las funciones principales están a cargo del Ministerio de Salud mediante la Coordinación de Salud Indígena. Se formó una base de datos sobre Prácticas Tradicionales de Salud de los Pueblos Indígenas²⁷⁹. Desde la Presidencia de la República se ha creado la Misión Guaicaipuro para desarrollar acciones en salud indígena, como son la formación de 500 paramédicos interculturales²⁸⁰ provenientes de 23 comunidades étnicas. El objetivo es garantizar la atención primaria en las distintas zonas indígenas del país.

Evaluación de la Iniciativa de la Salud de los Pueblos Indígenas dentro del marco del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo²⁸¹

La evaluación realizada por OPS cubre 19 países de América Latina, muestra los avances y limitaciones en la implementación de las directrices de la Iniciativa de la Salud de los Pueblos Indígenas en los últimos 10 años. Las mismas fueron objeto de diverso nivel de seguimiento por el Programa de Salud Indígena de las Américas de este organismo.

- a) Los países alegan tener al menos una directiva legal general como marco de política sobre los pueblos indígenas. Sin embargo, el proceso y la repercusión de la ejecución de estas políticas es limitado, en particular con relación al cumplimiento de los objetivos de desarrollo del milenio, debido a que ninguna de ellas tiene en cuenta las disparidades sociales y económicas en las áreas donde viven los pueblos indígenas.
- b) La mayoría de los países han ejecutado políticas o han reproducido experiencias que promueven la incorporación de las perspectivas, las terapias y los medicamentos indígenas en el sistema nacional de salud. Varios países han considerado el tema de manera atomizada, mientras que otros han emprendido una observación más generalizada del método intercultural de la salud mediante proyectos específicos.

²⁷⁸ Abad, Luisa. “Salud intercultural y pueblos indígenas. La experiencia de un programa de salud en atención primaria con comunidades aguarunas de la selva amazónica en Perú”. En Fernández, G. *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Ed. Abya Yala. Quito, Ecuador. 2004. P. 82.

²⁷⁹ <http://www.me.gov.ve/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=100>.

²⁸⁰ Prensa MSDS, 5 Mayo 2006, <http://www.rnv.gov.ve/noticias/?act=ST&f=21&t=32859>.

²⁸¹ Con base en el documento: “Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas”. Informe a la 138a. Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS/OMS”. Washington, D.C., EUA, 19 -23 de junio de 2006.



- c) Casi todos los países informaron sobre la existencia de unidades técnicas dedicadas a los asuntos sanitarios de los indígenas en sus ministerios de salud. Sin embargo, varias de estas unidades no cuentan con apoyo político, o con el personal o el presupuesto adecuados para responder a las demandas de cooperación técnica.
- d) Los 19 países participantes informan sobre la presencia de programas o proyectos nacionales con respecto a la salud de los pueblos indígenas. Sin embargo, en términos generales, estas iniciativas benefician principalmente a las zonas geográficas que ya cuentan con un buen acceso a los servicios de salud.
- e) Aunque se han establecido estudios y cálculos, no hay una caracterización adecuada de los pueblos indígenas de la Región y, sin duda, no existe un sistema fiable de información, seguimiento y evaluación de sus condiciones de salud.
- f) Al informar sobre los mecanismos que permiten mejorar la capacidad técnica en cuanto a la salud de los pueblos indígenas, 6 países participantes informaron que cuentan con programas dedicados a la investigación. Sólo 5 de los 19 países dicen haber otorgado becas específicamente para que los estudiantes prosigan con la educación terciaria.
- g) La mayoría de los países describen la existencia de redes locales en torno a la malaria, la salud infantil, la mortalidad materna, la infección por el VIH/Sida, y el agua y el saneamiento. Sin embargo, a nivel subregional la coordinación entre las distintas redes y programas o proyectos de salud indígena es limitada.
- h) A pesar de algunos esfuerzos loables, todavía es poca la coordinación nacional o subregional en torno a los temas y las iniciativas de salud de los indígenas.

Resultado de la evaluación de la Iniciativa de la Salud de los Pueblos indígenas

Países que firmaron y ratificaron las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6:		35
Países con poblaciones indígenas:		24
Países que respondieron a la evaluación		19
Países		Categoría
Porcentaje	Cantidad	
100	19	Políticas públicas que promueven el bienestar de los pueblos indígenas
95	18	Unidades técnicas de salud sobre los pueblos indígenas en los ministerios de salud
100	19	Proyectos nacionales sobre la salud de los pueblos indígenas
84	16	Redes o temas locales
79	15	Políticas y experiencias en la incorporación de las perspectivas, las terapias y los medicamentos indígenas en los sistemas nacionales de salud
32	6	Programas de investigación
26	5	Becas para estudiantes y profesionales indígenas
53	10	Aproximación a la creación de sistemas de información, seguimiento y evaluación sanitaria que incorporan la variable de grupo étnico
Retos nacionales <ul style="list-style-type: none"> • Coordinación • Sistematización y análisis de las experiencias en marcha • Formulación de políticas sociales interculturales 		

Fuente: Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas. Informe a la 138a. Sesión del Comité Ejecutivo de la OPS/OMS. Washington, D.C., EUA, 19-23 de junio de 2006.



3.3 Políticas y acciones de salud desde la sociedad civil y las organizaciones indígenas

No siempre es posible que los pueblos indígenas dediquen con exclusividad su esfuerzo y tiempo a las luchas por sus derechos. Esta ha sido una razón para crear espacios donde organizaciones de la sociedad civil, indígenas como no indígenas comprometidos con los ideales de la lucha los acompañen en el camino. Sus labores van desde proveer recursos humanos, recursos materiales, técnicos y económicos para viabilizar una serie de proyectos.

Existe limitada experiencia en la implementación de políticas de salud indígena a partir de los pueblos indígenas, la forma más extendida es mediante la cooperación con organismos de la sociedad civil. De forma que también, es difícil discriminar cuándo son experiencias puramente de los pueblos indígenas y cuándo en conjunción con la sociedad civil. En todo caso merecen mención los siguientes avances por países.

Bolivia: La principal iniciativa centenaria de los pueblos indígenas de Bolivia, la Medicina y a la Cultura Kallawayaya fue declarada, el 3 de diciembre de 2003, por la UNESCO como patrimonio oral e intangible de la humanidad²⁸², siendo la primera vez que una entidad a nivel mundial acepta una medicina aborígen, aprueba, respeta y lo alienta. La medicina de los terapeutas itinerantes Kallawayaya es propia de la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz, de la frontera con el Perú. La Cultura Kallawayaya existe desde tiempos remotos desarrollaron la medicina tradicional basándose en el dominio de relaciones interzonales entre Los Andes y la selva, es un caso de interculturalidad en medicina. Su labor fundamental es la curación de distintos tipos de males y enfermedades a base de hierbas y plantas medicinales de diverso origen. La Asociación de Médicos Kallawayas gestiona el nuevo Hospital Kallawayaya ubicado en la ciudad de Curva.

Brasil: Las organizaciones indígenas tienen activa coordinación y fiscalización con FUNASA para la prestación adecuada de los servicios de salud, participando en los Comités Locales, distritales y regionales de Salud indígena, definiendo políticas. La nominación de candidatos para agentes de salud indígena está a cargo de las organizaciones territoriales indígenas.

La organización Saúde Sem Límites recibió en noviembre de 2005 un reconocimiento de CEPAL y Naciones Unidas por su proyecto “Salud y Educación entre los indios Hupd’äh” que habitan en los ríos Tiquié y Vaupés, en la Amazonía brasilera. El proyecto “Salud y Educación entre los indios Hupd’äh” desarrolló un enfoque novedoso al mostrar la problemática socio política y cultural que está en la base de la grave situación de salud que presentan los Hupd’äh. La exclusión social que padecen restringe las potencialidades de este pueblo indígena para vivir de acuerdo a su cultura, sus valores y conocimientos. Por su forma de vida, ellos resultan excluidos de los programas de educación y salud.

Chile: Se cuenta con la experiencia pionera en atención intercultural de salud en el Hospital Makewe-Pelale, a cargo de una asociación indígena mapuche. Varias organizaciones indígenas del país desarrollan iniciativas sobre salud indígena, entre ellos el Programa de Salud Intercultural de Chiloé a cargo del Consejo de Caciques Huilliches de Chiloé.

²⁸² www.opinion.com.bo/PortalNota.html CodNot=25728.



Colombia: Varias organizaciones de terapeutas, como el caso de la Unión de Médicos Indígenas Yageceros de la Amazonía Colombiana, UMIYAC, han realizado importantes propuestas como es el caso de un Código de Ética de la Medicina Indígena del Pie de Monte Amazónico Colombiano. La Fundación Etnollano también desarrolla acciones en el campo de la salud indígena, con mujeres del Río Orinoco, y monitorea la Red SIAMA sobre salud indígena en la Amazonía. Lo más destacado es la constitución de Entidades Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas EPS-I que cubren territorios indígenas de todo el país y aproximadamente un millón de personas.

**Entidades Prestadoras de Servicios de Salud Indígenas EPS-I
autorizados por la Superintendencia Nacional de Salud de Colombia**

Departamento/ Distrito	Entidad prestadora de servicios de salud	Capacidad afiliación
Amazonas	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	20,000
Antioquia	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I	16,000
Arauca	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA “DUSAKAWI A.R.S.I.”	41,000
Atlántico	ASOCIACIÓN DE CABILDOS DEL RESGUARDO INDÍGENA ZENÚ DE SAN ANDRÉS DE SOTAVENTO CÓRDOBA Y SUCRE “MANEXKA”	40,000
Bogotá D.C.	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	15,000
Boyacá	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA “DUSAKAWI A.R.S.I.”	23,000
Caldas	PIJAOS SALUD EPSI	31,575
Caldas	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	40,000
Cauca	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	20,000
Cauca	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I	302,000
César	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA “DUSAKAWI A.R.S.I.”	67,000
Chocó	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	40,000
Chocó	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I	66,000
Córdoba	ASOCIACIÓN DE CABILDOS DEL RESGUARDO INDÍGENA ZENÚ DE SAN ANDRÉS DE SOTAVENTO CÓRDOBA Y SUCRE “MANEXKA”	127,000
Cundinamarca	PIJAOS SALUD EPSI	1,859
Cundinamarca	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	10,000
Guainía	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	20,000
Guajira	EMPRESA PROMOTORA DE SALUD INDÍGENA ANAS WAYUU EPSI	85,000
Guajira	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I	97,000
Guajira	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA “DUSAKAWI A.R.S.I.”	226,000
Huila	PIJAOS SALUD EPSI	956



Huila	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	15,000
Huila	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I	43,000
Magdalena	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA “DUSAKAWI A.R.S.I.”	60,700
Meta	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	20,000
Nariño	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	150,000
Norte de Santander	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA “DUSAKAWI A.R.S.I.”	23,000
Putumayo	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I	25,000
Putumayo	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	45,000
Quindío	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	10,000
Risaralda	PIJAOS SALUD EPSI	7,875
Risaralda	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	20,000
Santander	ASOCIACIÓN DE CABILDOS INDÍGENAS DEL CESAR Y GUAJIRA “DUSAKAWI A.R.S.I.”	32,000
Sucre	ASOCIACIÓN DE CABILDOS DEL RESGUARDO INDÍGENA ZENÚ DE SAN ANDRÉS DE SOTAVENTO CÓRDOBA Y SUCRE “MANEXKA”	48,000
Tolima	PIJAOS SALUD EPSI	24,002
Valle del Cauca	ASOCIACIÓN INDÍGENA DEL CAUCA AIC-EPS-I	8,000
Valle del Cauca	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	20,000
Vaupés	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	20,000
Vichada	MALLAMAS EPS-INDÍGENA	20,000

Fuente: Con base en Resultados Proceso de Habilitación Ranking de A.R.S. Superintendencia Nacional de Salud de Colombia. http://www.supersalud.gov.co/Documentos/COMUNICADO-HABILITACION%20_Junio%2008_%20Web.pdf.

La Asociación de Cabildos Indígenas Nasa, ACIN, ha creado la Escuela de Etnosalud como respuesta a la necesidad de contar con un organismo que desarrolle acciones de educación en salud, teniendo en cuenta aspectos políticos, culturales y sociales de las comunidades indígenas del Norte del Cauca para cubrir las necesidades básicas en salud en el ámbito local y zonal. Para este propósito se recogió el saber tradicional de parteras, sobanderas, pulseadoras y médicos tradicionales cuyos saberes se complementan con los aportes de la medicina occidental de las enfermeras, auxiliares y promotores de salud de la ACIN.

Costa Rica: varias organizaciones se ocupan del rescate y fortalecimiento de la medicina indígena como la Asociación de Awa en Salitre y en Talamanca (terapeutas tradicionales). Grupos de mujeres establecieron casas de salud en Curré y Térraba con comadronas y sobadoras. Los huetares de Quitirrisí tienen diversas asociaciones para la producción y comercialización de plantas medicinales. Para la atención de los pueblos cabécar de Chirripó surgió la Asociación de Salud Integral al indígena.

Ecuador: Desde 1990, el movimiento indígena ecuatoriano con más fuerza viene impulsando una serie de reformas en el Estado, sus leyes, institucionalidad y adopción de políticas de indígenas. La Federación Indígena Campesina Imbabura, FICI, impulsó una de las experiencias más emblemáticas del Ecuador: el Jambi Huasi (“casa de la salud”) es un centro de salud con



una farmacia (que dispensa medicinas tradicionales y modernas), salas de parto, un laboratorio, seis jardines de plantas medicinales, una comadrona, un programa de extensión y educación, un programa de salud reproductiva, dos médicos, un promotor de salud, un *yachag* (shaman), una ambulancia para llevar los casos de urgencia al hospital local, una habitación de vapor y un consultorio de dentista. El *yachag* está a cargo de las enfermedades que no pueden explicarse científicamente y las doctoras convencionales (que son todas mujeres indígenas) se ocupan de los casos que el *yachag* no puede curar. En 1998, el centro asistió a cerca de 10,000 pacientes. El resultado es una reducción acentuada de la mortalidad materna e infantil en Otavalo.

La Municipalidad de Cotacachi, cuyo alcalde es indígena, ha iniciado algunas acciones en el campo de la salud indígena. En la amazonía tiene plena vigencia la medicina shuar, achuar, hoaurani, quichua. Las organizaciones amazónicas como la OPIP, CONFENIAE y COICA, han denunciado la amenaza de la biopiratería sobre las plantas medicinales y los conocimientos médicos ancestrales.

El Salvador: El Consejo Coordinador Nacional Indígena Salvadoreño, CCNIS, es el principal órgano de influencia indígena que trabaja por varios aspectos de su problemática, especialmente en el reconocimiento y recuperación de saberes y tradiciones de los pueblos indígenas. En ese sentido construye espacios de socialización de experiencias y saberes, pero sobre todo, perfila su capacidad de incidencia sociopolítica. El CCNIS forma parte del parte del Consejo Indígena Centroamericano, CICA.

En el año 2001, el CCNIS y la OPS, condujeron la investigación sobre las condiciones de atención de salud en los Pueblos Pipil de Izalco, Sonsonate. El Estudio reveló que aún cuando existe un sistema formal de referencia por parte del Ministerio de Salud que el personal utiliza de acuerdo a ley, en la intimidad de la vida comunitaria pareciera funcionar un sistema de referencia que va desde el promotor al sistema indígena de salud²⁸³. Entre los agentes de salud se encuentran los curanderos, hierberos y espiritistas, sobadores, matronas, sacerdotes y profetas.

Otras organizaciones Salvadoreñas con acciones menos específicas en salud son la Asociación Coordinadora de Comunidades Indígenas de El Salvador, ACCIES, la Asociación Nacional Indígena de El Salvador, ASNAIS y el Instituto para el Resurgimiento Ancestral Indígena Salvadoreño, RAIS.

Nicaragua: La Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, URACCAN, incide en la política de salud indígena y regional, una importante muestra es que desarrolló en 1998 un Modelo de Salud para la Región Autónoma del Atlántico Norte²⁸⁴, con 5 instancias municipales de salud (Bilwi, Waspam/Wangki, Rosita, Siuna y Bonanza), cada una compuesta por un centro de salud, varios puestos de salud y unidad de hospitalización rural. El modelo contempla la atención integral, económica, geográficamente accesible y que promueva la revitalización cultural.

²⁸³CCNIS-OPS, Modelo de atención en salud de los pueblos Náhuatl Pipil de Izalco, Sonsonate, El Salvador. *Serie Pueblos Indígenas, Salud y Condiciones de vida en el Salvador*, No. 3. CCNIS, OPS, San Salvador. 2001. . 6.

²⁸⁴URACCAN. *El modelo de salud de la Región Autónoma del Atlántico Norte*. URACCAN, Managua, 1998.



El Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense, URACCAN²⁸⁵, opera un proyecto de plantas medicinales en la finca agroecológica de Krabutigni, abastece de plantas medicinales a los terapeutas tradicionales y les proporciona capacitación. Desde 2006-2007, URACCAN ofrecerá la Maestría en Salud Intercultural, en convenio con la recientemente creada Universidad Indígena Intercultural, UII. La Maestría en Salud Intercultural, tiene un programa de dos años, en la cual se combinan los métodos presenciales y virtuales. Sus objetivos son formar integralmente a profesionales del sector salud o sectores sociales afines, desarrollando un programa curricular con orientación intercultural; propiciar espacios de diálogo, concertación y acuerdos, sobre temas de actualidad relacionados con la salud en los países latinoamericanos, así como otros problemas integrales que la sociedad multiétnica y multicultural; contribuir a la reflexión, discusión, concertación y formulación de propuestas conceptuales que permitan contribuir al diseño y operacionalización de planes de salud intercultural con enfoque de género y generacional. Otro agente valioso es la Fundación Nicaragüense de Promotores de Salud Comunitaria, CECALLI, que realiza investigación etnobotánica y proyectos comunitarios.

México: Se han propuesto avances prácticos en la medicina intercultural, a cargo de la Organización de Médicos Indígenas del Estado de Chiapas, México, OMIECH y el Consejo Nacional de Médicos Tradicionales, CONAMIT. Así mismo varias organizaciones participan de un programa de apoyo de la Comisión Nacional para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas como se puede ver en siguiente cuadro.

