

8

Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas Informe de Progreso

Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas

Junio, 1998
Washington, D.C.



División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 1998

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS - RESOLUCIÓN VI

El XL Consejo Directivo,

- habiendo examinado el informe sobre la salud de los pueblos indígenas (documento CD40/14);
- reconociendo el cúmulo de pruebas que no cesa de aumentar sobre las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los aproximadamente 43 millones de indígenas de la Región de las Américas, y
- considerando los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria a las personas en zonas rurales aisladas y en las zonas urbanas marginales de la mayoría de los países,

Resuelve:

- Tomar nota del informe sobre el progreso en la ejecución de la resolución CD37.R5, reafirmar el compromiso con las metas del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, y aprobar las actividades propuestas en el documento CD40/14.
- Exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial los pueblos indígenas.
- Señalar a los Estados Miembros que la renovación de la meta de salud para todos exige que se encuentren soluciones sostenibles para hacer frente a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que impiden brindar asistencia adecuada a los grupos vulnerables.
- Pedir al Director que continúe esforzándose por llevar a la práctica la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.

(Aprobada en la octava sesión plenaria, celebrada el 25 de septiembre de 1997).

ÍNDICE

Página

	Resumen ejecutivo.....	i
	Introducción.....	iii
1.	Resolución CD37.R5.....	1
2.	Progreso en la ejecución hasta 1996	3
3.	Lecciones aprendidas	9
4.	Planes futuros	11
5.	Resumen del debate mantenido por el Subcomité de Planificación y Programación en abril de 1997	15
6.	Referencias Bibliográficas	17
	Anexos	
	A. Información científica, técnica y pública	19
	B. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas: Plan de Acción, 1997-1998	21
	C. Agenda de la Cumbre en Santiago.....	27

RESUMEN EJECUTIVO

No se pueden obtener de manera uniforme datos epidemiológicos fidedignos sobre el estado de salud y enfermedad de los 43 millones o más de indígenas que viven en la Región de las Américas. Aún así, información anecdótica procedente de varios estudios apoya la necesidad de redoblar los esfuerzos para resolver las graves y ubicuas inequidades que existen en la situación sanitaria y la cobertura de los servicios de salud.

En 1992, el Subcomité de Planificación y Programación propuso que se considerara más detenidamente la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de las Américas. Después de una reunión de consulta celebrada en Winnipeg (Canadá), en la que participaron representantes de pueblos indígenas, gobiernos y otros interesados de 18 países, las recomendaciones se agruparon en una propuesta XIa Iniciativa de Salud de los Pueblos IndígenasX que posteriormente se presentó a los Cuerpos Directivos de la Organización y fue aprobada por el XXXVII Consejo Directivo (1993).

Las recomendaciones de la reunión de Winnipeg y la Resolución CD37.R5 establecen cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas, los cuales orientan la labor, facilitan criterios para la vigilancia y sientan las bases para la evaluación al final del Decenio, en 2004. Los criterios son: la necesidad de un abordaje integral de la salud; el derecho de los pueblos indígenas a la autodeterminación; el derecho a la participación sistemática; el respeto por las culturas indígenas y su revitalización; y la reciprocidad en las relaciones.

La Resolución CD37.R5 aporta el marco de referencia para las actividades de la OPS y sus Estados Miembros, en colaboración con los propios pueblos indígenas, encaminadas a hallar soluciones realistas y sostenibles a los graves problemas de mala salud y condiciones de vida deficientes que afrontan muchos de estos pueblos en toda la Región.

A la fecha, el trabajo se ha concentrado en cinco áreas: fortalecimiento de la capacidad y desarrollo de alianzas; colaboración con los Estados Miembros para poner en marcha los procesos y proyectos nacionales y locales; proyectos en áreas programáticas prioritarias; e información científica, técnica y pública.

Son varias las enseñanzas importantes que se han aprendido al poner en práctica la resolución y la iniciativa mencionadas, y de ellas se derivarán los criterios para reorientar el trabajo futuro. La movilización de recursos ha exigido más tiempo del que se previó al formular el Plan de Acción en 1995. Sigue siendo un problema seguir de cerca las actividades interprogramáticas, sobre todo cuando un proyecto más general incluye un componente o actividades relativas a la salud de los pueblos indígenas. Son pocos los países que sistemáticamente reúnen y analizan estadísticas vitales o de los servicios desglosadas por grupo étnico; por lo tanto, ha sido difícil obtener datos fiables de punto de partida para los países y evaluar adecuadamente las condiciones sanitarias y de vida de los pueblos indígenas de la Región. No se han logrado adelantos suficientes en cuanto a la participación de los indígenas como individuos ni de sus organizaciones.

Sobre la base de la experiencia adquirida en el período 1993-1996, especialmente al cabo de dos años de venir aplicando el Plan de Acción 1995-1998, se proponen para 1997-1998 cuatro áreas de trabajo:

1. planificación estratégica y gestión;
2. programas prioritarios;
3. organización y prestación de servicios de salud en comunidades multiculturales;
4. producción y difusión de información científica, técnica y pública.

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas representa una oportunidad para demostrar nuestro empeño en la búsqueda de la equidad y el valor que le asignamos a la diversidad. También es una prueba de nuestro compromiso con el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. Por otra parte, alienta a los países a poner al descubierto y vigilar las inequidades determinadas por la pertenencia a un grupo étnico, así como a implantar programas e iniciar procesos conducentes a mejorar la situación sanitaria y el acceso a los servicios de salud de los pueblos mencionados.

En su 120^a sesión, celebrada en junio de 1997, el Comité Ejecutivo estudió el documento CE120.17 y expresó su preocupación por las inequidades en la situación de salud de los pueblos indígenas de la Región de las Américas y reafirmó el compromiso con la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas creada mediante la Resolución CD37.R5 en 1993. En consideración de los obstáculos económicos, geográficos y culturales a la prestación eficaz y eficiente de los servicios de salud, el Comité Ejecutivo recomendó que el Consejo Directivo considere la conveniencia de aprobar una Resolución (CE120.R10, anexa), que aborde las inequidades así como los obstáculos a la atención, y que reafirme el compromiso de la Organización con el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo.

INTRODUCCIÓN

No existen fuentes homogéneas de datos epidemiológicos fiables sobre la salud y las enfermedades de los 43 millones o más de personas que integran los pueblos indígenas de la Región de las Américas. No obstante, la información anecdótica y una variedad de estudios apoyan la necesidad de renovar esfuerzos para abordar las graves desigualdades generalizadas que existen en sus condiciones de salud y en la cobertura de servicios sanitarios:

- La mortalidad de los lactantes indígenas es 3,5 veces más alta en Panamá (Amaris et al., 1992).
- Veinte por ciento de los lactantes indígenas en Bolivia mueren antes de cumplir 1 año y 14% de los sobrevivientes mueren antes de alcanzar la edad escolar (Asongs, 1986 in Cenda, 1993).
- La mortalidad infantil nacional en Chile fue de 17,1 por 1.000 nacidos vivos, comparada con 20,6 en las comunidades indígenas (UFRO, 1988).
- La mortalidad por diabetes fue 166% más elevada en los indígenas estadounidenses (Servicio de Salud Indígena de los Estados Unidos, 1996).
- La mortalidad infantil en el Perú fue de 169 por 1.000 nacidos vivos, en comparación con 269 para las poblaciones indígenas (Masferrer, 1983).
- La tasa estandarizada por edad de muertes por accidentes y violencia correspondiente a la población indígena es de 81 por 100.000 habitantes, comparada con 46 por 100.000 para la población canadiense (Ministro de Salud y Bienestar Social, 1992).
- En Belice los niños mayas en edad escolar, mostraron un retardo del crecimiento mayor que el que presentan los niños de los otros grupos étnicos (Gobierno de Belice et al., 1996).
- En Honduras, la esperanza de vida de los hombres y mujeres indígenas es de 36 y 43 años respectivamente, mientras que en la población general (Rivas, 1993), es 65 para los hombres y 70 para las mujeres.
- En México, la mortalidad entre los niños indígenas en edad preescolar es de 12,8%, frente a 4,8% a nivel nacional (Instituto Nacional Indigenista, 1993).
- La tasa de mortalidad materna en la población indígena de Guatemala es 83% más alta que la tasa nacional (Velázquez, 1994).

Los países de la Región están buscando nuevos modelos para prestar servicios, a fin de atender las necesidades de estos grupos vulnerables, así como soluciones innovadoras a los

problemas de salud. Los problemas reflejados en esta situación general se intensifican por el hecho de que hay más de 400 pueblos indígenas diferentes en la Región, con una rica diversidad de idiomas, costumbres y creencias; esta heterogeneidad excluye el uso de criterios e intervenciones comunes. Sin embargo, una cosmovisión que recalca una concepción integral de la salud de las personas, y una atención focalizada en las normas comunitarias y sociales para proteger la diversidad biológica, han sostenido a estos pueblos durante siglos de opresión.

En 1992, el Subcomité de Planificación y Programación propuso una consideración más cuidadosa de la salud y el bienestar de los pueblos indígenas de las Américas. Por lo tanto, en 1993, cuando el mundo celebró el Año de los Pueblos Indígenas, la Organización Panamericana de la Salud emprendió una iniciativa conjunta con los pueblos indígenas para considerar cómo debía responder la OPS. Tras la celebración de un taller de consulta celebrado en Winnipeg, Canadá, con la participación de los gobiernos, los pueblos indígenas y otros representantes de 18 países, sus recomendaciones se incorporaron a una propuesta, la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, que posteriormente se presentó a los Cuerpos Directivos de la Organización y fue aprobada en el XXXVII Consejo Directivo (1993).

En el ámbito internacional, en 1996, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Resolución WHA49.26 para la Implementación del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, y el Grupo de Trabajo de las Naciones Unidas sobre Pueblos Indígenas, en su 14.^a reunión, incluyó la salud como tema del programa. En ambos casos, se reconoció que el trabajo en marcha en la Región de las Américas ha logrado aumentar la conciencia acerca de las inequidades en la situación de salud y el acceso a la atención sanitaria.

1. RESOLUCIÓN CD37.R5

Las recomendaciones de Winnipeg y la Resolución CD37.R5 establecen cinco principios para el quehacer con las comunidades indígenas; estos principios guían el trabajo, proporcionan criterios para el seguimiento y sientan las bases para la evaluación al terminar el Decenio, en el 2004. Dichos principios son: la necesidad de un enfoque integral de la salud; el derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas; el derecho a la participación sistemática; el respeto y la revitalización de las culturas indígenas; y la reciprocidad en las relaciones.