**Organizaciones bajo convenio con la Comisión Nacional
para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas, año 2003**

Programa	Objetivos
	Llevar a cabo el proyecto “Talleres de Difusión y Capacitación para Formar Mujeres Indígenas Promotoras de los Derechos Reproductivos y la Atención de la Salud Reproductiva”.
GRUPO TICIME, A.C	Llevar a cabo el proyecto “Capacitación de los Derechos Sexuales y Reproductivos de la Mujer en el Pueblo Ikoods”.
NOCHE ZIHUAME ZAN ZE TAJOME, S.S.S.	Desarrollar el proyecto “Las Mujeres Indígenas de la Región de la Montaña, se Capacitan en Derechos Reproductivos, Procesos de Denuncia, para erradicar las enfermedades y violencias que sufren”.
ASESORIA, CAPACITACION Y ASISTENCIA EN SALUD, A.C.	Transferencia de recursos a “La Organización”, recursos provenientes de la aportación efectuado por el PNUD, para el proyecto piloto “Casas de la Salud de las Mujeres Indígenas en el Estado de Chiapas”.

²⁸⁵URACCAN, *Prospecto de la Maestría en Salud Intercultural*, Bilwi, Nicaragua, 2006.



CENTRO PARA LOS DERECHOS DE LA MUJER NAAXWIIN, A.C.	Transferencia de recursos provenientes de la aportación efectuada por “EL PNUD” para el proyecto Piloto para la prevención y atención a la violencia y sus consecuencias de la Salud de la Mujeres Indígenas denominado “Casas de la Salud de las Mujeres Indígenas en el Estado de Oaxaca”.
MASEHUAL SIVAMEJ MOSEN YOLCHICAUANI, S. DE S.S.	Transferencia de recursos Provenientes de la aportación efectuada por “EL PNUD” para el proyecto Piloto para la prevención y atención a la violencia y sus consecuencias de la Salud de la Mujeres Indígenas denominado “Casas de la Salud de las Mujeres Indígenas en el Estado de Puebla”.
KAYAUWARI DIOS VENADO, A.C.	Transferencia de recursos para la ejecución y acompañamiento del Proyecto de Capacitación Intercultural en Salud a Personal Institucional y Comunitario, dentro del eje temático de Medicina Tradicional y Salud Intercultural.

Paraguay: Los servicios de salud para los indígenas están a cargo de algunas entidades privadas como la Pastoral Nacional Lindísima Ogazú, Institución Ecuménica de Promoción Social, Asociación de Comunidades Indígenas, Asociación de Comunidad Guyá y Centro Médico Bautista y otras.

Perú: En 1991 la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana AIDSESP²⁸⁶ decidió crear en su seno, una estructura orgánica responsable de proponer políticas de Salud. Esta instancia orgánica fue encargada de diseñar las estrategias y formular, ejecutar y evaluar los proyectos y programas correspondientes. Inicialmente esta estructura se denominó Secretaría de Salud (1991-1994); luego tomó el nombre de Programa de Salud Indígena, PSI. En 1992, la entonces Secretaría de Salud Integral (SSI), alcanzó a todo los niveles organizativos de AIDSESP la propuesta de Salud Indígena conteniendo su filosofía, políticas y estrategias. A partir de 1995, el Programa de Salud Indígena (PSI), desarrolla las ideas ejes de salud indígena. Salud Indígena es una propuesta política y estratégica, desde dentro de la organización de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana, para preservar y mejorar la salud de sus pueblos. Entre los principales Proyectos realizados están²⁸⁷:

De Medicina Tradicional con FONCODES: 1992.

Para el Control del Cólera: 1993.

Primer proyecto con NORDECO: 1994.

Medicina Indígena con los Cocama cocamilla: 1995.

Prevalencia de Marcadores Serológicos para Hepatitis B y Delta: 1996.

²⁸⁶ Abad, Luisa. “Salud intercultural y pueblos indígenas. La experiencia de un programa de salud de atención primaria con comunidades aguarunas de la selva amazónica en Perú”. En Fernández, Gerardo (Coordinador), *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*. Edit. Abya Yala. Quito, Ecuador, 2004. Pp. 75- 92.

²⁸⁷ AIDSESP. Informe Balance. Programa de Salud Indígena (PSI) de AIDSESP, durante el período 1999-2002 <http://www.aidsep.org.pe/sp/voz%20indigena/setiembre2003>.



Ampliación del Proyecto: Desarrollo de los Sistemas de Salud Indígena (DESSAI) en Atalaya: 1994-2000.

La Coordinadora de Comunidades Campesinas Afectadas por la Minería se ha ocupado de denunciar e iniciar procesos judiciales contra las empresas mineras que usurpan tierras comunales, deforestan, contaminan los ríos y el medio ambiente y afectan directamente la salud de las comunidades andinas. Lo propio hicieron las organizaciones amazónicas en torno a la contaminación de las empresas petrolíferas y gasíferas, y los casos de contaminación con plomo de niños del Alto Amazonas, Cerro de Pasco, Camisea entre otros. El Taller Permanente de Mujeres Indígenas también se ha ocupado del tema.



Bibliografía

Alarcón, Ana y otros. “Salud intercultural: elementos para la construcción de sus bases conceptuales”. *Revista médica de Chile* v. 131 n. 9, Santiago, Sep. 2003.

http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872003000900014&script=sci_arttext.

Alsina, Miquel Rodrigo. *Elementos para una comunicación intercultural*. Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, 1996.

Campos Navarro, Roberto. “La Medicina intercultural en hospitales rurales de América Latina”. *Nueva Época/Salud Problema*, Año 4 Número 7, diciembre de 1999.

Fernández, Gerardo. (Coordinador). *Salud e interculturalidad en América Latina: perspectivas antropológicas*. Abya Yala, Quito, 2004.

Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y El Caribe. Declaración de Brasilia. Primera Reunión Intergubernamental sobre Institucionalidad y Políticas Públicas orientadas a Pueblos Indígenas. Brasilia, Brasil, 24 de noviembre de 2004. http://www.servindi.org/antiguo/sp/documentos/derechos_i/Der_ind_5.htm.

Kaplan, Marcos. *Estado y Sociedad*. UNAM, México, 1983.

Kymlicka, W. *Ciudadanía multicultural*. Paidós, Barcelona, 1996.

Lerin Piñón, Sergio. *Inequidad en salud e interculturalidad*. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). México D.F.

López, Luis Enrique. “La cuestión de la interculturalidad y la educación latinoamericana”. (PROEIB Andes). Documento presentado en el Seminario sobre Prospectivas de la Educación en la Región de América Latina y el Caribe, UNESCO (Santiago de Chile, 23/25 de agosto de 2000).

Malo González, Claudio. “Cultura e Interculturalidad”. Sección Especializada de Diversidades del IIDH: www.iidh.ed.cr.

Meny, Yves y Thoenig, Jean-Claude. *Las políticas Públicas*. Editorial Ariel, Barcelona, 1992.

Martínez, Juliana y Camacho, Rosalía. *Inclusión, Derechos Humanos e Incidencia Política*. IIDH, San José, 2003. Accesible en la sección de Diversidades de la web del IIDH: www.iidh.ed.cr.

OPS/OMS. Resolución V Salud de los Pueblos Indígenas. OPS/OMS. Washington, 1993.

OPS/OMS. Informe Reunión de Trabajo sobre políticas de salud y pueblos indígenas. Quito, Ecuador, 25-27 de noviembre de 1996.

OPS/OMS. Orientación de los Marcos Jurídicos hacia la Abogacía en Salud de los Pueblos Indígenas. Estudios de las Legislaciones de Colombia, Bolivia, El Salvador, México y Honduras. 1998.

OPS/OMS. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. Abril de 1998.



Servicio de Salud Araucanía Sur. “Salud, Cultura y territorio; bases para una epidemiología intercultural: bases para una epidemiología intercultural”. Servicio de Salud Araucanía Sur, 1998.

Red Salud Indígena de la Amazonía (REDSIAMA). Memoria de la mesa de trabajo sobre políticas interculturales y transfronterizas de salud en la Amazonía. OPS/OTCA/REDSIAMA. Cartagena de Indias, Colombia, abril 21 a 23 de 2005.

Walsh, Catherine. “Propuesta para el tratamiento de la interculturalidad en la educación: Documento Base”. Lima, Septiembre, 2000.

www.pucp.edu.pe/eventos/intercultural/pdfs/inter63.PDF.





Guía Pedagógica

*Elaborada por
Lucrecia Molina*

Palabras iniciales

La “Guía didáctica sobre los derechos indígenas a la salud y al agua” es un material de apoyo para la consulta de los promotores o facilitadores que desarrollen procesos de capacitación con el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos.

Por su finalidad didáctica, el texto tiene, entre otras características, un lenguaje sencillo, conceptos precisos, actividades participativas y un contenido genérico, de modo que se pueda utilizar en forma permanente, con cualquier comunidad en cualquier país latinoamericano. También ofrece posibilidades de autoformación en algunos temas de importancia que no son abordados por el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos.

Consta de tres partes:

Primera parte: Aspectos teóricos y conceptuales. En ella se explican los conceptos básicos de los derechos humanos y las políticas públicas.

Segunda parte: Aspectos metodológicos y prácticos. Aquí se analizan brevemente el sujeto de derecho (los pueblos indígenas) y la concepción pedagógica que sustenta la propuesta de trabajo; asimismo, se incluyen aspectos prácticos para la organización y puesta en marcha del proceso.

Tercera parte: Talleres. Se desarrolla la concepción pedagógica mediante las guías para talleres, uno por módulo. En estas guías se sugieren actividades a desarrollar para una mejor aprehensión de conocimientos por parte de las personas participantes.

Los ejercicios y actividades que se proponen se enmarcan en los siguientes principios:

- Se busca desarrollar un proceso de reflexión y adquisición de conocimientos sobre la base de las vivencias de las personas que participan en las actividades grupales de capacitación, lo que se puede realizar también en forma individual, pero de un modo más limitado.
- Se trata de un proceso participativo que facilita compartir experiencias, criterios y puntos de vista; en este proceso cada persona tiene algo que enseñar y algo que aprender de las demás.
- Nuestro marco general respecto de esta problemática parte de los principios y valores de los derechos humanos. Las lecturas y actividades de las lecciones son sugerencias; pueden ser cambiadas por otras que el grupo considere igualmente efectivas para lograr nuestros propósitos.



1. Derechos humanos

A. Elementos básicos de los derechos humanos

Los derechos humanos son un conjunto de normas que los Estados se comprometen a cumplir frente a la comunidad internacional. Este conjunto normativo tiene como objetivos regular y limitar el poder estatal, proteger a las personas y mejorar sus vidas.

Los derechos humanos pertenecen a cada persona, sin distinciones de ninguna especie, como lo dice la siguiente definición: “La sociedad contemporánea reconoce que todo ser humano, por el hecho de serlo, tiene derechos frente al Estado, derechos que éste, o bien tiene el deber de respetar y garantizar o bien está llamado a organizar su acción a fin de satisfacer su plena realización. Estos derechos, atributos de toda persona e inherentes a su dignidad, que el Estado está en el deber de respetar, garantizar o satisfacer son los que hoy conocemos como derechos humanos”²⁸⁸.

B. Características de los derechos humanos

Para fines didácticos, se suele dividir a los derechos humanos en generaciones sucesivas según su surgimiento histórico. Por eso, vamos a encontrar autores que llaman primera generación a los derechos civiles y políticos; segunda generación a los económicos, sociales y culturales; y, tercera generación a los derechos colectivos, también conocidos como derechos de los pueblos o derechos de solidaridad. Sin embargo, una característica fundamental es que estos son *integrales e indivisibles, interdependientes e interrelacionados* entre sí, tal como lo reconoció la Conferencia Mundial de Viena en 1993: “Todos los derechos humanos son universales, indivisibles, interdependientes y están relacionados entre sí. La comunidad internacional debe tratar los derechos humanos en general de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles a todos el mismo énfasis. Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales”²⁸⁹.

²⁸⁸ Pedro Nikken. “El concepto de derechos humanos”. En: *Estudios básicos de derechos humanos*, vol. 1. IIDH. San José, 1994.

²⁸⁹ Artículo 1 de la Declaración de Viena.



Características de los derechos humanos

- **Inherentes:** Porque son innatos a todos los seres humanos sin distinción alguna, pues se asume que nacemos con ellos. Por tanto, estos derechos no dependen de un reconocimiento por parte del Estado.
- **Universales:** Por cuanto se extienden a todo el género humano en todo tiempo y lugar; por tanto, no pueden invocarse diferencias culturales, sociales o políticas como excusa para su desconocimiento o aplicación parcial.
- **Absolutos:** Porque su respeto se puede reclamar indistintamente a cualquier persona o autoridad.
- **Inalienables:** Por ser irrenunciables, al pertenecer en forma indisoluble a la esencia misma del ser humano; no pueden ni deben separarse de la persona y, en tal virtud, no pueden transmitirse o renunciar a los mismos, bajo ningún título.
- **Inviolables:** Porque ninguna persona o autoridad puede actuar legítimamente en contra de ellos, salvo las justas limitaciones que puedan imponerse de acuerdo con las exigencias del bien común de la sociedad.
- **Imprescriptibles:** Porque no se pierden por el transcurso del tiempo, independientemente de sí se hace uso de ellos o no.
- **Indisolubles:** Porque forman un conjunto inseparable de derechos. Todos deben ser ejercidos en su **contenido esencial**, al tener igual grado de importancia
- **Indivisibles:** Porque no tiene jerarquía entre sí, es decir, no se permite poner unos por encima de otros ni menos sacrificar un tipo de derecho en menoscabo de otro.
- **Irreversibles:** Porque todo derecho formalmente reconocido como inherente a la persona humana queda irrevocablemente integrado a la categoría de derecho humano, categoría que en el futuro no puede perderse.
- **Progresivos:** Porque dado el carácter evolutivo de los derechos, en la historia de la humanidad, es posible que en el futuro se extienda la categoría de derecho humano a otros derechos que en el pasado no se reconocían como tales o aparezcan otros que en su momento se vean como necesarios a la dignidad humana y, por tanto, inherentes a toda persona.

<http://www.cinterfor.org.uy/public/spanish/region/ampro/cinterfor/temas/worker/doc/otros/xviii/cap1/i.htm>

C. Instrumentos internacionales de protección de los derechos humanos

Los derechos humanos están contenidos en los denominados instrumentos internacionales, que no son otra cosa que documentos resultantes de negociaciones y acuerdos entre Estados, promovidos por organismos como las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos. Su existencia es el fruto de las luchas de muchísimos hombres y mujeres que se propusieron lograr que la dignidad y la vida fueran preservadas como los valores más sagrados de la humanidad.



Hay dos clases de instrumentos internacionales:

- los tratados o convenciones, y
- las declaraciones.

Los tratados son leyes internacionales de cumplimiento obligatorio para los gobiernos de los países que las ratifican. Para ratificar un tratado internacional, el organismo legislativo (Congreso o Asamblea legislativa) tiene que aprobarlo. Al hacerlo, el tratado se convierte en una ley del país.

Las leyes internacionales reciben distintos nombres: convenio, convención o pacto son los más utilizados. En sus respectivos títulos se especifica la materia que tratan. Por ejemplo, la Convención sobre Derechos del Niño se refiere a la protección de las personas menores de 18 años. Entre los tratados más importantes del sistema universal de derechos humanos se cuentan:

- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
- Convención sobre Derechos del Niño
- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial
- Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, conocida como Cedaw
- Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares
- Convención contra la Tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes
- Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales

También hay documentos adicionales a los tratados, que se llaman protocolos. En los protocolos se legisla sobre aspectos específicos del tratado, se amplían derechos o se indican procedimientos para aplicarlo. Algunos de estos son:

- Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la Abolición de la Pena de Muerte
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la Participación de Niños en los Conflictos Armados
- Protocolo Facultativo de la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer
- Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Derechos Políticos



En el sistema interamericano, la *Convención Americana sobre Derechos Humanos* es el tratado más importante. Tiene dos protocolos adicionales: el *Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*, “*Protocolo de San Salvador*”, y el *Protocolo a la Convención Americana sobre Derechos Humanos relativo a la Abolición de la Pena de Muerte*. Cuando el Estado ratifica la Convención americana decide si acepta o no la competencia de la Corte Interamericana.

Además de estas, tenemos otras leyes interamericanas:

- Convención Interamericana para Prevenir y Sancionar la Tortura
- Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra la Mujer, “Convención De Belém Do Pará”
- Convención Interamericana sobre Desaparición Forzada de Personas
- Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Personas con Discapacidad

No existe un tratado específico sobre el derecho a la salud o sobre el derecho al agua; estos derechos están contenidos en dos instrumentos: el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, conocido como el *Protocolo de San Salvador*.

Las **declaraciones** no son leyes internacionales, por lo tanto no tienen que ser ratificadas. No son de cumplimiento obligatorio, pero algunas de ellas tienen un gran valor moral, como la Declaración Universal de Derechos Humanos o la Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre, que es anterior a la DUDH.

Además de estos documentos, también tenemos otras fuentes orientadoras que emanan del trabajo de los organismos internacionales de protección de los derechos humanos, como las recomendaciones que le hacen a los gobiernos para mejorar alguna situación, los comentarios generales que escriben para que entendamos mejor lo que dicen los tratados, los informes, los principios, etc.

Un tratado internacional se convierte en una ley nacional de cumplimiento obligatorio mediante un procedimiento llamado **ratificación**. Después de la ratificación, el Estado o gobierno debe llevar a cabo una serie de acciones, que veremos más adelante; entre ellas se cuentan las siguientes:

En lo legal:

- Escribir nuevas leyes para cumplir con las obligaciones de la ley internacional; y,
- Revisar y adecuar las leyes que ya existen para que no contradigan lo establecido por la ley internacional; por ejemplo, si el Estado ratificó un tratado mediante el cual se compromete a que no exista más discriminación en contra de las mujeres y su legislación civil dice que las esposas no tienen derecho a la herencia del esposo, sino el hijo



varón, tiene que eliminar esa disposición y velar por la igualdad legal entre hombres y mujeres en este y otros aspectos en los que se las discrimine.

En materia de políticas públicas:

- Hacer políticas, planes y programas que contribuyan al cumplimiento de las obligaciones contraídas.

En lo institucional:

- Establecer ministerios, direcciones y otras instituciones que se encarguen de realizar las políticas, los planes y los programas; para lograrlo, deben contar con el presupuesto, los recursos materiales y el personal suficiente.

2. Las organizaciones internacionales y los sistemas de protección de los derechos humanos

A. La Organización de las Naciones Unidas y la Organización de Estados Americanos

Existen dos organizaciones internacionales que, entre muchas otras funciones, son las encargadas de vigilar a los gobiernos en el cumplimiento de los derechos humanos de todas las personas. Son la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y la Organización de Estados Americanos (OEA). La primera abarca a casi todas las naciones del planeta; la segunda, las del continente americano, que es la tierra que habitamos.