La Resolución CD37.R5 enmarca las actividades de la OPS y sus Estados Miembros, en colaboración con los propios pueblos indígenas, para encontrar soluciones realistas y sostenibles a los graves problemas de la salud y las deficientes condiciones de vida inferiores a los promedios nacionales, que son la realidad de muchos pueblos indígenas en toda la Región. Es así como los Estados Miembros convinieron en establecer comisiones técnicas con representación indígena, fortalecer la capacidad de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de los pueblos indígenas, y poner en práctica medidas intersectoriales en los campos de la salud y el medio ambiente en colaboración con organizaciones indígenas. En materia de sistemas y servicios de salud, los Estados propusieron desarrollar modelos alternativos de atención, incluida la medicina tradicional, y elaborar programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para atender problemas de carácter prioritario.

La OPS, dentro de los límites de los recursos disponibles, recibió el mandato de promover la participación de las personas indígenas y sus comunidades, a fin de movilizar recursos adicionales para la ejecución y evaluación de la Iniciativa y para coordinar el esfuerzo regional. La promoción de la investigación colaborativa sobre temas de salud prioritarios y la ampliación de la evaluación de las condiciones de vida y la situación de la salud también se identificaron como áreas clave para consolidar esfuerzos.

En 1994, los participantes de los talleres subregionales celebrados en Santa Cruz, Bolivia, y Quetzaltenango, Guatemala, ratificaron los principios acordados en Winnipeg y los objetivos de la Resolución CD37.R5. En 1995, se elaboró un Plan de Acción con el fin de lograr que la voluntad política expresada por los Estados Miembros en la Resolución CD37.R5 se traduzca en acciones concretas y sostenibles.

La meta de la Resolución CD37.R5 es apoyar a los pueblos indígenas, a los gobiernos y a las demás instituciones comprometidos con el mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida de los pueblos indígenas de las Américas en esfuerzos sistemáticos y sostenibles, que respondan a los principios del Taller de Salud de los Pueblos Indígenas (Winnipeg, 1993), promoviendo así, procesos que conduzcan al mejoramiento de la salud y de las condiciones de vida de todos los pueblos de la Región.

El propósito es contribuir de manera eficaz y eficiente a los esfuerzos de los países y pueblos de la Región para la materialización del mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas, por medio de la identificación, movilización e integración de recursos apropiados.

Dichos recursos se utilizarán para activar, promover, apoyar y desarrollar procesos concertados y recíprocos en el espíritu de la Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas.

2. PROGRESO EN LA EJECUCIÓN HASTA 1996

El trabajo hasta la fecha se ha concentrado en las cinco áreas siguientes: fortalecimiento de la capacidad operativa y desarrollo de alianzas; colaboración con los Estados Miembros para poner en marcha procesos y en práctica proyectos nacionales y locales; proyectos en programas prioritarios; fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales, e información científica, técnica y pública.

La primera área de trabajo, fortalecimiento de la capacidad operativa y desarrollo de alianzas, fue la de mayor interés antes de la elaboración del Plan de Acción en 1995, y continúa siendo importante en la medida en que los cambios que se necesiten hacer en el Plan, sean identificados a partir de las lecciones aprendidas en los tres primeros años. Los talleres subregionales proporcionaron la capacitación, y las actividades de promoción sirvieron para identificar a las personas claves en las representaciones de la OPS, los ministerios de salud y las organizaciones indígenas que se encargarían de la ejecución de la Resolución CD37.R5. Se han integrado alianzas con organismos internacionales, organizaciones e institutos técnicos. El cuadro 1 es una sinopsis de los resultados más importantes de este trabajo.

Cuadro 1. Fortalecimiento de la capacidad operativa y desarrollo de alianzas

Fortalecimiento de la capacidad operativa

Los talleres subregionales celebrados en 1994 suministraron información acerca de la Iniciativa y reunieron al personal de la OPS, las contrapartes nacionales y los líderes indígenas para empezar la ejecución. A diciembre de 1996, 23 programas regionales, 24 oficinas de país y 17 Estados Miembros habían designado a una persona encargada de la Iniciativa. En 1995, un grupo de trabajo preparó el Plan de Acción 1995-1998 y los miembros del personal de la OPS elaboraron un plan de trabajo para 1995-1996, en el que se identificó la cooperación técnica que proporcionaría la OPS.

Alianzas con organizaciones internacionales indígenas

La OPS otorgó una subvención al Instituto Internacional Indigenista para que preparara un documento sobre los pueblos indígenas en las Américas. Actualmente se sabe más acerca de los 400 pueblos indígenas en la Región. En 1995, la OPS suscribió un convenio de dos años con el Parlamento Indígena de América, el cual sentó las bases para una área de trabajo en la formulación de políticas nacionales y la promoción de la salud indígena. A fines de 1996, el Parlamento Indígena se había asociado a otros tres Parlamentos Regionales (Andino, Latinoamericano y Amazónico) para colaborar en temas comunes para la salud indígena y la reglamentación de la medicina tradicional, incluyendo políticas y designación de presupuestos nacionales.