Ambas organizaciones fueron establecidas poco tiempo después de que finalizara la Segunda Guerra Mundial. La ONU nació en 1945 y sus fundadores pensaron que debía existir para que hubiera paz y seguridad en el mundo y se respetaran y protegieran los derechos humanos. El 10 de diciembre de 1948 adoptó la *Declaración Universal de Derechos Humanos*.

La OEA fue fundada en 1948, en una reunión de gobiernos que hubo en Bogotá, Colombia. El primer instrumento internacional de derechos humanos fue aprobado por la OEA en esa reunión; es la *Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre*.

Además de aprobar leyes internacionales y declaraciones, la OEA y la ONU crearon los sistemas internacionales de protección de los derechos humanos: el sistema universal y el sistema interamericano.

B. El sistema universal de derechos humanos

El sistema universal de derechos humanos es un conjunto de organizaciones, comisiones, comités, procedimientos especiales y consejos creados por la ONU para vigilar el cumplimiento de los derechos humanos en el mundo. En 2006 la antigua Comisión de Derechos Humanos fue sustituida por el **Consejo de Derechos Humanos, CDH**.



El cumplimiento del Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales, de los que forman parte el derecho a la salud y el derecho al agua, es vigilado por el **Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, CDESC**. Entre otras funciones, el CDESC recibe los **informes de los gobiernos** sobre los avances en la protección de los DESC y le hace **observaciones y recomendaciones** que estos deben cumplir.

Otro procedimiento de vigilancia de las obligaciones del Estado son los **Relatores especiales**. Estos son personas expertas en derechos humanos en un área específica. Entre las formas de control que realizan, visitan los países, escriben informes y los presentan al CDH y la Asamblea General de la ONU o emiten recomendaciones a esta organización y a los gobiernos para mejorar una determinada situación. Entre los mecanismos especiales que tienen que ver con Desc están los siguientes:

- Relator especial del derecho a la alimentación,
- Relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental,
- Relatora Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el derecho a la educación,
- Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre la vivienda adecuada,
- Experta independiente de la Comisión de Derechos Humanos sobre los derechos humanos y la extrema pobreza, y,
- Experto independiente encargado de examinar las consecuencias de las políticas de reforma económica y de la deuda externa para el goce efectivo de todos los derechos humanos, en particular los derechos económicos, sociales y culturales.

También existen instancias que se encargan de vigilar que los Estados respeten y desarrollen acciones a favor de los derechos de los pueblos indígenas. Entre ellas están:

- Organización Internacional del Trabajo, OIT, mediante el Convenio 169,
- Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre la situación de los derechos humanos y las libertades fundamentales de los indígenas,
- Grupo de trabajo sobre Poblaciones Indígenas (Subcomisión),
- Grupo de trabajo sobre el Proyecto de declaración sobre los derechos de los pueblos indígenas (Comisión), y,
- Fondo de Contribuciones Voluntarias para las Poblaciones Indígenas.



C. El sistema interamericano de protección de los derechos humanos

El sistema interamericano de protección de los derechos humanos vigila el cumplimiento de las obligaciones de los Estados en los países de América. Tiene los siguientes objetivos para los países del continente:

- Reconocer y definir los derechos humanos;
- Establecer normas de conducta obligatorias tendientes a su promoción y protección; y,
- Crear órganos destinados a velar por la fiel observancia de los mismos.

Estos órganos son:

- La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), que está en la capital de los Estados Unidos, Washington, y
- La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH), cuya sede está en San José, la capital de Costa Rica.

Ambos organismos se encargan de que los Estados o gobiernos cumplan con lo establecido por la Convención Americana sobre Derechos Humanos y otros tratados básicos, como los que se mencionan páginas atrás.

a) La Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH)

Para poder vigilar el cumplimiento de los tratados de derechos humanos regionales, la CIDH se relaciona tanto con los gobiernos como con las personas y las organizaciones de la sociedad civil o no gubernamentales, también con la representación de los pueblos indígenas. Sus funciones son:

- Escribir y publicar informes anuales y especiales (sobre algún país, problema o población);
- Visitar los países donde hay una situación grave de derechos humanos;
- Estudiar los problemas de derechos humanos en la región y escribir propuestas o recomendaciones para resolverlos o mejorar las situaciones;
- Organizar reuniones para conocer mejor algunas problemáticas o lo que está pasando en los países;
- Recibir e investigar las denuncias de las personas u organizaciones que consideran que existe una violación de los derechos humanos; si la denuncia es aceptada, se conforma un caso;
- Escribir recomendaciones al gobierno para proteger la vida o la integridad de personas que se encuentren en peligro, en alguno de los casos que examina; estas se llaman medidas cautelares;



- Si los casos no son resueltos sin llegar a un juicio –o sea, mediante el procedimiento de solución amistosa–, la Comisión escribe un informe final. En ese momento, las personas u organizaciones que presentaron la denuncia pueden solicitar que la Comisión acuse al gobierno ante el tribunal o juzgado de derechos humanos del continente, la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Algo que debe quedarnos claro es que en este tribunal no se puede acusar a personas, sino a gobiernos. Esto es así porque quien ratifica un tratado internacional de derechos humanos y asume la obligación de cumplirlo, es el gobierno, no una persona en lo particular.

La CIDH también tiene relatorías que se encargan de funciones parecidas a las de las Naciones Unidas; de ellas, la más importantes para nosotros es la Relatoría sobre los derechos de los pueblos indígenas.

b) La Corte Interamericana de Derechos Humanos (Corte IDH)

Por su parte, la Corte IDH es un tribunal formado por siete jueces que son electos por la Asamblea General de la OEA. La Corte tiene tres funciones principales:

- Juzgar a los gobiernos por los casos de violación de los derechos humanos;
- Escribir opiniones sobre cómo se deben entender los derechos protegidos por la Convención Americana y los otros tratados de derechos humanos, o sobre situaciones especiales, como las de los niños y niñas (opiniones consultivas); y,
- Dictar medidas de protección de la vida, la seguridad y la integridad de las personas que sufren peligro (medidas provisionales).

Tanto la Comisión como la Corte han intervenido en casos de violaciones de los derechos humanos de personas y pueblos indígenas. Sus resoluciones se llaman **jurisprudencia**. Entre los casos vistos por la Corte podemos mencionar los siguientes:

- Caso Mayagna Awas Tingni, que es el nombre de una comunidad indígena nicaragüense, del pueblo sumo, que se presentó ante el sistema interamericano para denunciar que el gobierno de Nicaragua había dado sus tierras a una empresa para hacer carreteras, botar árboles y construir hoteles. En la sentencia que dio la Corte, el Estado fue condenado por haber violado los derechos de la comunidad. Para hacer justicia, tuvo que pagarles una indemnización; delimitar, demarcar y titular sus tierras; y, no afectarlas más mientras eso no estuviera listo.
- En el caso del pueblo indígena de Sarayaku, que vive en Ecuador, la Corte dictó medidas provisionales para ordenarle al gobierno proteger la vida y la integridad de las personas. Estas medidas se dieron en contra de las violaciones de derechos humanos –detenciones ilegales, torturas, amenazas– perpetradas el ejército ecuatoriano que le vendía servicios de seguridad a unas empresas petroleras, que además estaban en el territorio indígena destruyendo bosques, fuentes de agua, sitios sagrados y matando animales con sus actividades.



En los informes anuales de la CIDH también podemos buscar los que se refieren a los casos sobre personas y pueblos indígenas que este organismo ha tenido en sus manos.

3. La protección nacional de los derechos humanos

A. Aspectos legales o jurídicos

La Constitución Política es el instrumento legal más importante en cada uno de nuestros países; en el texto constitucional se establecen asuntos muy importantes relacionados con los derechos humanos, las libertades reconocidas a la ciudadanía y la organización política. Estas se plasman en disposiciones como las siguientes:

- El carácter de nación, el que es pluricultural y multilingüe, cuando hay un reconocimiento de la existencia de los pueblos indígenas;
- La organización político-administrativa y el tipo de gobierno;
- La organización de los poderes del Estado y sus competencias (órganos legislativo, ejecutivo y judicial); y,
- Las relaciones entre los poderes del Estado y las personas: los derechos y libertades que se nos reconocen y las formas de participación en la vida pública.

Además de la Constitución Política, en cada país existe una gran cantidad de leyes, entre ellas, de la salud y la ley del agua. Como ya vimos, cuando el Estado ratifica un tratado de derechos humanos, debe revisar y adecuar su legislación interna –es decir, la Constitución Política y las leyes secundarias– para que no contradigan o anulen lo que dice establece la ley internacional.

También debe aprobar nuevas leyes de protección de los derechos humanos, lo que se da principalmente en relación con los pueblos indígenas, las mujeres, los niños y niñas, las personas mayores (adultos mayores) y las personas con capacidades diferentes. A estas últimas se les decía “inválidas” o “discapacitadas”.

Entre las leyes específicas también podríamos mencionar las que han aprobado algunos Estados para establecer la educación bilingüe intercultural de los pueblos indígenas; para la regulación de los derechos territoriales y la protección de los bienes naturales que se encuentran en ellos; el reconocimiento del derecho o costumbre indígena; el reconocimiento de los idiomas que hablamos, etc.

Como el reconocimiento legal no es suficiente para la realización de los derechos, el Estado debe elaborar políticas públicas, que se llaman así porque deben estar vigentes durante todo el tiempo y no depender de que el gobierno de turno se identifique con los derechos indígenas; éstas deben ser obligatorias para cualquier gobierno, sin importar su afinidad política o ideológica. Más adelante veremos cómo se hacen esas políticas públicas, quienes intervienen en ese proceso y qué podemos hacer a favor de los derechos a la salud y al agua de los pueblos indígenas.



B. Las instituciones

Desde el punto de vista de los derechos humanos, todas las instituciones estatales están obligadas a actuar para protegerlos y realizarlos a favor de todas las personas, sin distinción de edad, sexo, color, nivel económico, etnia, opinión política o cualquier otro motivo de discriminación. Hay muchísimas instituciones y dependencias gubernamentales, de una forma u otra, todas están relacionadas con la ejecución de políticas públicas, programas o leyes; mediante sus acciones se efectúa el cumplimiento de las obligaciones del Estado en materia de derechos humanos. En materia de los derechos a la salud y al agua son fundamentales los ministerios de salud y todas sus dependencias, las municipalidades y las empresas de aguas, que en algunos países son privadas.

En términos generales, el ombudsman es muy importante para la salvaguardia de los derechos de los pueblos indígenas. Con esta palabra se denomina a una institución que se llama de diferentes modos en América Latina: Procuraduría de Derechos Humanos, de Guatemala a Nicaragua; Defensoría de los Habitantes, en Costa Rica; Comisión Nacional de Derechos Humanos y las comisiones estatales mexicanas; y Defensorías del Pueblo en Panamá y los países de América del Sur.

C. Rendición de cuentas

Como ya se ha dicho, al ser parte de un tratado mediante el procedimiento de la ratificación, nuestro país se compromete ante las instancias internacionales y nacionales a cumplir con sus obligaciones en materia de derechos humanos.

También ya vimos las formas en las que ejercen vigilancia los órganos de derechos humanos de las Naciones Unidas, como el CDESC, los Relatores Especiales y el Consejo de Derechos Humanos. También la Comisión Interamericana de Derechos Humanos realiza ese tipo de funciones.

Por su parte, los Estados están obligados a **rendir cuentas** de dichos compromisos ante estos organismos. Esto lo hace por distintos medios, entre ellos, los siguientes:

- La elaboración de informes periódicos que son enviados a los organismos de la ONU, como el CDESC, o a la CIDH y sus mecanismos específicos; en ellos da cuenta de la situación de cumplimiento de los tratados y las recomendaciones que estos han hecho con anterioridad para corregir situaciones y mejorarlas.
- La invitación a los Relatores para que hagan visitas de supervisión al país.
- El cumplimiento de las sentencias de la Corte Interamericana de Derechos Humanos y las recomendaciones de los informes generales, específicos y de los casos, emitidos por la Comisión Interamericana de Derechos Humanos.



4. Conceptos relacionados con la política²⁹⁰

A. Conceptos generales

a) Estado

El Estado es el conjunto de relaciones sociales que establece cierto orden en un territorio determinado, respaldado por una garantía coercitiva²⁹¹. El Estado tiene por lo menos tres dimensiones que se traslapan: a) Un conjunto de burocracias más o menos eficientes; b) La eficacia de la ley, y c) El bien común, hacia el cual se espera que los organismos estatales orientan sus decisiones.

También, el Estado puede ser visto como el *poder político* que se ejerce de forma concentrada, autónoma y soberana sobre un pueblo y un territorio, a través de un conjunto de instituciones, un cuerpo de funcionarios y procedimientos reglamentados.

Hay cinco elementos básicos que caracterizan la existencia del Estado:

1. Una organización política que detenta el poder.
2. La organización política de una sociedad.
3. Está sujeta a un orden jurídico.
4. Ese orden jurídico se aplica a una sociedad que habita un territorio.
5. Esa organización política tiene por objeto la realización de los fines humanos.

Los objetivos del Estado son:

1. La consecución del bien común.
2. La interpretación y aplicación correcta del interés general.
3. La obediencia del mandato popular.
4. El logro del equilibrio y la armonía de toda la población.

La actividad estatal tiene tres funciones que corresponden a sus poderes:

- **Legislativa:** integrado por legisladores para hacer y aprobar leyes, desarrollar control político sobre las acciones del poder ejecutivo.
- **Ejecutiva:** integrado por la presidencia de la república, ministerios y otras entidades públicas. Ejecuta las leyes, el presupuesto.

²⁹⁰Esta parte fue elaborada por Amilcar Castañeda, consultor, autor del Manual de contenidos.

²⁹¹O'Donnell, Guillermo. "Estado, democratización y ciudadanía", en *Nueva Sociedad* N° 128, Caracas, 1993.



- **Judicial:** conformado por los juzgados, tribunales judiciales. Está a cargo de jueces. Se ocupa de los conflictos entre particulares y de éstos con el Estado. Posee el control de la legalidad y constitucionalidad.

La existencia y actuación del Estado corresponde en última instancia a la existencia y a la situación dominante de ciertas clases y fracciones, cuyos intereses no pueden menos que reconocer, expresar, consolidar y servir²⁹². Caracteriza al Estado el dominio del poder.

b) Poder

Es la capacidad o autoridad de dominio, freno y control a los seres humanos, con objeto de limitar su libertad y reglamentar su actividad. Este poder puede ser por uso de la fuerza, la coerción, voluntaria, o por diversas causas, pero en toda relación social, el poder presupone la existencia de una subordinación de orden jerárquico de competencias o cooperación reglamentadas. Toda sociedad, no puede existir sin un poder, absolutamente necesario para alcanzar todos sus fines propuestos. Es el dominio, facultad o jurisdicción para mandar, definir, controlar y decidir sobre algo o alguien. El poder se encuentra en todas las relaciones sociales, tanto en la esfera pública como la privada. Todos los hechos sociales y culturales –las relaciones, las instituciones, las normas y las concepciones– son espacios de poder.

Las relaciones de poder son interacciones que se establecen entre unos sujetos que mandan, que ordenan, y otros que obedecen. Todo grupo social requiere de un jefe que dirija las diferentes voluntades que lo integran y esto con el objeto de alcanzar finalidades que son comunes a todos los miembros del grupo. La voluntad que dirige o manda es la que tiene el poder, y requiere de otras voluntades, otros sujetos, que obedezcan. De aquí que el poder es una interacción entre la “libertad” y el “orden”.

c) El gobierno

Está representado por “el grupo de personas responsables de la gestión de la vida pública y ocupan la posición central dentro del marco político-económico, representando la autoridad superior a través de la que se promulgan o autorizan las políticas públicas”²⁹³. Se refiere al Poder Ejecutivo, cualquiera que sea la forma en que está configurada en sus diferentes niveles (Presidente de la República, o Primer Ministro, los Ministros de Estado) de acuerdo con el poder que corresponda, según el grado de descentralización existente. El gobierno y la administración pública en sus niveles superiores, son los protagonistas básicos del diseño de las políticas públicas. El gobierno se manifiesta en un área o problema determinado mediante políticas públicas.

²⁹²Kaplan, Marcos. *Estado y Sociedad*. UNAM, México, 1983. P. 160 y 161.

²⁹³Cuadrado, Juan. *Política Económica: Objetivos e Instrumentos*. McGraw Hill, Madrid, 2001. Pág. 101.



d) La sociedad civil

Es cuando la sociedad como totalidad puede estructurarse a sí misma y coordinar sus acciones a través de un conjunto de asociaciones voluntarias²⁹⁴. Hay cuatro condiciones para que se dé la sociedad civil:

1. Que exista un conjunto de organizaciones (una red de asociaciones).
2. Que se organizan y actúan en la vida pública.
3. Que las asociaciones contribuyan de forma significativa a trazar el curso de la vida social.
4. Que su actuación pública se da en el marco de las normas legales, los principios que ordenan la sociedad y que dicta el Estado.

En la sociedad civil, es donde se empieza a formar la opinión pública, aunque es en los escenarios de la política donde se revela su fuerza o su capacidad de influir en las políticas estatales y, en el momento de crisis altera el ritmo de la estructura política. De allí la importancia de la opinión pública como una dimensión importante de la sociedad civil²⁹⁵. La opinión pública es libre del poder, por eso, se le puede enfrentar.

e) Política

La política se refiere a los procesos, acciones o instituciones que definen un orden vinculante de la convivencia que realiza el bien público. En ese sentido es considerada como “el conjunto de fuerzas, funciones, actividades, estructuras y procesos, que resisten o a la inversa expresan y refuerzan, los dinamismos que amenazan las formaciones sociales; que reducen, o bien aumentan, las discontinuidades y fracturas; que limitan, o por el contrario amplifican los efectos modificadorios resultantes de la acción del tiempo”²⁹⁶. Es el conjunto de instituciones (ideas, creencias, usos y prácticas sociales) relacionada con la administración y los asuntos públicos y con el poder. Se refiere a los gobernantes y a su autoridad y a las relaciones de éstos con los gobernados.

Se dice que algo se hace “político” a medida que se transforma en una cuestión *problemática*, cuya satisfacción se considera un *bien público* que debe impulsarse o respaldarse por una *agencia del poder*. Visto así, la política debe llevar el equilibrio de estos elementos. La política es el eje conductor que discurre los tramos entre el poder, el Estado y el bienestar general, y que puede ser transversado por la sociedad civil.

El término política tiene además varios otros significados: fenómeno de la lucha por el poder, la concurrencia entre partidos, los grupos de interés, las personas, el ejercicio de la influencia y la ocupación de funciones de autoridad.

²⁹⁴Torres-Rivas, Edelberto. “La sociedad civil en la construcción de la democracia: notas desde una perspectiva crítica”. Instituto Internacional de Gobernabilidad. www.iigov.org/revista/?p=8_04 p. 4.

²⁹⁵Habermas, Jürgen. Citado por Torres-Rivas, op. cit. p. 9.

²⁹⁶Kaplan, ibidem.



f) Política pública

Es el resultado de la actividad de una autoridad investida de poder público y de legitimidad gubernamental. Designa “un marco de orientación para la acción”²⁹⁷, así un gobierno tiene una política económica, de salud, de educación o realiza un conjunto de intervenciones. Se definen generalmente desde el punto de vista de la “decisión” del gobierno, que opta o no por aplicar. Es la posición que toma un gobierno con respecto a un problema determinado. Las políticas públicas son la parte ejecutora de la Administración Pública. Entonces son los actos y los “no actos comprometidos” de una autoridad pública frente a un problema o en un sector relevante de su competencia.

Una política pública se presenta como un “programa de acción gubernamental” en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico. Esto implica que se definan un conjunto de medidas concretas que orientarán sus acciones y recursos en el tratamiento de solución del problema planteado. La política es de ejecución obligatoria por el aparato burocrático.

Componentes de una política pública

1. Un contenido: La actividad pública se identifica bajo la forma de una sustancia, de un contenido. Se movilizan los recursos para generar los resultados o productos.
2. Un programa: el conjunto de actividades detrás de la decisión pública de un ejecutivo como los procedimientos institucionales, el programa de gobierno, articulación con algunos ejes del problema tratado.
3. Una orientación normativa: es la expresión de finalidades y preferencias del decisor que las asume en forma responsable.
4. Un factor de coerción: es de naturaleza obligatoria.
5. Una competencia social: afectan la competencia de los administrados.

El Estado coordina el diseño y ejecuta las políticas públicas desde una visión de interés público, de forma que sea percibido por todos; eso permite que los ciudadanos confíen en el manejo del poder y se tenga credibilidad en la efectividad del gobierno. Esto posibilita gobernabilidad.

B. Elaboración de políticas públicas

a) Objetivos e instrumentos de política

Las políticas públicas actúan entre unos fines y objetivos que son perseguidos con la política pública, pero al mismo tiempo, para efectivizarse deben emplear medios o instrumentos. Los objetivos, se cuantifican en la forma de metas a alcanzar, y son de corto (menos de 2 años),

²⁹⁷ Meny, Yves, Thoenig, Jean-Claude. *Las políticas Públicas*. Edit. Ariel, Barcelona, 1992. P. 89.



mediano (hasta 5 años) o largo plazo (más de 5 años). Una meta es un compromiso que hace con los beneficiarios de la política. Un instrumento es una medida controlable por las autoridades y puede ser²⁹⁸:

- a) *Cuantitativa*, si es que puede expresarse en cambios en el nivel de algún instrumento, por ejemplo, una tasa de transferencias anuales del gobierno central hacia el Seguro Social o la creación de un impuesto para financiar el seguro de salud indígena.
- b) *Cualitativa* si se refiere a algunos cambios en la estructura institucional, como por ejemplo autorizar que el Seguro Social dé cobertura universal a la atención de salud de los pueblos indígenas.
- c) *De reforma*, si implica cambiar los fundamentos de la organización económica social, esto puede implicar algo como la creación de un sistema nacional de salud intercultural para los pueblos indígenas.

Es muy importante prever políticas alternativas según los instrumentos que puedan emplearse para resolver la situación problemática. Desde dicha perspectiva, las combinaciones de políticas tienen, con mayor probabilidad, más efectividad que una sola clase de política. En ese aspecto, es muy importante la creatividad en el diseño de soluciones.

Es fundamental contar con el pleno respaldo y participación de la comunidad a la que se intenta beneficiar, asegurándose que lo que a la dirigencia le parezca una óptima opción, sea compartida y respaldada por los beneficiarios. Podría parecerles que no les beneficia y que al contrario les perjudica. Al crearse la política pública debe analizarse la conveniencia de valorar los criterios de respaldo ideológico-político, técnicos y administrativos.

b) El proceso de la política²⁹⁹

La política pública no es la gran decisión instantánea en la cúspide del Estado, sino un proceso, una serie compleja de decisiones, en la que se entremezclan iniciativas de las organizaciones sociales y de las instancias gubernamentales.

El proceso de la política aborda en las primeras etapas de su elaboración el cómo los gobiernos forman su agenda y deciden que una cierta cuestión es de interés público; de cómo definen y explican los problemas públicos a atender; de cómo construyen y eligen las opciones para abordarlos.

c) Etapas en la elaboración de la política pública

La solución a un problema de política pública se inicia con el diseño de la alternativa de solución, para lo cual es preciso elaborar previamente un “modelo del problema” que permita desentrañarlo en sus componentes y abordarlo. Cada una de las etapas de la política pública posee sus actores, restricciones, decisiones, desarrollos y resultados propios, y se influyen por

²⁹⁸ Cuadrado, J. Op. cit. Pp. 60-61.

²⁹⁹ Con base a Aguilar, Luis. *Problemas públicos y Agenda de gobierno*. Ed. M. A. Porrúa, México, 2003.



lo que sucede en las otras. La separación analítica de las etapas no debe ser confundida con una separación real, una secuencia temporal.

Fases y características del proceso de la Política
Brewer y DeLeon. The Foundations of Policy Analysis (1983)

Fase	Características/uso
Iniciación	<ul style="list-style-type: none"> - Planteamiento creativo del problema - Definición de los objetivos - Diseño innovador de opciones - Explicación preliminar y aproximativa de los conceptos aspiraciones y posibilidades.
Estimación	<ul style="list-style-type: none"> - Investigación cabal de conceptos - Examen científico de los impactos correspondientes a cada opción de intervención o al no hacer nada - Examen normativo de las consecuencias probables - Bosquejo del programa - Establecimiento de los criterios e indicadores de rendimiento
Selección	<ul style="list-style-type: none"> - Debate de las opciones posibles - Compromisos, negociaciones y ajustes - Reducción de la incertidumbre de las opciones - Integración de los elementos ideológicos y no racionales en la decisión - Decisión entre las opciones - Asignación de la responsabilidad ejecutiva
Implementación	<ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de normas, procedimientos y lineamientos para la puesta en práctica de las decisiones. - Modificación de la decisión conforme a las restricciones operativas incluyendo incentivos y recursos - Traducción de las decisiones en términos operativos - Establecimiento de los objetivos y estándares del programa incluyendo el calendario de operaciones



Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Comparación entre los niveles esperados de rendimiento y los ocurridos, conforme a los criterios establecidos - Fijación de responsabilidades para los incumplimientos notorios
Terminación	<ul style="list-style-type: none"> - Determinación de los costos, consecuencia y beneficios por clausura o reducción de actividades - Mejoramiento, si aún necesario y requerido - Especificación de los nuevos problemas en ocasión de la terminación

En general los ingredientes necesarios e interrelacionados de toda política pública son: la existencia de una determinada situación problemática para cuya modificación en el sentido deseado se elige y efectúa un determinado curso de acción que produce ciertos resultados más o menos diferentes de los deseados y, en consecuencia, obliga a revisar el curso de acción elegido. La secuencia de fases no es algo rígido, a menudo hay saltos, por ejemplo, las consultas pueden preceder al diseño, y en particular, se trata de procesos largos, donde se experimentan cambios, entre ellos los cambios de gobierno.

d) Formación de la agenda

La agenda es el conjunto de problemas, demandas, cuestiones y asuntos que los gobernantes han seleccionado y ordenado como objetos de su acción. La atención, definición y tratabilidad del problema son componentes determinantes del proceso por el cual el problema alcanza su carácter de agenda.

El Estado es concebido en origen y función como el encargado de resolver los problemas que las relaciones entre los privados ocasionan y que son incapaces de resolver (lo privado y lo público siempre se extienden o achican). No todas las cuestiones se vuelven públicas ni todas las cuestiones públicas se vuelven cuestiones que deben ser objeto de la acción gubernamental. El arte del ejecutivo consiste en no decidir sobre cuestiones que no son pertinentes, en no decidir prematuramente, en no adoptar decisiones que no puedan llevarse a cabo, en no tomar decisiones que correspondan a otro.

La manera como se elabora la agenda de gobierno, se le da forma y contenido, es de vital importancia política y administrativa, tanto en el plano teórico como en el práctico. Políticamente expresa la vitalidad o la flojedad de la vida pública en un sistema político. La formación de la agenda de gobierno, evidencia la salud o enfermedad de la vida pública. Deja ver quienes definen y justifican los problemas públicos, cuales grupos tienen la fuerza, tienen la potencialidad de convertir cuestiones sociales en públicas, y en prioridades de gobierno, cual es el panorama ideológico, cual es la estructura de poder que domina la hechura de lo político.



Tipos de agenda

- *Agenda sistémica*: Todas las cuestiones que los miembros de una comunidad perciben comúnmente como merecedoras de la atención pública y como asunto que cae dentro de la jurisdicción legítima de la autoridad gubernamental: contaminación, pobreza extrema, seguridad nacional. Suelen ser indicaciones más que definiciones de área de problema.
- *Agenda institucional*: asuntos explícitamente aceptados para consideración seria y activa por parte de los decisores. Es más concreta, indica y define problemas precisos (VIH/SIDA, analfabetismo, narcotráfico, salud indígena)

e) ¿Cómo se constituye un asunto en público?

Partiendo de la premisa de los conflictos de grupo, se establece una relación de su “alcance, intensidad, y visibilidad” para convertirse en asunto público y demandar la intervención gubernamental. Para que un asunto tenga acceso a la agenda necesita:

- Ser un objeto de atención amplia del público.
- Que una buena parte del público considere que requiere algún tipo de acción.
- Que a los ojos de la comunidad la acción sea competencia de alguna entidad gubernamental.

Se necesitan además dos factores:

- “*Acontecimientos sociales*” que sirvan de mecanismos de disparo: catástrofes, cambios tecnológicos, sucesos económicos, elecciones.
- “*Actores sociales*” que se encarguen de convertirlos en cuestiones y ofrecer su primera definición.

f) Actores de la política

Por actores se entiende al conjunto de agentes que intervienen en la elaboración de la política pública, y son tanto los situados dentro de los poderes públicos, como los que operan desde fuera. Se presentan en tres ámbitos bien diferenciados de actuación:

- i. La *generación de opciones* (preferencia y objetivos): generalmente intervienen la Administración pública (burocracia), el Gobierno, los partidos políticos, los medios de comunicación, los grupos de interés, las organizaciones internacionales.
- ii. El *ámbito de la decisión*: el Gobierno, el Parlamento, la administración pública, otros organismos públicos.



- iii. El *ámbito de las influencias*: grupos de presión, partidos políticos, asesores expertos, movimientos sociales, organismos internacionales.

Entre los actores que intervienen en la elaboración de las políticas públicas hay instituciones así como individuos. Las instituciones instrumentan y crean la estructura necesaria para llevar a cabo la implementación de las políticas.

g) Factores externos que establecen los límites de acceso a la agenda

- i. La regulación de las proclividades, prejuicios del sistema político administrativo: ideológicos, étnicos, históricos, políticos, constitucionales se han estructurado con referencia a valores, ideas y fuerzas sociales que demarcan los límites de la acción legítima.
- ii. No todas las respuestas imaginables y disponibles pueden volverse operativas. Hay restricciones fiscales, legales, morales, políticas, tecnológicas.
- iii. Las ventanas de la política: son las coyunturas de receptividad.
- iv. El factor con mayor peso causal en la configuración de la agenda formal del gobierno, es la fuerza de los actores políticos que intervienen en el proceso, y las relaciones políticas administrativas tejidos entre ellos y con el gobierno.

h) Definición de problemas públicos

Se pasa a la etapa de definición del problema una vez que el problema en cuestión ha sido calificado de público y ha sido aceptado en la agenda del gobierno.

Las *situaciones problemáticas*: son hechos vividos u observados por el sujeto (comunidades indígenas y otras) y que al ser referidos a su cuadro valorativo arrojan conclusiones negativas de reprobación y malestar. Se trata de las discrepancias entre las condiciones vividas y las deseadas.

Los *problemas*: tienen una naturaleza cognoscitiva. Son construcciones lógicas, que articulan, ordenan, los datos y elementos que la tensión entre la realidad y el deseo liberó y los reúne en una definición. Es la lectura de la situación y su formulación a nivel analítico.

Definir un problema es plantearlo, “estructurarlo” de manera que se pueda tener solución. Los problemas públicos deben ser planteados de manera que sean gubernamental y socialmente abordables con los recursos intelectuales, legales, fiscales, políticos. Uno de los aspectos cruciales es la necesaria correspondencia entre la situación problemática vivida y experimentada por los pueblos indígenas, y de cómo ésta es percibida o abstraída por los técnicos y propositores de políticas públicas.



Segunda parte

Aspectos metodológicos y prácticos

1. El sujeto de derecho: los pueblos indígenas

Los pueblos originarios de América son el sujeto de los derechos a la salud y al agua y, en los procesos educativos en los que participan las personas indígenas, también se constituyen en el sujeto educativo.

Esto nos obliga, como promotores y promotoras educativos, a tomar en cuenta que los pueblos indígenas poseen una serie de características que los hace diferentes respecto de la población latinoamericana, así como otras que comparte con la mayoría de los habitantes de nuestros países.

A. Situación de los pueblos indígenas latinoamericanos

Si uno le pregunta a una persona indígena si es pobre, probablemente responda que no, mientras tenga los medios necesarios y suficientes para garantizar su subsistencia y la de su familia. En su cosmovisión, los pueblos indígenas son una parte indisoluble de la naturaleza y son poseedores de una riqueza cultural e histórica que no ha sido valorada en toda su dimensión.

Sin embargo, si aplicamos otro tipo de medidas –basadas en el bienestar, los ingresos, el acceso a los servicios estatales de salud y educación, el salario o la propiedad de la tierra– tal como se entienden en las sociedades occidentales, encontraremos a las comunidades indígenas en la base de la pirámide social en cada uno de nuestros países. Según un informe reciente del Banco Mundial, una de las entidades que dictan la política económica, los pueblos indígenas tienen un mayor protagonismo y participación pública que hace algunos años, pero no logran superar una serie de condiciones que son el resultado de la exclusión, la discriminación y el racismo que han sufrido por siglos. Entre los hechos que señala este informe, se destacan los siguientes:

- Los pueblos indígenas latinoamericanos continúan viviendo en la extrema pobreza, concebida esta como se percibe en la cultura occidental.
- Las crisis económicas les golpean con mayor dureza y les cuesta mucho recuperarse.
- La brecha de pobreza de los indígenas es más profunda y disminuyó más lentamente durante los años noventa.
- Ser indígena aumenta la probabilidad de un individuo de ser pobre y esta relación se mantuvo más o menos igual al comienzo y al cierre de la década 1994-2004.



- Los indígenas continúan teniendo menos años de educación, pero la brecha se está reduciendo, y los resultados educacionales son sustancialmente peores para los indígenas, lo cual es indicativo de problemas en la calidad de la educación.
- Los indígenas, especialmente las mujeres y los niños, continúan teniendo menor acceso a los servicios básicos de salud.

B. El pueblo indígena

Existen muchas definiciones sobre pueblo indígena. Para nuestros fines, ubicándonos en el campo de los derechos humanos, vamos a utilizar la que figura en el artículo 1 del Convenio 169 de la OIT, cuando define al sujeto de la protección:

“a. [...] los pueblos tribales en países independientes, cuyas condiciones sociales, culturales y económicas les distingan de otros sectores de la colectividad nacional, y que estén regidos total o parcialmente por sus propias costumbres o tradiciones o por una legislación especial;

b. [...] los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitaban en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas”.

Además de las condiciones en que viven los pueblos indígenas en América, que son parte de sus rasgos distintivos y que los vinculan a la población más pobre no indígena, estos tienen características culturales particulares. Entre otros aspectos, destacamos los siguientes:

- Vivir en comunidad y compartir un sentimiento de pertenencia a una entidad colectiva, bajo una forma de organización de las autoridades distinta a la establecida legalmente y leyes no escritas que rigen distintos aspectos de la convivencia (derecho indígena o derecho consuetudinario).
- Hablar un idioma diferente al español.
- Poseer una visión del mundo, la sociedad y la naturaleza diferente a la dominante (cosmogonía), así como creencias y ritos propios de sus antiguas religiones.
- Su propio sistema de salud, en el que se combinan creencias y prácticas curativas diferentes.

2. La concepción pedagógica

Al desarrollar nuestro proceso educativo debemos tomar en cuenta las características sobresalientes de la cultura y la educación indígenas, que se realiza en el seno familiar y



comunitario y constituyen una forma de socialización que prepara a las nuevas generaciones para su integración a la vida colectiva y al trabajo. Entre ellas, se destacan:

- la oralidad, que da lugar a una rica tradición de transmisión de conocimientos de las generaciones adultas a las generaciones jóvenes en la que es vital el ejemplo;
- la informalidad de los procesos educativos –que están muy vinculados al aprendizaje de los oficios (el cultivo de la tierra, la cestería, los bordados, las prácticas relativas a la salud, etc.); y,
- el carácter colectivo de la formación del conocimiento en las comunidades indígenas.

Las corrientes pedagógicas que mejor se acercan a estas prácticas educativas ancestrales de las comunidades indígenas son el *socioconstructivismo* y la educación popular.

El *socioconstructivismo* sostiene que las personas aprendemos unas de otras, que existe un conocimiento que se ha ido haciendo entre todas a lo largo del tiempo por medio de la colaboración y el intercambio, tal como sucede con los pueblos indígenas y su transmisión de saberes aprendidos de generación en generación. Esto quiere decir que el conocimiento es histórico y es social y cada persona se apropia de él individualmente.

En el aprendizaje son de mucha importancia las explicaciones del docente porque facilitan la comprensión del nuevo conocimiento. Es recomendable que se tome como punto de partida lo que el estudiante ya sabe, sus experiencias y sus capacidades, además del conocimiento sobre la comunidad y su problemática, así como sobre las necesidades e intereses de las personas que participan en el proceso educativo. Asimismo, el promotor o promotora tiene que dominar los fundamentos básicos de los derechos indígenas y los derechos humanos.