Alianzas con bancos y con otros organismos de las Naciones Unidas

La OPS mantiene estrechas relaciones de trabajo con las personas responsables del trabajo sobre los derechos de los pueblos indígenas. Continúan las negociaciones para financiar los proyectos que se están preparando en la oficina central de la OPS o en los países. Los representantes de los organismos de las Naciones Unidas se reúnen anualmente con el grupo de trabajo sobre pueblos indígenas de la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. Una área común de trabajo de la mayoría de los organismos es el saber autóctono. Han tenido lugar varias actividades conjuntas.

Alianzas con instituciones en los países

La OPS sigue manteniendo estrechas relaciones de trabajo con la Sociedad Canadiense para la Salud Internacional en los campos de promoción y recaudación de fondos. El Servicio de Salud de los Pueblos Indígenas de los Estados Unidos, a través del Departamento de Salud y Servicios Sociales, está aportando sus conocimientos técnicos especializados para la evaluación de la salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas y los servicios básicos en las zonas rurales escasamente pobladas. La Oficina de Medicina Alternativa de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos está brindando apoyo para preparar un inventario de medicina tradicional.

La segunda área de trabajo, fundamentalmente apoya las actividades de los países para ejecutar la Resolución, lo cual permitirá formular planes, políticas y procesos nacionales y locales en beneficio de los pueblos indígenas de cada país. El cuadro 2 muestra el total de la población indígena estimada en determinados países, y como porcentaje de la población nacional.

Cuadro 2. Población indígena estimada en las Américas, en total y como % de la población nacional de determinados países y territorios

Población indígena total			
%	< 100.000	100.00 a 500.000	> 500.000
Más del 40%			Bolivia Ecuador Guatemala Perú
5-40%	Belice Guyana Suriname	El Salvador Nicaragua Panamá	Chile Honduras México
Menos del 5%	Costa Rica Guyana Francesa Jamaica Puerto Rico	Argentina Brasil Canadá Paraguay	Colombia Estados Unidos de América Venezuela

Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo, Proyecto Preliminar para la Creación del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, Washington, D.C., 1991. Instituto Indigenista Interamericano, Banco de Datos, México, 1992.

Para esta área de trabajo, se está prestando apoyo a los países de la Región mediante fases:

Fase 1: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Honduras, Nicaragua, Panamá

Fase 2: Guatemala, México, Perú, Venezuela

Fase 3: Argentina, Belice, Brasil, El Salvador, Guyana, Paraguay, Suriname

Fase 4: El resto de los países.

Todos los países están incluidos en las actividades subregionales y regionales. Desde el comienzo, la participación de los representantes indígenas, especialmente de las mujeres, fue una inquietud primordial. Este trabajo en los países se ha facilitado gracias a la participación activa de las representaciones de la OPS y de las contrapartes nacionales de los ministerios de salud, cuando fueron designadas, así como de los representantes de los pueblos indígenas. Dieciocho países respondieron a la solicitud de un informe de progreso; ocho de los informes fueron preparados por los representantes de los ministerios de salud y los otros 10 por miembros del personal de la representación de la OPS, cuando no hubo una respuesta oficial del ministerio. Un resumen del trabajo que se está haciendo o del que se planea hacer, tomando como base estos informes de progreso, será publicado y distribuido.

La tercera área de trabajo se dirige a la concepción y movilización de los recursos para los proyectos enfocados a los problemas de salud prioritarios y a las poblaciones vulnerables. Considerando las recomendaciones de las comunidades indígenas resultado del proceso consultivo en curso, la Iniciativa ha promovido proyectos y actividades en algunas áreas de los programas. Actualmente hay 18 programas regionales que tienen propuestas, actividades de cooperación

técnica concretas, documentos conceptuales y proyectos extrapresupuestarios en diversas etapas de ejecución. La mayor parte del avance se ha logrado en las áreas de abastecimiento de agua y saneamiento básico, mujeres indígenas, cólera, enfermedades prevenibles por vacunación y las ONGs dedicadas al desarrollo en salud.

Una cuarta área de trabajo ha sido desarrollar y fortalecer los sistemas de salud tradicionales. Parte del desafío en esta área es encontrar una mejor articulación entre los sistemas de salud indígena con sus múltiples agentes de salud y prácticas, y el sistema oficial de los gobiernos. Es probable que una gran parte de los 43 millones de personas indígenas en la Región no tengan en realidad acceso a la atención primaria básica de salud que se ofrece a través de los programas patrocinados por los gobiernos. Donde hay acceso físico, a menudo existen barreras financieras, geográficas o culturales para el uso de los servicios. Estas comunidades dependen de los terapeutas tradicionales y líderes espirituales para promover la salud y prevenir y tratar las enfermedades comunes; ellos suelen ser muchas veces el único recurso disponible constante. Han habido varios proyectos interpaíses en los que los terapeutas tradicionales han aprendido unos de otros. Algunos países han establecido ONGs de terapeutas tradicionales para atender las necesidades de mejorar la calidad de los servicios y lograr reconocimiento nacional. La legislación es una área de inquietud creciente a medida que los terapeutas tradicionales tienen más dificultad para practicar o seguir teniendo acceso a los productos que usan para curar. En algunos casos el objetivo es restaurar el conocimiento que se ha perdido debido a una devaluación del empleo de las prácticas tradicionales del pasado y a la falta de interés de los indígenas jóvenes en formarse como terapeutas tradicionales. Un aspecto importante es la educación básica y permanente de los trabajadores de salud que proporcionan atención en las comunidades pluriculturales.