Por otra parte, la educación popular iniciada por el brasileño Paulo Freire y enriquecida por su puesta en práctica en todos nuestros países, nos aporta los siguientes principios metodológicos:

- El aprendizaje y la enseñanza de los derechos a la salud y al agua de los pueblos indígenas debe hacerse a partir de las vivencias de todos los días.
- Todas las personas tenemos algo que aprender y algo que enseñar, por eso cada participante debe hablar de sus experiencias, enseñando a las demás lo que han aprendido a lo largo de sus vidas, reflexionando con el grupo sobre los distintos temas que se abordan, proponiendo actividades, etc. De esta forma se elabora nuevo conocimiento, conectado con los saberes que trae cada persona al grupo y se posibilita el mejoramiento de la práctica. Esto concuerda con el hecho de que en las culturas indígenas es muy importante la oralidad, que está por encima de lo escrito.

Entonces, vamos a recurrir al diálogo para posibilitar el intercambio de vivencias y saberes. En este sentido, son muy valiosos los conocimientos y las opiniones que tenemos todas las personas, que conducirán a elaborar un conocimiento colectivo. Este proceso es favorecido por el uso de las técnicas grupales o participativas.



3. Aspectos prácticos

A. Conocimientos generales necesarios

En primer lugar, debemos leer los fundamentos teóricos y conceptuales sobre los derechos humanos y las políticas públicas que se desarrollan en la primera parte de esta Guía. Esto nos ayudará a tener seguridad para contestar las preguntas que se nos hagan acerca de ellos, sin olvidar que no somos abogados ni especialistas en el asunto, y, al mismo tiempo, nos permitirá comprender de mejor forma los contenidos del Manual de Capacitación.

En segundo lugar, se nos recomienda leer en la segunda parte la información básica que se presenta sobre los pueblos indígenas. Ellos son el sujeto de los derechos a la salud y al agua y el sujeto educativo, en los casos en que estemos trabajando en una comunidad indígena. No estaría mal profundizar en estos temas si nos interesan y si tenemos acceso a bibliografía.

Por último, la Guía, en su segunda parte, nos propone un método de enseñanza-aprendizaje, basado en corrientes educativas como el socioconstructivismo y la educación popular. Este método también es una forma de comunicación y relación, en la que lo primordial es la valoración del sujeto educativo como protagonista y hacedor de su propio proceso de construcción de conocimiento. En esta concepción –que se acerca mucho a las prácticas educativas propias de los pueblos indígenas– lo más importante es la participación de las personas que se educan enseñando a los demás lo que ya saben, reflexionando sobre sus experiencias cotidianas y convirtiéndolas, mediante el diálogo con las demás, en conocimiento útil para mejorar sus vidas.

Nuestro papel como promotores o facilitadores es el de propiciar estos procesos de diálogos e intercambios de experiencias, manteniendo siempre presentes los objetivos del proceso educativo.

Papel del facilitador o la facilitadora³⁰⁰

- darle coherencia al trabajo del grupo
- ordenar las intervenciones
- mantener presentes los objetivos
- velar por el cumplimiento de las actividades
- estimular la participación y la creatividad de cada participante
- aclarar dudas sobre el proceso
- construir un ambiente agradable, de respeto y confianza, en el que todas las personas nos sintamos cómodas y podamos expresarnos con libertad
- manejar adecuadamente el tiempo
- conseguir los documentos escritos y audiovisuales que vayamos a necesitar durante el proceso

³⁰⁰Tomado de: Molina, L. *El papel mediador de la Defensoría del Pueblo de Colombia en los casos de alteración del orden interno en los centros de reclusión*. Bogotá, IIDH. Defensoría del Pueblo, 2005.



B. Planificando el proceso educativo

Antes de la planificación necesitamos algún conocimiento sobre dónde vamos a trabajar, con quiénes y cuál es su problemática de salud. Entonces, si no hemos tenido la oportunidad, tratemos de visitar la comunidad y a las personas con las que vamos a desarrollar el proceso educativo. Estas son algunas de las cosas que podríamos hacer para lograrlo:

- Buscar información sobre proyectos anteriores de capacitación en salud.
- Conversar con las personas que han tenido a su cargo los procesos educativos en este campo.
- Averiguar sobre la problemática sanitaria en la comunidad (perfil de enfermedades, condiciones sanitarias, servicios de salud).
- Interesarnos por conocer sus creencias y prácticas en salud.
- Tratar de saber quiénes son los hombres y mujeres dirigentes de la comunidad.

El éxito en los procesos educativos en cualquier nivel o modalidad de enseñanza reside en la planificación. No es suficiente que dominemos los contenidos que hay que desarrollar, hay que prever cada uno de los pasos que vamos a dar y obtener previamente lo que vamos a necesitar. Esto nos permitirá emplear con eficiencia los recursos y el tiempo, siempre escasos en este tipo de procesos.

Al escribir nuestro plan nos vamos a guiar por las siguientes preguntas:

- **¿Para qué** se va a realizar el proceso educativo sobre los derechos a la salud y al agua de los pueblos indígenas? Respondiendo esta pregunta, sabremos cuál es el **objetivo** que perseguimos.
- **¿Cómo?** Aquí pondremos las **actividades** a realizar y el método que vamos a emplear.
- **¿Con quiénes?** Saber quiénes van a participar en el proceso nos ayudará a identificar sus intereses y necesidades, su nivel educativo formal (o sea, cuántos años asistieron a la escuela), el tiempo del que disponen y otros aspectos importantes que nos van a guiar en todo el proceso.
- **¿Con qué?** En cada sesión o taller necesitaremos determinados recursos materiales como cuadernos, libros, lapiceros, pizarra, tiza o yeso, que también puede ser reemplazada con papelógrafos y marcadores. Si tenemos acceso a una computadora, grabadora, televisor, reproductor de discos de música o video, etc. y queremos auxiliarnos con ellos, también tenemos que incluirlos.
- **¿Dónde?** Definimos de antemano el lugar en el que tendrán lugar los talleres.
- **¿Cuándo?** Respondemos a esta pregunta sabiendo cuál es el tiempo del que disponen las personas que van a participar. Definimos cuántos días, semanas, meses, durará el proceso, y los días y horas de su realización.



- **Responsables:** Estas son las personas encargadas de ejecutar el plan de trabajo; incluyen al educador, facilitador o acompañante (o sea, nosotros) y las autoridades que deciden acerca de los recursos.

C. ¿Qué es un taller educativo?

En la tercera parte de la Guía, se nos sugiere una forma de trabajo mediante talleres que se pueden combinar con otras técnicas a lo largo del proceso educativo. Cada uno corresponde a una parte del Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos; están organizados con base en los principios y técnicas de la educación popular, que constituye una forma eficaz de conocimiento y reflexión sobre una determinada realidad con el objetivo de transformarla.

El taller, en lenguaje corriente, es un lugar dónde se construye, repara o hace algo. Si ubicamos la palabra en la educación, el taller es –según una definición de María Teresa González Cuberes– “Me refiero al taller como tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización; como síntesis del pensar, el sentir y el hacer. Como el lugar para la participación y el aprendizaje. Me gusta, (agrega), la expresión que explica el taller como lugar de **manufactura y mentefactura**. En el taller, a través del interjuego de los participantes con la tarea, confluyen pensamiento, sentimiento y acción. El taller, en síntesis, puede convertirse en el lugar del vínculo, la participación, la comunicación y, por ende, lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos”³⁰¹.

La técnica propuesta es la que mejor se adapta a la concepción educativa que se basa en la participación y el reconocimiento de que todos sabemos y todos tenemos algo que enseñar. Como ya se dijo anteriormente, esta recoge las formas orales y colectivas de la educación tradicional de los pueblos indígenas, así como los enfoques del *socioconstructivismo* y la educación popular.

Su uso adecuado nos permitirá la puesta en práctica de los momentos fundamentales de la educación popular:

- **Partir de la práctica**, es decir, de las experiencias y conocimientos de las personas participantes;
- **Teorizar**, confrontar estos insumos con los contenidos teóricos, reflexionarlos, comprenderlos y revalorarlos a la luz de nuevos conocimientos; y,
- **Volver a la práctica**, a la cotidianidad, con criterios sobre cómo aplicar los nuevos conocimientos a nuestra realidad.

En la siguiente parte de la Guía, vamos a encontrar las propuestas para la realización del proceso educativo sobre los derechos a la salud y al agua por medio de talleres. Se nos sugiere un formato, en consonancia con las unidades de las que se compone el Manual de

³⁰¹ Citado en “El concepto de taller”. En: http://64.233.161.104/search?q=cache:WWOPCO49k7UJ:acreditacion.unillanos.edu.co/contenidos/NESTOR%2520BRAVO/Segunda%2520Sesion/Concepto_taller.pdf+educaci%C3%B3n+popular+%22concepto+de+taller%22&hl=es&gl=cr&ct=clnk&cd=1



Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos, esto quiere decir que habrá tantos talleres como unidades; en dicho formato se trató de mantener la lógica de los tres momentos de la educación popular.

IMPORTANTE

No pasar de una lección a otra sin haber hecho las actividades de teorización. Los conceptos de cada una se explican por separado. Al terminarla, se procede con el trabajo de grupos para analizarlos y contrastarlos con la práctica y conocimientos del grupo, es el momento de la teorización o adquisición de nuevos conocimientos.

Momentos	Actividades	Procedimientos
1. Partir de la práctica social de las personas participantes ¿Qué sabemos? ¿Qué hacemos?	Diagnóstico o sondeo previo para identificar las características de la comunidad, su problemática de salud, quiénes son las personas que van a participar, etc. Presentación Actividad introductoria	Discusión en grupos pequeños (tres personas) seguida de la puesta en común de las conclusiones de cada uno. Otras técnicas participativas o grupales.
2. Teorizar ¿Qué aprendemos?	Revisión y análisis de los conceptos de cada una de las Unidades que componen el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos.	Explicaciones del facilitador o acompañante. Conferencias de personas invitadas. Trabajo de grupos para analizar los conceptos.
3. Volver a la práctica ¿Cómo vamos a aplicar lo aprendido? ¿Cómo lo vamos a integrar con lo que ya sabemos?	Reflexiones grupales para contrastar los conceptos con las prácticas y conocimientos tradicionales. Actividad final en cada taller. Elaboración de conclusiones. Reflexiones sobre cómo aplicar estos conocimientos a nuestra realidad. Elaboración de propuestas.	Discusión en grupos pequeños seguida de la puesta en común de las conclusiones de cada uno. Otras técnicas participativas.



D. Otras sugerencias prácticas

Las siguientes son algunas recomendaciones cuya ejecución nos va a facilitar la organización y puesta en marcha del proceso educativo:

a. Realizar un **sondeo** previo, que nos ayudará a perfeccionar el conocimiento que necesitamos sobre la comunidad y su problemática en salud. Hay abundante bibliografía sobre cómo hacer este tipo de diagnósticos rápidos.

b. Mantener un proceso permanente de **evaluación**, tanto de nuestro desempeño, como de la forma en que están respondiendo las personas participantes. No se trata de la evaluación típica de la educación formal, por lo que recurriremos a indicadores tales como la permanencia en el grupo, la cantidad y calidad de las participaciones, la profundidad de las reflexiones y discusiones, la cobertura de los objetivos, la adquisición de las nociones fundamentales, etc. La otra diferencia es que la evaluación no la hacemos solamente el promotor o promotora “desde arriba”, sino que con la participación de todo el grupo, autoevaluándose tanto colectiva como individualmente. Además, un recurso útil es plantear al inicio del proceso qué espera cada persona de la experiencia que se emprenderá; al final, se comparan las expectativas con los resultados y se reconstruye el camino seguido.

c. Desarrollar un **proceso transparente**: con esto, lo que se nos quiere decir es que informemos al grupo sobre cada paso a dar, los objetivos que se persiguen, las actividades a realizar, los métodos y técnicas que emplearemos, en fin, cada uno de los aspectos de la capacitación, de modo que involucremos a todas las personas y compartamos responsabilidades en el logro de los fines que nos propongamos.

d. Mantener una actitud abierta, democrática, respetuosa de los derechos de las personas participantes, que permita crear un clima apropiado para el aprendizaje, el intercambio y la construcción de conocimientos.

e. No olvidar nunca que el aprendizaje se va a nutrir de los saberes y experiencias de todas las personas, que participan en un espacio privilegiado de reflexión que nos ayuda a abrirle paso al conocimiento teórico para que se integre con eficacia en sus esquemas previos, para que vuelvan a su práctica cotidiana con mejores herramientas para enfrentar su problemática y solucionar lo posible. Esta lógica debe ser compartida con el grupo.

f. Abordaje: Mediante la aplicación de distintas técnicas de trabajo grupal, se va a propiciar un espacio de expresión de los conocimientos y experiencias de las personas participantes, que serán analizados a partir de los conceptos más importantes del Módulo. Se deberá procurar su comprensión mediante las explicaciones oportunas, en lenguaje sencillo, de la persona acompañante o facilitadora del proceso. La estrategia de aprendizaje tiene como aspecto central lograr que el grupo reflexione y valore sus prácticas y concepción de la salud como uno más de los aspectos del derecho al ejercicio de la propia cultura.



¿Qué vamos a necesitar para los talleres?

- Espacio suficiente para que trabajen los grupos. Los ejercicios que se recomiendan son muy sencillos, generalmente se trata de conversaciones en grupos pequeños, lluvias de ideas o discusiones en plenaria, que no requieren de mucha amplitud para su realización. Estas técnicas se pueden variar según la inventiva del grupo, el conocimiento y experiencia del/a facilitador/a o la disponibilidad de instructivos como manuales, recopilaciones, etc. de técnicas participativas. Se debe procurar que el salón tenga la amplitud suficiente, que sea ventilado y que esté bien iluminado; los asientos deben ser cómodos, debe haber un servicio sanitario, agua potable y algunas otras comodidades obvias para este tipo de actividades.
- El tiempo: no se define la duración para ningún taller ni las actividades sugeridas. Esto es responsabilidad del/a facilitador/a en conjunto con las personas participantes; depende de la cantidad de gente en el grupo, su disponibilidad de horario, la duración del proceso (una semana, quince días, etc.). Una recomendación en este sentido es que el tiempo debe calcularse de modo suficiente para que todas las personas participen y se logren los objetivos de aprendizaje. Una vez logrado este aspecto, tendremos que ceñirnos a horarios y normas de participación para un adecuado cumplimiento de la programación.
- Recursos didácticos: también son los más elementales (pizarra, tiza o yeso, marcadores (pilots, plumones), cinta, papelógrafos, lápices de colores, tarjetas de colores, cuadernos, lápices o bolígrafos.
- Recursos bibliográficos: hay ejercicios en los que se pide analizar noticias de prensa sobre la problemática que se está trabajando; otros requieren contar con la legislación nacional (Constitución Política, leyes de pueblos indígenas, leyes de salud, normativa sobre el agua, etc.); también se necesita el texto de algunos tratados: el Convenio 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales, el Protocolo adicional a la Convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador), y el Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Las directivas de la OPS están en el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos. Si fuera posible, se deberían obtener las políticas públicas de salud y pueblos indígenas, así como los respectivos planes y programas operativos, informes sobre la situación de la salud de los pueblos indígenas, datos estadísticos, etc. En el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos se sugieren otras fuentes, incluyendo algunas en internet, de modo que si se tiene la posibilidad de acceso también estas pueden ser un valioso auxiliar para el estudio.
- Otra fuente de información valiosísima son las personas. En tal sentido, se sugiere averiguar quiénes podrían cooperar con el proceso educativo dando charlas, entrevistas, etc.
- Respecto de las normas de participación, debe haber un acuerdo previo en ese sentido en cuanto a los horarios, la asistencia, las intervenciones (breves, sustanciosas, pertinentes), la prohibición de que una o muy pocas personas acaparen la palabra, el respeto mutuo, etc. Las normas deben ir dirigidas a propiciar la participación de todas las personas en un clima de respeto y aceptación (incluso apertura) de las diferencias, valorando por encima de la individualidad la solidaridad y cooperación del grupo.
- Formar grupos que no sean muy numerosos. Tres o cuatro personas es lo recomendable, para que todas dispongan de suficiente tiempo para sus intervenciones. Siempre que se indique que hay que hacer trabajo de grupos, se debe nombrar a una persona para que tome nota de los acuerdos y los exponga en la plenaria que reúne a todos los y las participantes. En algunos casos, también vamos a necesitar un relator o relatora de las plenarios.



Taller uno:

Medicina indígena tradicional y medicina convencional (Módulo 1)

1. Objetivos de aprendizaje

- 1.1 Posibilitar el conocimiento de los elementos que definen y constituyen la medicina tradicional indígena.
- 1.2 Profundizar en la idea de que el sistema de medicina indígena tradicional es un sistema integral que incluye terapeuta, terapias, recursos y destrezas curativas; asimismo, indicar la amenaza que representa la biopiratería.
- 1.3 Informar a los participantes sobre los debates en torno de las iniciativas de armonización intercultural de salud de los pueblos indígenas y explorar las experiencias de armonización desde los pueblos indígenas.

2. Conceptos que deben quedar claros:

- Salud indígena
- Cosmovisión
- Concepto de salud de la OMS
- Bienestar
- Medicina tradicional
- Medicina tradicional indígena
- Terapeuta
- Universalidad
- Equidad
- Terapias
- Medicina científica
- Biomedicina
- Etnomedicina
- Paradigma
- Diagnóstico
- Biopiratería
- Propiedad intelectual
- Fitoterapia
- Tratados de libre comercio
- Empresas farmacéuticas
- Bioprospección
- Buenas prácticas
- Armonización
- Interculturalidad

3. Contenidos:

Módulo 1: Medicina indígena tradicional y medicina convencional



4. Desarrollo

4.1 Partir de la práctica: actividades introductorias

Pasos a dar:

1. Nos dividimos en seis grupos que tengan como mínimo tres personas, nos juntamos por etnia o comunidad si venimos de diferentes partes. Ponemos números a los grupos, del 1 al 6. Nombramos a una persona por grupo para que sea la relatora, esto quiere decir que al finalizar el trabajo de grupos debe explicar a las demás lo que vamos a conversar.

Grupos 1 y 2:

- a) Recordamos las enfermedades que padecemos en la niñez y respondemos ¿Cómo nos curábamos? ¿Cuáles medicinas nos daban? ¿Quién nos la daba?
- b) Mostramos las plantas medicinales que trajimos, si fue posible; hacemos una lista de las que más usamos en la comunidad y de otras formas de curar que conocemos.
- c) Conversamos sobre cuáles son las creencias de nuestro pueblo sobre la salud y la enfermedad.
- d) Revisamos la situación actual: ¿cuáles enfermedades son las que atacan más a niños y niñas? ¿Cuáles se pueden curar en la casa, según nuestra tradición? ¿Qué necesitamos para hacerlo?