La quinta y última área de trabajo está dirigida a identificar y crear mecanismos eficaces para coordinar, promover, difundir e intercambiar información científica y técnica. El anexo A proporciona una lista de documentos y publicaciones preparadas o en preparación hasta fines de 1996. En la Región está difundiéndose un folleto acerca de la Iniciativa, así como un video en inglés y español. En 1995, se reunió un grupo de trabajo sobre investigación para iniciar un proceso en la asignación de prioridades y formular proyectos de investigación colaborativa que aborden problemas prioritarios. Tres investigadores indígenas intercambiaron experiencias y puntos de vista y forman parte de una red creciente de científicos que proporcionarán orientación para tratar las numerosas cuestiones éticas inherentes a la realización de investigaciones, en particular en las comunidades indígenas. Esta área de trabajo corresponde a las dos últimas responsabilidades asignadas a la OPS en la Resolución CD37.R5: superar la falta de información y promover la investigación colaborativa.

Desde el principio, la OPS ha insistido en una estrategia intersectorial y en la necesidad de encontrar socios que colaboren con ella para llevar a cabo el Plan de Acción, o que tengan planes complementarios. En mayo de 1996, el Director de la OPS firmó un convenio con el Parlamento Indígena de América conforme al cual la OPS colaborará con otros parlamentos internacionales para elaborar y ejecutar un plan para proporcionar apoyo a los países en la formulación de una agenda sobre políticas de salud nacionales, para la legislación en el área de

los terapeutas tradicionales y las plantas medicinales, y para que sus legisladores trabajen en otros campos en pro de la salud indígena.

3. LECCIONES APRENDIDAS

De la ejecución de la Resolución CD37.R5 y de la Iniciativa, se han aprendido varias lecciones importantes que proporcionarán criterios para reorientar el trabajo futuro.

El cuadro 3 es un resumen de los gastos estimados y de algunas proyecciones del financiamiento hasta 1998.

Cuadro 3. Gastos estimados y proyecciones hasta 1998 (cifras en US\$)

Año	Director	HSP-HSO	Región	Extrapresupuestarios
1993	60.000	100.000	5.000	Véase 1995
1994	110.000	100.000	55.000	46.000
1995	48.000	100.000	80.000	226.000
1996	17.000	120.000	71.000	255.000
1997		90.000	75.000	1.087.000
1998	50.000	90.000	100.000	2.000.000

La movilización de recursos ha tomado más tiempo del que se previó cuando se preparó el Plan de Acción en 1995. El seguimiento de las actividades interprogramáticas sigue constituyendo un desafío, especialmente cuando un proyecto más general incluye un componente o actividades relacionados con la salud indígena. Prosiguen las negociaciones con donantes, así como los intentos para encontrar mejores medios de seguimiento interprogramático. Además, en el futuro, la OPS se concentrará en actividades que se puedan llevar a cabo con recursos adicionales limitados, animando a que los programas y países asignen partidas de sus presupuestos ordinarios, e identificando donantes menos tradicionales.

Varios países han adoptado la postura de que no tienen pueblos indígenas, o que todos sus ciudadanos tienen acceso a los servicios de salud; argumentan que no hay necesidad de dirigir su atención a un grupo étnico específico. Pocos países recopilan y analizan habitualmente las estadísticas vitales o de servicios por grupo étnico, por lo que ha sido difícil obtener buenos datos de referencia de los países y evaluar adecuadamente la situación de la salud y las condiciones de vida de los pueblos de la Región. Las medidas futuras se encauzarán hacia la promoción de la desagregación de los datos básicos por etnia, con el objeto de poder detectar y vigilar las desigualdades en el estado de salud y el acceso a los servicios sanitarios. Cuando no se pueda lograr este objetivo a corto plazo, habrá que encontrar indicadores substitutivos, por ejemplo, datos básicos para los municipios con 50% o más de población indígena, en comparación con las cifras nacionales para el mismo indicador.

No se ha avanzado lo suficiente con respecto a la participación sistemática de las personas indígenas y sus organizaciones. Muy pocos países han establecido comisiones gubernamentales técnicas con representantes indígenas, aunque algunos han constituido grupos de estudio o comisiones interprogramáticas internas en los ministerios de salud. Los institutos nacionales

indigenistas no siempre cuentan con una participación indígena visible, o cuando están controlados por grupos indígenas, no asignan a la salud una gran prioridad.

4. PLANES FUTUROS

A partir de la experiencia adquirida durante 1993-1996, y en particular, después de dos años de ejecución del Plan de Acción 1995-1998, se proponen cuatro áreas de trabajo principales para 1997-1998:

1. planificación estratégica y gerencia
2. programas prioritarios
3. organización y provisión de servicios de salud en comunidades multiculturales
4. producción y difusión de información científica, técnica y pública.