Grupos 3 y 4:

- a) Hay males o enfermedades muy comunes en las culturas indígenas como el susto y el mal de ojo. Conversemos sobre estos males y cómo se curan tradicionalmente, quién los cura y con cuáles hierbas medicinales, animales o minerales.
- b) Describimos a las personas que curan en la comunidad o pueblo: ¿quiénes son? ¿Cómo se forman? ¿Qué lugar ocupan en la comunidad? ¿Cuáles son sus prácticas más frecuentes? ¿Cuáles son sus medicinas?
- c) ¿Cuáles son las creencias de nuestro pueblo o comunidad sobre la salud y la enfermedad?

Grupos 5 y 6

- a) Vamos a escoger un pueblo indígena o comunidad (pueden ser las nuestras), del que conozcamos bien sus sistemas de salud, el tradicional y el convencional.
 - b) En un papelógrafo hacemos dos columnas, una para el tradicional y otra para el convencional, y anotamos el mayor número de características de cada uno. Tomar como guía el cuadro “Comparación de las cualidades de la medicina científica y la medicina tradicional”. Discutimos ¿qué cosas se parecen? ¿Cuáles son las principales diferencias?
¿Cuáles son las ventajas y desventajas de cada uno?
 - c) Conversemos: ¿a cuál sistema recurriríamos si cayéramos enfermos al extremo de la debilidad, sin ninguna causa aparente?
6. Nos juntamos con los demás grupos para que cada relator o relatora comparta lo que se dijo en los grupos. Reflexionamos en colectivo sobre los siguientes aspectos:
 - Qué se parece y qué se diferencia en las prácticas curativas de los distintos pueblos representados, o en la comunidad donde vivimos.
 - ¿Quiénes curan? ¿Cuál es la posición social de las personas que curan en las comunidades indígenas donde vivimos?
 - ¿Cuáles creencias compartimos sobre la enfermedad y la salud? ¿Qué diferencias hay?
 - En el caso de nuestras comunidades y pueblos, ¿se podría hablar de que conservamos un sistema de medicina indígena tradicional?

El relator toma nota en papelógrafos de lo que vamos diciendo. Cierra la plenaria con la sistematización de las respuestas a las preguntas anteriores. Pega los papelógrafos en la pared, nos van a servir para otras actividades. Tomamos nota en nuestros cuadernos.

7. Al finalizar, colocamos nuestros carteles con las listas de las plantas medicinales y hacemos una exposición con las que trajimos. En tarjetas de colores, escribimos sus nombres y usos. Invitamos a la comunidad a la exposición y al personal del servicio de salud más cercano para que la visite. Hacemos un acto de inauguración del curso.



4.2 Teorización

4.2.1 Trabajando con los conceptos fundamentales del Módulo 1

El facilitador, acompañante o promotor ha leído previamente cada lección del módulo 1, lo que le permitirá explicar con un lenguaje sencillo y claro los conceptos contenidos en esta parte. Previamente, según el nivel del grupo, pudo haber pedido que los leyeran en el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos. Hace preguntas para asegurarse que todas las personas comprendieron, los lleva escritos en carteles o los escribe en la pizarra. Permite que las personas pregunten lo que no entienden.

4.2.2 Actividades de apoyo a la teorización

A lo largo del desarrollo del módulo, se recomienda realizar actividades grupales mediante la aplicación de técnicas participativas que nos sirvan para vincular teoría y práctica.

Actividades sugeridas para la Unidad 1:

- Nos dividimos en tres grupos, nombramos una persona para la relatoría y hacemos un papelógrafo. Leemos el encabezado de la Unidad 1, tomado de la OPS/OMS, que caracteriza los sistemas de salud tradicional de los pueblos indígenas. Analizamos el significado de cada uno de sus elementos, poniendo ejemplos de los sistemas de salud indígena que conocemos. Explicamos en plenaria nuestras conclusiones y comparamos las respuestas de los grupos.
- En plenaria, definimos cuáles son los elementos fundamentales del sistema de salud de la comunidad o pueblo al que pertenecemos: esto incluiría la cosmovisión, las prácticas curativas, el concepto y causas de la enfermedad, las medicinas tradicionales, los agentes de la salud indígena, entre otros aspectos.
- Nos dividimos en tres grupos, nombramos una persona para la relatoría y hacemos un papelógrafo. Vamos a discutir sobre los factores de la salud tomando como base las siguientes preguntas:

Grupo 1: ¿Cuáles son las principales actividades económicas de la comunidad? ¿Cómo son las condiciones de nuestras viviendas? ¿Tenemos problemas de desnutrición y de acceso al agua limpia? ¿Tenemos acceso a la tierra? ¿Cuáles son las condiciones educativas?

Grupo 2: ¿Qué problemática están atravesando las familias? ¿Qué funciones estamos cumpliendo los hombres y las mujeres? ¿Hay muchas mujeres solas, a cargo de sus hijos? ¿Cómo influye esto en el estado de salud?

Hacemos una presentación en plenaria y conversamos sobre cómo influyen estos problemas en nuestra armonía espiritual, tanto en lo personal como en las relaciones con



las demás personas y la comunidad. El facilitador o facilitadora escribe lo más importante y hace una síntesis de todo lo que hablamos.

- Revisamos las cosmovisiones particulares de la salud y la concepción de enfermedad. Las analizamos y definimos cuáles son sus elementos comunes, las semejanzas y las principales diferencias entre ellas. ¿Cuál es nuestra cosmovisión particular?

Actividades sugeridas para la Unidad 2:

- Invitamos a un terapeuta indígena o una partera para que nos cuente sus experiencias; también podamos conversar con ella acerca de sus creencias y prácticas tradicionales y su opinión sobre los servicios hospitalarios.
- Averiguamos sobre la jerarquía de los terapeutas en nuestro pueblo.
- Intercambiamos experiencias sobre el uso curativo de las plantas medicinales, animales y minerales. ¿Cuáles son los más utilizadas y para qué? ¿De qué forma se procesan? ¿Cómo se transmite ese conocimiento?
- Revisamos el cuadro “Estado de avance en materia de medicina indígena”. ¿En qué situación se encuentra nuestro país respecto de los demás que allí se mencionan?
- Invitamos a una persona para que dé una charla sobre biopiratería y propiedad intelectual.

Actividades sugeridas para la Unidad 3:

- Nos dividimos en cinco grupos, nombramos una persona para la relatoría y hacemos un papelógrafo. Tomando en cuenta los conceptos aprendidos, vamos a trabajar con el cuadro “Comparación de las cualidades de la medicina científica y la medicina indígena”, de la siguiente forma:

Grupo 1: los agentes de salud

Grupo 2: los establecimientos

Grupo 3: Paradigma

Grupo 4: Diagnóstico final

Grupo 5: Actitudes

Leemos los diferentes aspectos que se detallan en el recuadro, aclaramos todas las palabras y conceptos que no comprendemos con claridad y analizamos cómo se presentan en nuestra comunidad ambas vertientes de la medicina. ¿Cuáles elementos conocemos de una y otra? Hacemos una síntesis de lo que hablamos sobre cada elemento y la presentamos en plenaria. Entre todos, repasamos las principales diferencias entre los



dos sistemas de salud retomando los conceptos de medicina científica o convencional y de medicina indígena tradicional que conocimos en la Unidad 1.

- Escuchamos la explicación del (la) facilitador/a acerca del enfoque intercultural en salud y los requisitos para la armonización; además, leemos cuidadosamente lo que nos dice el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos al respecto. Posteriormente, nos dividimos en dos grupos; el primero va a platicar acerca de las ventajas para nuestro pueblo o comunidad de la aplicación de un modelo armonizado de salud que tome en cuenta los aportes de la medicina indígena tradicional. El segundo grupo trabajará sobre los requerimientos para la armonización, identificando los principales obstáculos y proponiendo qué hacer para removerlos.
- Después de habernos informado sobre las buenas prácticas de armonización en diferentes países latinoamericanos, conversamos acerca de alguna experiencia cercana que conozcamos.

A continuación se nos sugieren una actividad dirigida a tratar consolidar el aprendizaje de los conceptos fundamentales del Módulo.

Pasos a dar:

1. Nos dividimos en cuatro grupos, cada uno cumplirá diferentes tareas; también nombramos a una persona para la relatoría y hacemos un papelógrafo.
Grupo 1: unidad 1, sobre medicina tradicional.
Grupo 2: unidad 2, sobre medicina, terapias y recursos de la medicina indígena tradicional.
Grupo 3: unidad 3, sobre la articulación entre la medicina indígena tradicional y la convencional.
2. Discutimos los conceptos que nos corresponden, según la lección; si es necesario, repasamos las lecciones. Escribimos nuestras conclusiones en un papelógrafo.
3. En plenaria, se presentan las relatorías. Se entabla una conversación grupal sobre los diferentes conceptos.
4. Establecemos los principales elementos que hacen que nuestro sistema de salud forme parte de la medicina indígena tradicional, según el concepto que analizamos, así como los elementos fundamentales de nuestra cosmovisión en salud y cuáles son los conceptos que tenemos de enfermedad.



4.3 Vuelta a la práctica: actividades finales

Pasos a dar:

1. Nos dividimos en tres grupos, cada uno va a realizar una actividad diferente.

Grupo 1: Lecturas sobre el parto en la tradición quechua (Perú) y entre las mujeres mayas (Guatemala)

- Nos podríamos dividir en dos subgrupos, cada uno hace una lectura diferente, la analiza y luego la comparan con lo que leyó el otro grupo.
- Juntos, reflexionamos sobre los siguientes aspectos teniendo presentes los contenidos de la lección 1: ¿cómo reaccionan las mujeres mayas y quechuas ante los diferentes sistemas de salud, el tradicional y el convencional, para atender sus embarazos y partos? ¿Cuáles creencias son fundamentales para sus decisiones? ¿Cuáles son los elementos de la cosmovisión que están presentes en el momento de dar a luz? ¿Cómo se presentan esas mismas situaciones en nuestra comunidad? ¿Qué similitudes existen en las tradiciones quechuas, mayas y las nuestras en relación con el embarazo y el parto?
- Reflexionamos en conjunto, basándonos en los conceptos de la lección, acerca de cuáles son las características que hacen que las prácticas curativas de los pueblos indígenas constituyan sistemas de salud complejos. Escribimos nuestras conclusiones en un papelógrafo y más tarde las explicamos a los demás grupos en plenaria.

Grupo 2: Caso: la biopiratería de la maca andina y la historia del chicle

- Nos podríamos dividir en dos subgrupos, cada uno hace una lectura diferente, la analiza y luego la comparan con lo que leyó el otro grupo, recordando los conceptos de la unidad 2.
- Los pueblos indígenas han sido propietarios ancestrales de las riquezas naturales de sus territorios, pensando en eso, reflexionemos acerca de las siguientes preguntas: ¿cuál es nuestra opinión sobre lo sucedido con la maca y el chicle? ¿Conocemos una situación similar en nuestro país de que una empresa se apodere de una planta, de las semillas, de un bosque, etc.? ¿Aconsejaríamos a los líderes indígenas que aceptaran la explotación comercial conjunta con una empresa privada de alguna de nuestras riquezas naturales? ¿Conocemos alguna acción estatal para proteger las riquezas naturales y el conocimiento de los pueblos indígenas de la apropiación por parte de empresas privadas? ¿Qué pensamos sobre si se deberían revelar los conocimientos sagrados de nuestros sacerdotes-terapeutas?
- Teniendo en mente lo que conversamos, discutimos los conceptos de biopiratería y propiedad intelectual. ¿Cuáles acciones podríamos emprender los pueblos indígenas para proteger nuestros conocimientos y riquezas naturales, pensando que mantenerlas en secreto no ha sido suficiente? ¿Qué debería hacer el Estado? Escribimos nuestras conclusiones en un papelógrafo para explicarlas y discutir las con los demás grupos.

Grupo 3: Caso de buena práctica: ejemplo de aplicación del modelo integral de salud en el hospital Makewe-Pelale (Mapuche, Chile)

- Leemos el caso del Hospital Makewe-Pelale recordando la lección sobre integralidad de los sistemas de salud.
 - Analizamos lo leído: ¿cuáles son los cinco elementos más importantes de integración y armonización de los sistemas de salud en este hospital? ¿Conocemos alguna experiencia parecida en nuestro país, región o comunidad? ¿Cuáles son las dificultades más grandes para implantar un sistema integral y armónico de salud en nuestro país? ¿Cuáles son los aspectos positivos que permitirían este avance? ¿Qué lección positiva podemos extraer del ejemplo que leímos?
 - Teniendo presente el caso del hospital mapuche y los conceptos de la Unidad 3, describimos un modelo de salud que integre la medicina tradicional indígena y la oficial en nuestro país. Escribimos nuestras conclusiones en un papelógrafo para explicarlas y discutir las con los demás grupos.
2. En plenaria, se presentan las relatorías. Se entabla una conversación grupal sobre los diferentes conceptos y propuestas.
3. Nos juntamos para hacer el árbol de la medicina intercultural: en las raíces colocamos los elementos fundamentales que se deberían incorporar de ambas visiones; en el tronco, los terapeutas y las prácticas que deben compartirse; en las ramas, las medicinas tradicionales; los frutos serán indicadores de buena salud. Vamos a necesitar elementos naturales o cartulinas y papeles de colores para hacer la figura de un árbol con raíces, tronco, ramas, hojas y frutos. En tarjetas de colores podemos escribir los nombres de los diferentes elementos. Situamos el árbol en un entorno (puede ser un bosque) en donde vamos a situar los factores que contribuyen a la salud de los pueblos indígenas. También necesitamos tijeras, cinta para pegar el árbol en una pizarra o en la pared, goma, marcadores o pilots de colores. Otra forma de hacerlo es dibujar la figura de un árbol en una cartulina o papelógrafo y escribir encima de la figura los diferentes aspectos que queremos destacar. Dejamos nuestro árbol en la pared o en una pizarra.



Taller dos: Derecho indígena a la salud (Módulo 2)

1. Objetivos de aprendizaje

1.1 Objetivo general:

Profundizar el conocimiento de los contenidos, expresiones y posibles alcances del derecho a la salud de los pueblos indígenas en América Latina, tomando como base los instrumentos legales internacionales y nacionales que son vigentes o vinculantes para el ejercicio de este derecho.

1.2 Objetivos específicos

- 1.2.1 Hacer un recorrido por los diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, identificando los alcances específicos que cada uno de ellos puede tener para la exigibilidad de los derechos a la salud de los pueblos indígenas.
- 1.2.2 Conocer el estado de la incorporación del derecho específico de los pueblos indígenas a la salud en los instrumentos normativos internos de los países de América Latina en cuanto al acceso a los servicios de salud, el reconocimiento de la medicina indígena tradicional, la protección de las plantas y conocimientos medicinales, y la adaptación de los servicios de salud a los usos y costumbres indígenas.

2. Conceptos que deben quedar claros:

- Salud
- Derecho a la salud
- Derechos humanos
- Derechos económicos, sociales y culturales
- Nivel de vida
- Obligaciones del Estado
- Protección nacional de los derechos humanos
- Normativa interna-legislación
- Acción afirmativa
- Sistemas de protección internacional de los derechos humanos
- Sistema universal
- Sistema interamericano



- Tratados
- Declaraciones
- Acceso a los servicios de salud
- Reconocimiento de la medicina tradicional indígena
- Protección de la propiedad intelectual del conocimiento indígena
- Adaptación-integración
- Participación

3. Contenidos:

Módulo 2: Derecho indígena a la salud

4. Desarrollo

4.1 Partir de la práctica: actividad introductoria



Pasos a dar:

1. Nos dividimos en tres grupos, cada uno va a trabajar un aspecto diferente. Como es usual, nombramos una persona para que haga la relatoría y vamos escribiendo nuestras apreciaciones en un papelógrafo.
2. El facilitador/a o acompañante nos proporciona noticias de prensa, algún informe o artículo breve en el que se analice la problemática de la salud de los pueblos indígenas. Los leemos y conversamos acerca de las siguientes preguntas, tratando de responderlas de la forma más completa posible

Grupo 1: Analizar las condiciones de salud de los pueblos indígenas en nuestro país, región o comunidad

- a) ¿Cuáles son las enfermedades que nos afectan con mayor frecuencia? De estas enfermedades ¿cuáles se pueden prevenir por medio de agua limpia, mejor alimentación, atención preventiva? ¿Cuáles enfermedades nuevas han aparecido recientemente?
- b) En pocas palabras, hacemos un diagnóstico de la situación de la salud/enfermedad en nuestra comunidad, agregando las respuestas a las preguntas que discutimos.

Grupo 2: Los factores de la salud

- a) Recordamos lo estudiado en el Módulo Uno sobre los factores de la salud y respondemos: ¿Cuáles son las condiciones económicas, sociales, políticas, ambientales, sanitarias, etc. que influyen en la salud/enfermedad de los pueblos indígenas? ¿Qué sucede en nuestras comunidades en esos aspectos?
- b) Hacemos un diagnóstico breve de las condiciones que favorecen o contribuyen al deterioro de la salud en la comunidad, agregando nuestras respuestas a las preguntas anteriores.

Grupo 3: Acciones para el mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas en la comunidad o en el país

- a) Teniendo presentes los elementos de la medicina tradicional indígena y los de la medicina convencional, nos ponemos de acuerdo para responder a las preguntas siguientes: ¿Qué sucede cuando hay una persona enferma de gravedad? ¿A qué servicio de atención en salud tenemos acceso (los terapeutas tradicionales, un puesto de atención primaria, clínica, hospital, alguna visita de una brigada médica voluntaria o visitas frecuentes de personal oficial)?

Sobre la calidad de la atención que nos brindan los servicios estatales: ¿Hay coordinación entre los servicios del gobierno y el sistema de medicina tradicional indígena? ¿Los servicios están dotados de suficientes medicamentos, personal profesional (cuántos médicos, enfermeras, etc.) y otros recursos (aparatos, ambulancia, laboratorios)? ¿A que distancia se ubican de la comunidad?

- b) Con base en las respuestas, redactamos un diagnóstico breve de los servicios de salud a los que tenemos acceso.
3. En plenaria, cada grupo presenta sus conclusiones. Con base en ellas, elaboramos en conjunto un diagnóstico sobre la situación de la salud de los pueblos indígenas. Reflexionamos acerca de las siguientes preguntas: teniendo en cuenta la situación descrita ¿creemos que es suficiente el sistema de medicina indígena tradicional? Considerando los factores de la salud, ¿cuáles son nuestras necesidades en esta materia? ¿Qué demandaríamos al Estado? ¿Qué sabemos acerca del derecho a la salud?

El relator toma nota en papelógrafos de lo que vamos diciendo. Cierra la plenaria con la sistematización de las respuestas a las preguntas anteriores. Pega los papelógrafos en la pared, nos van a servir para otras actividades. Tomamos nota en nuestros cuadernos.

4.2 Teorización

4.2.1 Trabajando con los conceptos fundamentales del Módulo II

El facilitador, acompañante o promotor ha leído previamente el Módulo y los conceptos básicos de derechos humanos y nos los explica con un lenguaje sencillo y claro. Previamente, según el nivel del grupo, pudo haber pedido que los leyéramos en el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos. Hace preguntas para asegurarse que todas las personas comprendimos, los lleva escritos en carteles o los escribe en la pizarra. Permite que preguntemos lo que no entendimos.



4.2.2 Actividades de apoyo a la teorización

Los conceptos de cada lección se explican por separado. Al terminar una lección, se procede al trabajo de grupos para analizarlos y contrastarlos con la práctica y conocimientos del grupo, es el momento de la teorización o adquisición de nuevos conocimientos. En este módulo hay que ampliar conceptos que no vienen especificados en el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos, por lo que nuestro/a facilitador/a deberá hacer un esfuerzo adicional para leer la primera parte de la Guía, que tiene un capítulo dedicado a los derechos humanos. A lo largo del desarrollo del módulo se recomienda realizar actividades grupales mediante la aplicación de técnicas participativas que nos sirvan para vincular teoría y práctica. A continuación, se nos sugieren algunas.

Actividades sugeridas para la Unidad 1:

- Escuchamos una charla introductoria de parte del facilitador o facilitadora sobre los aspectos básicos de derechos humanos (concepto, características, sistemas de protección nacionales e internacionales, realización); tomamos nota de lo más importante. Su base será la primera parte de esta Guía. Nos reunimos en grupos de tres personas y comparamos nuestras notas. Conversamos sobre los diferentes conceptos y mecanismos de protección; si es necesario, pedimos aclaraciones y consultamos las notas del facilitador. Discutimos acerca de la importancia de estos conocimientos para abordar el derecho a la salud y de lo qué entendimos sobre cómo se protegen los derechos humanos. Presentamos nuestras conclusiones en plenaria.
- Discutimos en plenaria el concepto de salud de la OMS y lo relacionamos con los derechos humanos. Reflexionamos acerca de las siguientes preguntas: ¿En qué se parece y en qué difiere de la concepción de la salud indígena? ¿Por qué dice que la salud no es solamente la ausencia de enfermedad o afecciones? ¿De cuáles factores depende el bienestar físico, mental y social? ¿Por qué la salud es un derecho humano? ¿Por qué la salud es parte de los derechos económicos, sociales y culturales? ¿Qué necesitamos los pueblos indígenas para acceder a la realización del derecho a la salud?
- Nos dividimos en seis grupos para analizar los diferentes documentos que vienen citados en el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos. Como siempre, nombramos a un/a relator/a y hacemos un papelógrafo.

Grupos 1 y 2: sistema interamericano, el proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas, el Protocolo de San Salvador y la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS.

Grupos 3 y 4: el Convenio 169 de la OIT, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Observación General 14 del CDESC.

Grupos 5 y 6: el Convenio sobre la diversidad biológica, la Declaración de las Naciones Unidas y las referencias a los informes finales del CDESC. Discutimos sus



contenidos, hacemos una síntesis y la exponemos en plenaria. Discutimos acerca de la importancia y la necesidad de la protección internacional de los derechos humanos, contestamos ¿para qué nos puede servir la jurisprudencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos? ¿Cuál es el papel de los sistemas interamericano y universal y los instrumentos internacionales?

- Investigamos si nuestro país ha ratificado los tratados mencionados (Convenio 169, PIDESC, Protocolo de San Salvador).
- Nos dividimos en tres grupos, nombramos un/a relator/a y escribimos un papelógrafo.

Grupo 1: Comparamos la concepción del derecho de los pueblos indígenas a la salud en la Observación General No. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y lo que dice el Convenio 169 de la OIT.

Grupo 2: Examinamos el concepto de salud y el derecho a la salud indígena en la Resolución V de la OPS, ¿qué es lo que dice? ¿Estamos de acuerdo con esos conceptos? ¿Qué tareas se le definen a los Estados en dicha resolución?

Grupo 3: Analizamos el cuadro “Cap. IX. Situación de los derechos de los pueblos indígenas. Derecho a la salud”, extraído del informe de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Revisamos cuáles derechos relativos a la salud no se cumplen o son violados tomando en cuenta el Convenio 169 de la OIT, la Observación General 14 del CDESC y la Resolución V de la OPS.

Hacemos una síntesis y la presentamos en plenaria.

Actividades sugeridas para la Unidad 2:

Nos dividimos en tres grupos, nombramos un/a relator/a y escribimos nuestras conclusiones en un papelógrafo. Vamos a trabajar sobre los derechos de salud indígena que serán objeto de observación:

Grupo 1: acceso a los servicios de salud.

Grupo 2: reconocimiento de la medicina indígena tradicional.

Grupo 3: protección de las plantas y conocimientos medicinales.

Grupo 4: adaptación de los servicios de salud a los usos y costumbres indígenas.

Reflexionamos con base en las siguientes preguntas, ubicándonos en nuestro contexto y en la problemática particular de salud de la comunidad o pueblo: ¿Cuál es el significado de cada derecho? ¿Por qué es importante su reconocimiento y puesta en práctica? ¿Qué se necesita para hacerlos realidad? Escribimos nuestras conclusiones y las compartimos con el resto de los grupos en plenaria.



Revisamos lo que corresponde a nuestro país en la lección 2 de la unidad 2, sobre la normativa interna, donde dice cuáles leyes existen en materia de salud. Tenemos a mano el texto de la Constitución Política y leemos lo que dice sobre el derecho a la salud, buscamos en ella alguna referencia a los derechos de los pueblos indígenas, específicamente la salud. Si tenemos la ley de salud del país, podemos ver si en ella se especifica algo respecto de los pueblos indígenas.

Nos dividimos en cuatro grupos; nombramos un relator o relatora y escribimos un papelógrafo. Vamos a analizar la legislación interna sobre salud en tres países (a un grupo le van a corresponder cuatro), más el nuestro, si aparece. Leemos la información que nos corresponde y la analizamos según estas preguntas: ¿en cuál país se muestran los mayores avances en términos del derecho a la salud de los pueblos indígenas? ¿Se establece un enfoque intercultural a partir de la legislación reseñada? ¿Cuál país es el más atrasado? ¿En qué rango ubicaríamos a nuestro país, por qué? Hacemos una síntesis de la información de cada país, tomamos nota de las respuestas a cada pregunta y hacemos una exposición en la plenaria. Entre todos, determinamos cuál es el país más avanzado y cuáles serían las tareas pendientes en materia legislativa en el nuestro.

En plenaria, examinamos lo que informa el Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la situación de los derechos de los pueblos indígenas, cuando señala la brecha existente entre los avances legales y los resultados. ¿Qué pensamos que está sucediendo en el campo del derecho a la salud? Vemos los factores que menciona: la escasa presencia de legisladores indígenas en los parlamentos, la falta de consulta con los pueblos y la discriminación. ¿Cómo se da esto en nuestro país? ¿Cuántos diputados y diputadas indígenas hay? ¿Cuántos indígenas en puestos de decisión? ¿Cómo se sigue manifestando la discriminación étnica?

Nos dividimos en grupos para analizar la propuesta de abogacía en salud de los pueblos indígenas de la OPS. Analizamos sus distintos aspectos, que figuran en el recuadro “Lineamientos para el establecimiento de estrategias de abogacía en salud con pueblos indígenas”. ¿Conocemos alguna experiencia en nuestro país de abogacía en salud? A partir de las recomendaciones sobre posibles estrategias, en plenaria discutimos cuál podría ser la nuestra.



4.3 Vuelta a la práctica: actividades finales

Pasos a dar:

Actividad 1:

1. Nos dividimos en cuatro grupos. Nombramos un relator o relatora; escribimos en papelógrafos nuestras conclusiones. Trabajamos los siguientes aspectos:

- Analizamos el concepto de acción afirmativa. ¿Qué es una acción afirmativa? ¿Cuál es su propósito? ¿Cuál es su utilidad para los pueblos indígenas? Proponemos dos acciones afirmativas en materia de salud para nuestra comunidad.
- Revisamos los papelógrafos y nuestros apuntes de la actividad introductoria. Discutimos si las prácticas de salud que identificamos en dicha actividad pueden ser catalogadas como medicina indígena tradicional.

Hacemos un papelógrafo con las conclusiones y las compartimos con el grupo.

Actividad 2:

Nos dividimos en grupos de cuatro personas, nombramos un/a relator/a y conversamos sobre los siguientes aspectos:

- Si están ratificados el Convenio 169, el Protocolo de San Salvador y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ¿cómo se plasman los compromisos asumidos por el Estado en la legislación nacional?
- De los cuatro derechos de la salud indígena, ¿cuáles figuran en la legislación del país? ¿Qué se establece –si hay alguna referencia– sobre la medicina indígena tradicional? ¿Cómo se da la participación indígena en la gestión de la salud? ¿Están protegidos los conocimientos terapéuticos y las medicinas tradicionales? ¿La ley establece servicios de salud adaptados a los rasgos culturales de los pueblos indígenas y nuestros sistemas de medicina tradicional?
- ¿Cuál sería la importancia de que el derecho a la salud de los pueblos indígenas esté consagrado en la Constitución Política?
- ¿Cuáles son los principales obstáculos para aplicar los cuatro derechos de la salud indígena?
- ¿Qué podemos hacer para eliminarlos ante los diferentes poderes del Estado: legislativo, ejecutivo y judicial?

Escribimos nuestras conclusiones y las presentamos en plenaria. Discutimos acerca de las respuestas de los grupos. Elaboramos entre todos una estrategia de abogacía por el derecho a la salud de nuestras comunidades.



Taller tres: Agua, pueblos indígenas y derechos humanos (Módulo 3)

1. Objetivos

- 1.1 Conocer algunas cosmovisiones de los pueblos indígenas en las Américas en torno al agua y su manejo, y de cómo estas sustentan las estrategias actuales de conservación y gestión cultural del agua.
- 1.2 Analizar el proceso de cómo el derecho humano al agua se ha venido configurando especialmente en el marco del sistema de las Naciones Unidas, ubicando en ella su significado en términos de los derechos humanos de los pueblos indígenas.
- 1.3 Conocer y analizar cuáles son los elementos legislativos e institucionales que se dan en el contexto latinoamericano para una gestión del agua, especialmente enfocado en los pueblos indígenas
- 1.4 Conocer una experiencia práctica ilustrativa sobre coordinación interinstitucional para la gestión intercultural de proyectos de agua y saneamiento en comunidades indígenas.

2. Conceptos que deben quedar claros:

- Derecho al agua
- Agua potable
- Cosmovisión
- Recursos hídricos
- Derechos humanos
- Tratados
- Convención internacional
- Observación general del CDESC
- Derecho consuetudinario
- Constitución política
- Legislación
- Gobernabilidad
- Gestión

3. Contenidos:

Módulo 3: Agua, pueblos indígenas y derechos humanos



4. Desarrollo

4.1 Partir de la práctica: actividades introductorias

Pasos a dar:

1. Nos dividimos en tres grupos para analizar la problemática del agua en la comunidad. Nombramos un relator o relatora; escribimos en papelógrafos nuestras conclusiones.

Grupo 1: los problemas fundamentales del acceso al agua: carencia de agua potable, contaminación de fuentes, agotamiento de las fuentes por desperdicio, deforestación, etc., privatización, que no es solo la venta de empresas públicas, sino el embotellamiento, problemas de administración de acueductos por parte de las comunidades, otros.

Grupo 2: problemas de abastecimiento de agua. Analicemos y respondamos las siguientes preguntas: ¿sabemos cómo resolvían nuestros abuelos la necesidad de agua? En la actualidad: ¿cuáles son los problemas más serios para abastecernos de agua en la casa, en la escuela y el centro de salud? ¿Cómo hacemos para dar de beber a los animales y regar los cultivos?

Grupo 3: sobre el abastecimiento de agua potable. ¿La comunidad cuenta con un acueducto propio o tiene acceso a la red pública? ¿Qué problemas se presentan alrededor de este servicio? ¿Quiénes lo administran? ¿La comunidad participa en su administración? ¿Qué hacen la municipalidad o el gobierno respecto del agua? ¿El servicio es pagado? ¿Quién dice cuánto cuesta? ¿Quién se encarga de darle mantenimiento y ampliarlo con más obras de infraestructura (para captación, canales, almacenamiento, distribución)?

2. Cada grupo hace un diagnóstico breve sobre la problemática discutida. Lo escribe en un papelógrafo y lo explica al resto, en una plenaria posterior. Conversamos acerca de la problemática a partir de los diagnósticos grupales y, con ayuda del facilitador/a –que va tomando nota–, elaboramos uno solo abarcando los tres aspectos analizados.

4.2 Teorización

4.2.1 Trabajando con los conceptos fundamentales del Módulo 3

El facilitador, acompañante o promotor ha leído previamente cada lección del módulo 3, lo que le permitirá explicar con un lenguaje sencillo y claro los conceptos contenidos en esta parte. Previamente, según el nivel del grupo, pudo haber pedido que los leyeran en el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos. Hace preguntas para asegurarse que todas las personas comprendieron, los lleva escritos en carteles o los escribe en la pizarra. Permite que las personas pregunten lo que no entienden.

Actividades sugeridas para la Unidad 1:

- Una vez leída y comentada la Unidad 1, nos reunimos en cuatro grupos según nuestra etnia, si habemos personas de diferentes pueblos. Cada uno va a trabajar diferentes lecturas:

Grupos: la carta del jefe Seattle al presidente de los Estados Unidos.

Grupo 2: la concepción de los ngöbes

Grupo 3: la cosmovisión de los purépechas

Grupo 4: la cosmovisión andina



Después, respondemos las siguientes preguntas: ¿cuál es la cosmovisión de nuestro pueblo acerca del agua? ¿Conocemos algún canto, poesía o mito sobre el agua, que exprese su carácter sagrado? ¿Sabemos dónde están ubicadas las fuentes de agua (nacimiento, ríos) de los que se surte nuestra comunidad? ¿Cuáles son sus nombres? Dibujamos un mapa y las ubicamos. En plenaria, explicamos lo conversado y mostramos el mapa; luego, cantamos la canción, contamos el mito o recitamos la poesía que sabemos sobre el agua.

- Seguimos trabajando en los mismos grupos. Los grupos 1 y 2 revisamos la lección 3 de la Unidad 1, en la parte sobre la estrategia sociocultural de uso y manejo ecológico del agua de los purépechas mexicanos; los grupos 3 y 4, la visión del agua de los pueblos andinos, de la lección siguiente. Conversamos acerca de lo que dicen ambas lecturas y analizamos si eso se da de la misma forma en nuestra comunidad. Cada grupo prepara su presentación y explica al resto lo hablado.

Actividades sugeridas para la Unidad 2:

- El facilitador /a lee en voz alta el cuadro llamado “Los datos de una realidad dura” y el siguiente párrafo: “Cuatro transnacionales controlan gran parte de este próspero negocio de privatización del agua. Estas compañías y sus filiales obtienen agua mediante subsidios estatales asombrosamente generosos y favorables y la venden en botellas de plástico a mil o diez mil veces lo que les costó conseguirla”³⁰². Posteriormente, en plenaria, hacemos una lluvia de ideas sobre las consecuencias de la problemática descrita y cómo se debería resolver, teniendo como eje de la discusión el derecho humano al agua
- Nos dividimos en cuatro grupos. Nombramos un relator o relatora; escribimos en papelógrafos nuestras conclusiones. Cada uno va a trabajar diferentes lecciones:

Grupo 1: lección 1

Grupos 2 y 3: se reparten la lección 2

Grupo 4: lecciones 3 y 4

Leemos y discutimos sus contenidos, nuestro/a facilitador/a aclara aquellos conceptos que no comprendamos bien y preparamos una síntesis con las principales ideas de cada lección. Las exponemos en plenaria.

- Después de estudiar la lección 5, en plenaria hacemos una lluvia de ideas sobre el derecho humano al agua y la necesidad de una convención internacional.

³⁰²Carmelo Ruiz Marrero. “El primer taller popular en defensa del agua”. En: <http://www.sodepaz.net/modules.php?name=News&file=article&sid=2841>



Actividades sugeridas para la Unidad 3:

- Conversamos sobre las particularidades del derecho de costumbre o derecho consuetudinario en nuestra comunidad. Nos dividimos en grupos, por comunidad o etnia, y respondemos a las preguntas siguientes: ¿Cuáles son las autoridades naturales o tradicionales de la comunidad? ¿Cómo las elegimos? ¿Cuáles son las principales normas que rigen nuestra convivencia? ¿Quiénes las aplican? ¿Qué sucede cuando hay un conflicto o un delito en la comunidad? ¿Nuestra costumbre es reconocida por el poder judicial y por las leyes del país? En plenaria, explicamos las conclusiones de cada grupo.
- Nos dividimos en grupos pequeños para analizar el recuadro “Los derechos de agua en términos concretos”. Discutimos su contenido, repasando los conceptos que contiene la lección 2. Nos aseguramos de que todas las personas del grupo comprendamos lo que significa cada derecho operativo y cada derecho de participar. Contestamos las siguientes preguntas: ¿estos derechos se cumplen en nuestra comunidad, en la administración del agua? ¿Qué obstáculos se nos presentan para ejercerlos? Presentamos nuestras conclusiones en plenaria.
- Invitamos a los dirigentes comunitarios para conversar con ellos sobre los conflictos de agua que se hayan presentado con anterioridad. Les preguntamos cómo se resolvieron. Conversamos acerca de cuáles derechos fueron violados y cuál fue la forma de resolver el conflicto.
- En la lección 2 buscamos el estado de la legislación y la jurisprudencia relacionada con el agua, el medio ambiente, los recursos naturales, las tierras, áreas protegidas, etc., en nuestro país. ¿Conocemos si hay algún cambio o iniciativa de ley en el parlamento? Revisamos la ley de aguas vigente, buscamos si especifica algo relativo a los pueblos indígenas en términos del acceso, gestión y reconocimiento de sus usos y costumbres hídricas.
- Nos dividimos en grupos pequeños para revisar, en la lección 3, el cuadro “Diagnóstico de las políticas de gestión del agua en América Latina”. Conversamos acerca de cada una de las afirmaciones contenidas en él y discutimos si eso corresponde con lo que sabemos acerca de cómo se está gestionando el agua en nuestro país, región y comunidad.
- Hacemos una lluvia de ideas acerca de la siguiente afirmación: “Las comunidades indígenas enfrentan el creciente retiro de sus derechos de agua, la discriminación y la obstrucción de sus sistemas consuetudinarios de gestión de agua, y son excluidas de la generación de políticas y de la planificación de los procesos relacionados con el agua y de sus respectivas estructuras institucionales. Las políticas de individualización y privatización de derechos de agua crean un enorme peligro para las comunidades indígenas”.
- Formamos dos grupos para examinar dos lecturas.