La planificación estratégica y la gerencia siguen siendo un elemento crítico de la Iniciativa para ser consistentes con los principios presentes en la Resolución CD37.R5. Durante 1997-1998 el trabajo en la Región se dirigirá a promover la Iniciativa en los países de las fases 3 y 4. En virtud de las distintas reacciones de los países a este esfuerzo de promoción, ha sido necesario adaptar estrategias que reflejen la realidad de los países. Por ejemplo, pocos países han reaccionado a esta promoción nombrando a contrapartes nacionales en los ministerios de salud, sosteniendo debates internos para elaborar planes de trabajo y celebrando reuniones de consulta con líderes indígenas y sus organizaciones. Los informes de progreso presentados por los países hasta 1996 reflejan una variedad de esfuerzos. Sin embargo, pocos países han recabado información de referencia sobre la salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas, o han establecido comisiones técnicas con representación indígena, o han asignado recursos de la OPS o de otras fuentes para respaldar las actividades dirigidas específicamente a mejorar la salud y el bienestar de los pueblos indígenas.

Considerando la variedad de las respuestas, la evolución esperada o las etapas previstas para la ejecución futura de la Iniciativa en los países serán: promoción, iniciación, consolidación, evaluación.

Los informes de progreso y la información de referencia mínima sobre los pueblos indígenas, su salud y bienestar, serán los criterios que activarán la segunda etapa, la misma que corresponde a la *iniciación* de un proceso para formular respuestas al análisis de la situación. Los criterios para pasar a la siguiente etapa de *consolidación* son el establecimiento de una comisión técnica, u otra unidad en el gobierno con representación indígena, y la asignación de fondos del país o de otras fuentes al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas. Los indicadores de la última etapa de *evaluación* serán la inclusión en los planes nacionales de salud de un componente indígena de salud o de grupos étnicos específicos con condiciones de salud deficitarias o acceso deficiente a los servicios de salud, o bien la creación de una unidad permanente en el ministerio de salud encargada de la salud indígena con una mayoría de personal indígena.

El proyecto, *Hacia la salud de los pueblos indígenas: procesos y proyectos*, se ha presentado al Banco Interamericano de Desarrollo y a otros donantes para movilizar recursos complementarios para los países a fin de apoyar las primeras actividades durante la fase de iniciación. Este proyecto requiere que se nombre una comisión técnica y se asignen fondos del

país. También incluye apoyo a la capacitación de los líderes indígenas y a las redes subregionales dirigidas por representantes indígenas.

Finalmente, una encuesta sobre políticas nacionales de salud planificada en 1997 proporcionará información adicional acerca de la evolución actual de los países en el tema y permitirá compararlos.

La segunda área del trabajo es *programas prioritarios* en salud indígena. La OPS seguirá con los programas prioritarios establecidos, consolidará las actividades y encontrará nuevos campos a medida que otros programas regionales respondan a los trabajos de promoción e identifiquen el interés de los países en emprender proyectos y actividades concretas con las comunidades indígenas. Una tarea importante será crear un banco de datos de recursos humanos, identificando expertos indígenas para cada programa prioritario. Cuando hagan falta conocimientos especializados, se promoverá la capacitación de profesionales indígenas. Los países podrían reservar becas de la OPS para formar profesionales indígenas en los campos de gran prioridad; esto sería compatible con la Resolución CD37.R5, que insta a los países a fortalecer la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas. Por último, se impulsarán los proyectos de investigación colaborativa congruentes con las prioridades establecidas y se movilizarán recursos. Esta estrategia ha dado frutos modestos, como lo demuestra el hecho de que en varios países se ha incluido un componente o proyecto de salud indígena en un proyecto más general. En el cuadro 4 se resumen los programas prioritarios actuales y propuestos afines a las orientaciones estratégicas y programáticas de la OPS para 1995-1998.

Cuadro 4. Programas prioritarios planificados para 1997-1998 de acuerdo con las orientaciones estratégicas y programáticas

<p><i>Salud y desarrollo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Situación de salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas - La mujer indígena, la salud y el desarrollo - Políticas nacionales y legislación sobre la salud de los pueblos indígenas - Investigación colaborativa/salud de los pueblos indígenas <p><i>Desarrollo de sistemas y servicios de salud</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Rehabilitación basada en la comunidad/modelos indígenas - Sistemas de salud tradicionales/modelos indígenas - Planificación estratégica y gerencia/proyectos de salud de los pueblos indígenas - Plantas medicinales en la salud y el desarrollo indígenas - Recursos humanos/fortalecimiento de la capacidad operacional en las comunidades indígenas - Hacia la salud de los pueblos indígenas de las Américas/procesos y proyectos <p><i>Promoción de la salud y prevención</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Salud mental y servicios psiquiátricos en las comunidades indígenas - Salud reproductiva/comunidades indígenas - Prevención del abuso de sustancias en las comunidades indígenas - Adolescentes indígenas - Proyectos de intervención nutricional en las comunidades indígenas <p><i>Medio ambiente</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Abastecimiento de agua y saneamiento básico/mejoramiento del acceso en las comunidades indígenas - Salud de los trabajadores inmigrantes <p><i>Control de enfermedades</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - SIDA y ETS - Enfermedades prevenibles por vacunación y enfermedades de la infancia - Enfermedades transmitidas por vectores - Tuberculosis - Enfermedades no transmisibles en las comunidades indígenas - Enfermedades diarreicas, incluido el cólera <p><i>Varios</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - ONGs para el desarrollo de la salud indígena - Movilización de recursos - Información pública/Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas - Información científica y técnica/acceso y producción - Desarrollo del personal de la OPS
--