Grupo 1: caso de la comunidad indígena de Toconce.

Grupo 2: la guerra del agua de Cochabamba, Bolivia.

Cada grupo elige a dos personas para una mesa redonda; primero, hacen un breve resumen de la lectura que les correspondió hacer y explican los diferentes hechos con base en las siguientes preguntas: ¿Cuáles hechos dieron lugar a una situación conflictiva? Comparar las reacciones de las poblaciones afectadas, caracterizarlas (una fue resuelta por la vía jurídica, la otra no, etc.). ¿Qué se logró en ambos casos? Identificar los avances desde el punto de vista de los intereses de los pueblos indígenas. ¿Cuáles lecciones podemos extraer de estas experiencias para los diferentes actores (las empresas privadas, el gobierno, el poder judicial los movimientos sociales, los pueblos indígenas)?

- Leemos los conceptos fundamentales para una práctica equitativa y democrática de la gestión del agua, en la lección 4. Conversamos acerca de ellos y tratamos de que todas las personas comprendamos lo que significan. Nos dividimos en tres grupos y, con base en la lección, redactamos un concepto de gobernabilidad del agua. Discutimos los diferentes conceptos elaborados y sacamos uno solo.

4.3 Vuelta a la práctica: actividades finales

Pasos a dar:

1. Vamos a estudiar la Unidad 4 completa antes de proceder con esta actividad. Esta trata sobre el proyecto regional “Mejoramiento de las condiciones ambientales (agua y saneamiento) en las comunidades indígenas ejecutado por la Organización Panamericana de la Salud en catorce países latinoamericanos³⁰³. Leemos los contenidos con el apoyo de nuestro/a facilitador/a tomándonos el tiempo suficiente para discutirlos y comprenderlos bien.
2. Nos reunimos en grupos pequeños (de tres personas) para responder las siguientes preguntas: ¿cuál es la problemática que el proyecto se propuso enfrentar? ¿Cómo lo hizo? ¿Cuál fue su esquema de acción y gestión del agua en comunidades indígenas? ¿Cómo aparecen en el proyecto los derechos indígenas del agua? ¿Cómo se integraron los elementos culturales y sociales de los pueblos indígenas en la gestión del proyecto? ¿Qué lecciones podemos concluir de esta experiencia? Escribimos nuestras respuestas en un papelógrafo y las compartimos con los otros grupos.
3. En plenaria, discutimos acerca de los siguientes aspectos:
 - a) Respecto a los factores que facilitaron o dificultaron el logro del proyecto, ¿se presentan situaciones similares en experiencias que conocemos en nuestras comunidades? ¿Cómo las hemos superado o asimilado positivamente?
 - b) ¿Cuáles son las condiciones o requisitos para un trabajo de coordinación interinstitucional, entre Estado, organismos internacionales y comunidades indígenas desde la experiencia de este proyecto?
4. Hacemos una valoración de la pertinencia, utilidad y necesidad de este tipo de proyectos; con la ayuda del/a facilitador/a, hacemos una síntesis de lo conversado.

³⁰³Más información sobre el proyecto en: <http://www.bvsde.ops-oms.org>.



Taller cuatro: Políticas de salud indígena (Módulo 4)

1. Objetivos de aprendizaje:

- 1.1 Enmarcar el surgimiento de políticas de salud indígena en el contexto del desarrollo de las políticas públicas de los Estados-nacionales para el tratamiento de los asuntos indígenas.
- 1.2 Propiciar el conocimiento y análisis de los elementos que constituyen los procesos de interculturalidad y su expresión en el ámbito de la salud y políticas de salud indígenas.
- 1.3 Tener una visión global sobre las diversas políticas y acciones en salud indígena impulsadas desde los organismos internacionales, los Estados nacionales y los propios pueblos indígenas, identificando las buenas prácticas, los avances, limitaciones y desafíos recurrentes.

2. Conceptos que deben quedar claros:

- Estado
- Política
- Gobierno
- Sociedad civil
- Política pública
- Cultura
- Multiculturalidad
- Identidad
- Identidad cultural
- Interculturalidad
- Modelo intercultural en salud
- Vigilancia epidemiológica intercultural
- Armonización intercultural
- Programa, proyecto
- Incidencia



3. Contenidos:

Módulo 4: Políticas de salud indígena

4. Desarrollo

4.1 Partir de la práctica: actividades introductorias

Pasos a dar:

1. Motivación: necesitamos una bola o pelota. Nos ponemos de pie y hacemos un círculo. El facilitador/a se pone en el centro para lanzar y recibir la bola mientras pregunta a quien le toque qué es política, gobierno, Estado, política pública, sociedad civil, incidencia, cultura, multiculturalidad, interculturalidad, pluriculturalidad. Quien recibe la bola, responde lo primero que se le viene a la cabeza. Al terminar la ronda, hacemos una lluvia de ideas acerca de los significados de estas palabras.
2. Nos reunimos en cinco grupos, cada uno va a trabajar dos conceptos diferentes; como siempre, nombramos a la persona encargada de la relatoría y escribimos un papelógrafo. Charlamos sobre la importancia de entenderlos claramente. ¿Para qué nos van a servir? ¿Sabemos algo sobre la diferencia entre gobierno y Estado y entre política gubernamental y política pública? ¿Los pueblos indígenas somos sociedad civil? ¿Qué es incidencia? Buscamos las palabras en un diccionario y escribimos una definición de los conceptos que nos correspondieron, completando los significados que este nos da. Ponemos ejemplos según nuestra experiencia en la comunidad, en el servicio de salud, etc. Los compartimos con los demás grupos.
3. Ahora, escuchamos la charla del facilitador o facilitadora en la que, de forma sencilla, se nos explican dichos conceptos con más detalle.

4.2 Teorización

4.2.1 Trabajando con los conceptos fundamentales del Módulo 4

El facilitador, acompañante o promotor ha leído previamente cada apartado del módulo 1, lo que le permitirá explicar con un lenguaje sencillo y claro los conceptos contenidos en esta parte. Previamente, según el nivel del grupo, pudo haber pedido que los leyeran en el Manual de Contenidos Salud Indígena y Derechos Humanos. Hace preguntas para asegurarse que todas las personas comprendieron, los lleva escritos en carteles o los escribe en la pizarra. Permite que las personas pregunten lo que no entienden.

4.2.2 Actividades de apoyo a la teorización

A lo largo del desarrollo del módulo se recomienda realizar actividades grupales mediante la aplicación de técnicas participativas que nos facilitan vincular teoría y práctica.

Actividades sugeridas para la Unidad 1:

- Nos dividimos en cuatro grupos. Nombramos a una persona para que haga la relatoría y hacemos papelógrafos con nuestras conclusiones.



Grupo 1: Leemos la primera parte de la Unidad, sobre política, política pública, componentes y ciclo de formación, discutimos sus contenidos y hacemos una síntesis para compartirla con el grupo.

Grupo 2: Buscamos a nuestro país en el recuadro “Institucionalidad pública sobre pueblos indígenas y salud” y vemos cuáles instituciones se encargan de los pueblos indígenas y la salud indígena. ¿Qué sabemos acerca del funcionamiento de estas instituciones? ¿Conocemos sus políticas? ¿Cómo están cumpliendo con las obligaciones estatales en salud? ¿Falta alguna institución en ese recuadro? Escribimos nuestras conclusiones.

Grupo 3: Revisamos el apartado que se llama “Las políticas públicas orientadas a pueblos indígenas”. Leemos su contenido, poniendo especial atención en los elementos que denotan avance en la política pública indígena. Reflexionamos acerca de cada uno de ellos y hacemos una síntesis para compartirla con el grupo.

Grupo 4: Leemos lo correspondiente a la política de salud indígena. Respondemos: ¿Cuáles son las condiciones para crear una política de salud indígena? ¿En qué ámbitos se aplican?

Exponemos nuestras conclusiones. Discutimos los conceptos y nos aseguramos de que todas las personas comprendemos a qué nos estamos refiriendo.

- Si no conocemos las instituciones dedicadas a la atención de los pueblos indígenas y a la salud indígena, buscamos información de prensa; si es posible, programamos una visita para que nos proporcionen documentos sobre su trabajo en relación con la salud indígena o invitamos a alguna persona que nos pueda informar con amplitud acerca de ellas.
- Con la ayuda de nuestro/a facilitador/a, averiguamos si hay una “política pública indígena” y si contempla lo relacionado con la salud. Tratamos de obtener el documento o invitamos a una persona que la conozca para que nos dé una charla al respecto. Identificamos cuáles actores y factores intervinieron en la formación de la política indígena; analizamos si en ella se define cuál es la participación de los indígenas en su gestión.

Actividades sugeridas para la Unidad 2:

- En plenaria, revisamos los conceptos de los recuadros sobre multiculturalidad, pluriculturalidad e interculturalidad y “La interculturalidad es”. A la luz de lo que entendemos, leemos los principios de la OPS sobre interculturalidad. Discutimos: ¿Cuál es el significado que tiene la aplicación de estos principios a los sistemas y servicios de salud en nuestro país, región o localidad? ¿Qué cambios habría que impulsar para lograr que sean implantados? ¿Conocemos algún esfuerzo en ese sentido? El facilitador/a toma nota de lo que hablamos y hace una síntesis.



- Teniendo claros los conceptos anteriores, nos dividimos en parejas o tríos, una de las personas hará la relatoría, nos ayudamos con un papelógrafo. Cada grupo va a examinar una parte del apartado 2.3, sobre interculturalidad en salud, así:

Grupo 1: parte introductoria, estrategias de salud intercultural, integración e interculturalidad, condiciones

Grupo 2: Recuadro “Condiciones para desarrollar...”

Grupo 3: Vigilancia epidemiológica y recuadro “Indicadores...”

Grupo 4: Modelo de salud intercultural y recuadro “Principios del modelo...”

Grupo 5: Armonización intercultural

Cada grupo hace una síntesis y la presenta al resto, en plenaria.

Actividades sugeridas para la Unidad 3:

- Revisamos el recuadro “Evidencia de los desafíos en la atención de la salud de los pueblos indígenas”. En plenaria, reflexionamos acerca de cuáles situaciones se presentan en nuestra comunidad, región o país; identificamos las principales entidades públicas relacionadas con la prestación de servicios de salud en las comunidades indígenas: ¿cuáles son sus funciones específicas en torno a la salud de los pueblos indígenas? Posteriormente, tratamos de averiguar si hay algún tipo de coordinación entre estas entidades y si hay participación de entidades privadas. También podríamos conversar cada uno con un dirigente indígena local, regional o nacional sobre las gestiones realizadas para la atención de los servicios públicos de salud. ¿Cuál ha sido la experiencia? ¿Cuáles luchas se han impulsado para lograrlo?
- Leemos los cinco principios que estableció la Organización Panamericana de la Salud para el desarrollo de políticas de salud indígena. Nos reunimos en grupos de tres personas para discutir acerca de su significado y trascendencia; nombramos a una persona para que haga la relatoría, escribimos nuestras conclusiones y, al finalizar el ejercicio, las compartimos con los demás grupos.
- ¿Sabemos algo sobre los objetivos del milenio de las Naciones Unidas? Leemos el siguiente recuadro:



Los objetivos del milenio

Los ocho objetivos de desarrollo del Milenio, que abarcan desde la reducción a la mitad la pobreza extrema hasta la detención de la propagación del VIH/SIDA y la consecución de la enseñanza primaria universal para el año 2015, constituyen un plan convenido por todas las naciones del mundo y todas las instituciones de desarrollo más importantes a nivel mundial.

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre hombres y mujeres y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH / SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Discutimos acerca de la importancia de estos objetivos para los pueblos indígenas de nuestro país. ¿Qué observamos en nuestra comunidad respecto de lo que plantean los objetivos? ¿Cuáles de ellos están relacionados con la salud? Si tenemos acceso a internet, buscamos más información acerca de este asunto; averiguamos cuál es el nivel de cumplimiento de nuestro país y si se ha hecho algún esfuerzo específico relacionado con los pueblos indígenas.

- Cinco de las personas participantes van a ofrecerse como voluntarias para leer las partes que corresponden al Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, el BID, el Enlace Hispano-Americano de Salud, la Red de Salud Indígena de la Amazonía, la Escuela Latinoamericana de Medicina y las Brigadas Médicas Cubanas y otros organismos internacionales. Van a hacer una síntesis de lo leído y nos explicarán a las demás en qué consiste cada una de estas iniciativas. Discutimos en plenaria su importancia para la salud indígena.
- Nos dividimos en cinco grupos para analizar la parte sobre Acciones de políticas de salud indígena de los Estados. Cada grupo va a analizar tres países, además del propio. Como siempre, nombramos a una persona para la relatoría y hacemos un papelógrafo. Leemos y analizamos la información sobre los tres países que nos correspondieron, comparándolos entre sí y respondemos estas preguntas: ¿En cuál de los tres países se presentan los mayores avances en la aplicación del enfoque de interculturalidad en salud? ¿Por qué nos parece que eso es así? ¿Cuáles son las acciones más destacadas en cada país? ¿Cuáles son los países más atrasados? Vemos la información sobre nuestro país y contestamos: ¿Conocemos las acciones que allí se presentan? ¿Dónde ubicaríamos a nuestro país, entre los más adelantados o los más atrasados? ¿Por qué?



Al final, hacemos una presentación en plenaria y generalizamos las conclusiones para los demás países, destacando los avances y atrasos de modo comparativo.

- Para la parte de Políticas y acciones en salud desde la sociedad civil y las organizaciones indígenas, vamos a analizar las experiencias de once países. Nos dividimos en cuatro grupos para repartirnoslos y si está nuestro país todos los grupos lo revisan. Nombramos al relator o relatora y hacemos un papelógrafo con las conclusiones. Leemos la información sobre los países y respondemos: ¿Cuál experiencia nos parece más interesante? ¿Cuáles otras experiencias conocemos en nuestro país que se puedan comparar con estas? ¿Sabemos de alguna que no esté mencionada? Hacemos una presentación en plenaria al final del trabajo de grupos y escogemos las cinco acciones que nos parezcan que aplican de mejor modo los principios de la interculturalidad en salud indígena.

4.3 Vuelta a la práctica: actividades finales

1. Nos dividimos en tres grupos para trabajar los siguientes aspectos; nombramos una persona para la relatoría y hacemos un papelógrafo.

Grupo 1: De acuerdo con los contenidos de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas de la SAPIA/OPS y los compromisos adquiridos por nuestro país en la Resolución V de la OPS, verifiquemos si se ha dispuesto de alguna legislación específica, políticas y estrategias de salud indígenas, programas y proyectos especiales.

Grupo 2: Repasamos las experiencias de México, Paraguay y Brasil donde las entidades indigenistas tienen entre sus funciones la atención de la salud indígena. También analizamos los mecanismos con los que operan los sistemas de salud de Colombia y Brasil con la contratación de prestadores privados de salud.

Grupo 3: Analizamos el caso de Chile donde son casi inexistentes la normativa sobre salud indígena y la experiencia de hecho en salud intercultural. ¿Cuales podrían ser las limitantes de este sistema?

2. Conversamos acerca de las iniciativas de salud impulsadas por los pueblos indígenas en nuestro país: ¿Cuáles conocemos? ¿Cuales son sus logros y limitaciones?

3. Revisemos la prensa y la normativa en el módulo de derechos a la salud y preguntemos a funcionarios relacionados con la iniciativa de salud de los pueblos indígenas de la SAPIA/OPS para saber cuánto de lo que esta contiene ha sido aplicado en las políticas de salud indígena.

4. Nos dividimos en dos grupos. Cada uno elabora una propuesta de modelo de salud intercultural para los servicios de salud de la comunidad o región en el que vamos a aplicar los conceptos y principios aprendidos y la Iniciativa de salud de los Pueblos Indígenas de la SAPIA/OPS; tendremos en mente la situación de salud que se presenta en las comunidades indígenas con las que trabajamos. Establecemos cuáles son los elementos de la salud indígena tradicional que deben tomarse en cuenta y cómo se va dar la participación de la comunidad en la gestión y toma de decisiones. Explicamos nuestras respectivas propuestas y las discutimos y mejoramos entre todos, para elaborar una sola.



Instituto Interamericano de Derechos Humanos

Asamblea General

(2004-2006)

Thomas Buergenthal
Presidente Honorario

Sonia Picado
Presidenta

Rodolfo Stavenhagen
Vicepresidente

María Elena Martínez
Vicepresidenta

Pedro Nikken
Consejero Permanente

Mayra Alarcón Alba
Line Bareiro
Lloyd G. Barnett
César Barros Leal
Allan Brewer-Carías
Marco Tulio Bruni-Celli
Gisèle Côté-Harper
Margaret E. Crahan
Mariano Fiallos Oyanguren
Héctor Fix-Zamudio
Robert K. Goldman
Claudio Grossman
Juan E. Méndez
Sandra Morelli Rico
Elizabeth Odio Benito
Nina Pacari
Máximo Pacheco Gómez
Mónica Pinto
Hernán Salgado Pesantes
Wendy Singh
Cristian Tattenbach

Comisión Interamericana de Derechos Humanos

Evelio Fernández Arévalos
Paulo Sérgio Pinheiro
Florentín Meléndez
Clare Kamau Roberts
Freddy Gutiérrez Trejo
Víctor E. Abramovich
Paolo G. Carozza

Corte Interamericana de Derechos Humanos

Sergio García Ramírez
Alirio Abreu Burelli
Oliver Jackman
Antônio A. Cançado Trindade
Cecilia Medina Quiroga
Manuel E. Ventura Robles
Diego García Sayán

Roberto Cuéllar M.
Director Ejecutivo

Los programas y actividades del Instituto Interamericano de Derechos Humanos son posibles por el aporte de agencias internacionales de cooperación, fundaciones, organizaciones no gubernamentales, agencias del sistema de Naciones Unidas, agencias y organismos de la Organización de Estados Americanos, universidades y centros académicos. Las diferentes contribuciones fortalecen la misión del IIDH, reforzando el pluralismo de su acción educativa en valores democráticos y el respeto de los derechos humanos en las Américas.