En la etapa de organización y provisión de servicios de salud en las comunidades multiculturales, las actividades se focalizarán en la preparación de trabajadores de salud para que presten atención culturalmente adecuada en las comunidades multiculturales, así como en la preparación y ensayo sobre el terreno de pautas y materiales didácticos para apoyar este objetivo. También se formularán y difundirán normas para la reglamentación, legitimación o legalización de los terapeutas tradicionales en colaboración con el Parlamento Indígena y otros parlamentos

internacionales. Ya que muchos pueblos indígenas viven en zonas escasamente pobladas, se identificarán, sistematizarán, documentarán y difundirán estrategias innovadoras para proporcionar acceso a salud pública básica y servicios clínicos mediante la cooperación técnica entre los proyectos de los países.

Para *la producción y difusión de información científica, técnica y pública*, durante 1997 y 1998 se trabajará hacia el objetivo de suministrar información sobre la salud y las condiciones de vida de los pueblos indígenas en los países, las subregiones y la Región en su conjunto. La información disponible se usará en la preparación de la nueva edición de *Condiciones de Salud en las Américas*. Se brindará cooperación técnica a los países para que preparen y publiquen documentos sobre la salud de los pueblos indígenas en sus países. Los programas prioritarios producirán y difundirán los documentos que resulten de su trabajo a fin de incluir informes de grupos de trabajo, evaluaciones de proyectos y documentos programáticos básicos. La OPS está explorando actualmente las fuentes posibles de financiamiento y apoyo técnico a una serie de videos sobre la cultura y el desarrollo de la salud de los pueblos indígenas que destacarán las contribuciones importantes de las culturas indígenas a la salud, así como de la variedad de métodos innovadores que se están elaborando como parte de la Iniciativa.

En el anexo B se dan detalles de estas áreas principales de trabajo, algunos resultados previstos, indicadores, y la relación del área con la Resolución CD37.R5.

Las alianzas han cobrado una importancia creciente en la prestación de la cooperación técnica en la Región. Los organismos de las Naciones Unidas se han asociado a la OPS para la Iniciativa debido a la atención que merece el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo. Además, la Organización de los Estados Americanos promulgará la Declaración Interamericana sobre los Derechos Autóctonos que se refiere específicamente al derecho a la salud. Esta cooperación seguirá siendo un elemento importante de la Iniciativa a los niveles regionales y de país para movilizar recursos técnicos y financieros. También se solicitará la cooperación de fundaciones, universidades y otras instituciones competentes en el campo de la salud indígena. Continuarán los lazos de asociación establecidos en las primeras etapas.

Mucho se ha dicho y escrito acerca de la equidad como fundamento filosófico del trabajo de la OPS en el terreno de la salud pública. Sin embargo, mientras algunas comunidades tengan menos servicio, una mayor carga de morbilidad, y menos oportunidades que otras, no habrá equidad, y la meta de salud para todos no se materializará. Podemos XdebemosX ser una voz colectiva, que traiga estos temas a la vanguardia para su debate y solución. Con las comunidades indígenas, abogaremos por el cambio, persistiremos en nuestros esfuerzos, y llegado el fin del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, celebraremos nuestro éxito compartido.

5. RESUMEN DEL DEBATE MANTENIDO POR EL SUBCOMITÉ DE PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN ABRIL DE 1997

Los delegados de los países reafirmaron su compromiso reflejado en la Resolución CD37.R5 y con los principios enunciados en el taller de 1993. También formularon observaciones sobre el trabajo que se está haciendo en los países para dar cumplimiento al mandato y poner en práctica la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas. Se describieron proyectos especiales en comunidades indígenas, programas de formación de recursos humanos en comunidades multiculturales, y el empeño por ampliar la cobertura de servicios básicos a zonas aisladas donde es preciso superar barreras económicas, geográficas y culturales.

Habida cuenta de los limitados recursos económicos, se debe prestar especial atención a la necesidad de forjar alianzas y seguir adelante con esta estrategia.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaris A, Flores Carlos, Mojica Jesús. *Mortalidad Infantil en Panamá: Un análisis de sus tendencias derivadas del Censo 1990*. Panamá, 1992.
- Asongs, 1986, en Cenda: Centro de Comunicación y Desarrollo Andino. *Los jampiris de Ragaypampa*. Bolivia, 1993.
- UFRO. *Censo de reducciones indígenas seleccionadas. Análisis demográfico*. Chile, 1988.
- Indian Health Service. *1996 Trends in Indian Health*. Washington, 1996.
- Masferrer E. La situación social de los grupos indígenas de América Latina, En: Rodríguez J, Masferrer, Vargas Vega R. *Educación, etnias y descolonización en América Latina: Una guía para la educación bilingüe intercultural*. Vol. II. UNESCO. México, 1983.
- Minister of National Health, and Welfare, Minister of Supply and Services. *Aboriginal Health in Canada*. Minister of Supply and Services Canada. Canadá, 1992.
- The Government of Belize, Ministry of Education, Pan American Health Organization, Institute of Nutrition of Central American and Panama, United Nations Children's Fund, United Nations Development Programme. *Closing the gap: National Height Census of School Children in Belize*, 1996. Ministry of Education. Belice, 1996.
- Rivas R. *Pueblos indígenas y garifunas*. Honduras, 1993.
- Secretaría de Salud, Instituto Nacional Indigenista. *La salud de los pueblos indígenas en México*. Secretaría de Salud, Instituto Nacional Indigenista. México, 1993.
- Velázquez L. *Mujer maya y salud*. Guatemala, 1994.

ANEXO A: INFORMACIÓN CIENTÍFICA, TÉCNICA Y PÚBLICA

1. Documento Básico: La Salud de los Pueblos Indígenas (inglés, español), HSP/HSO
2. Actas del Taller Hemisférico (inglés, español, francés), HSP/HSO
3. Salud de los Pueblos Indígenas (inglés, español), HSP/HSO, HSP/D #1
4. Video: Salud de los Pueblos Indígenas (inglés, español), HSP/HSO
5. Condiciones de Salud en las Américas, 1994, Referencias seleccionadas (inglés, español), HSP/HSO
6. Grupos Étnicos en las Américas (español), HSP/HSO
7. Informe Ejecutivo - Taller Subregional Mesoamericano Pueblos Indígenas y Salud (español), HSP/HSO - HSP/D #3, #4
8. Actas del Taller de Guatemala Sobre la Ejecución de la Iniciativa (español), HSP/HSO
9. Realización de los Talleres para Ejecutar la Iniciativa; Guías (español), HSP/HSO
10. Informe del Grupo de Trabajo: Investigación con Pueblos Indígenas (español), HSP/D #2
11. Folleto: Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas (español/inglés), HSP/HSO
12. Grupo de Trabajo sobre Medicina Tradicional (español), HSP/HSO
13. Fortalecimiento y Desarrollo de los Sistemas de Salud Tradicionales: Organización y Provisión de Servicios de Salud en Poblaciones Multiculturales (español), HSP/D #6
14. Incorporación de la Perspectiva de Género en el Trabajo con Pueblos Indígenas (inglés, español), HSP/HSO HSP/D #5
15. Informe del proyecto de CTP Bolivia-México sobre Terapeutas Tradicionales (español), HSP/HSO
16. Recuperación de la Medicina Indígena, (español) DEC
17. Condiciones de Salud de la Población Campesino-Indígena de la Sierra, (español) DEC
18. Sistematización del Proyecto Pluricultural de Salud de Calderón, (español) DEC
19. Indios, Derecho Consuetudinario y Salud, DEC
20. Informe del seminario sobre la Iniciativa de Colaboración ONG-Gobierno Fomentada por la OPS, (español) DEC
21. Salud y Enfermedad en la Comunidad Maya K'iche' (Municipio de Totonicapan, Guatemala), (español), DEC
22. Sistematización del Programa de Intervención de Salud en el Alto Napo, (español) DEC
23. Enseñanzas Aprendidas al Trabajar con Mujeres Indígenas en Cuestiones de Salud: La Experiencia de Guatemala MSD17/8 (español/inglés), HDP/HDW
24. Plan de Acción de la OPS/OMS para el Impulso de la Iniciativa en la Región de las Américas 1995-1998, (español/inglés), HSP/HSO
25. Plantas Medicinales para las 10 Enfermedades más Comunes en Guatemala. Manual del Instructor, DEC (español)
Plantas Medicinales para las 10 Enfermedades más Comunes en Guatemala. Manual del Promotor, DEC (español)
26. Manual Fitoterapéutico para el Uso del Centro de Salud Rural, DEC (español)
27. Salud Mental y Poblaciones Indígenas en América Latina, HSP/HSO (español).
Disponibile en dic. 1997

- 28. Primer Encuentro de Salud y Pueblos Indígenas, OPS/CHI (español).
- 29. Salud de los Pueblos Indígenas 1997 Español/Inglés/Portugués/Francés

Para ordenar ejemplares de las publicaciones, favor enviar nombre y dirección a: Organización Panamericana de la Salud - 525 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037. Tel. (202) 974-3214 Fax (202) 974-3641.

**ANEXO B: INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS:
PLAN DE ACCION, 1997-1998**

**ANEXO B: INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS:
PLAN DE ACCION, 1997-1998**

Principales Componentes

<p>1. Planificación Estratégica y Gerencia <i>Perfil:</i> 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 a poblaciones indígenas específicas (Resolución CD37.R5, 2.a). Fortalecimiento de la capacidad operativa y el desarrollo de alianzas que aprovechen al máximo los recursos financieros y técnicos presentes en la Región pues constituyen el eje fundamental para la implementación de la Resolución CD37.R5 (2c, 3a, 3b).</p>	<p style="text-align: right;"><i>Resolución CD37.R5 (*) (+)</i></p> <p style="text-align: right;">Gobiernos Miembros OPS</p> <p style="text-align: right;">2a, 2b, 2c, 2d3a, 3b, 3c, 3d, 3e</p>
<p>Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Impulso de la Iniciativa en los países de la III y IV fases (ARG, BLZ, BRA, ELS, GUY, PAR, SUR y los demás países) - Consolidación de alianzas de cooperación técnica y financiera con instancias y organismos nacionales e internacionales - Establecimiento de comisiones técnicas - Implementación del proyecto: "Hacia la Salud de los Pueblos Indígenas: Procesos y Proyectos" a nivel nacional y subregional - Entrenamiento de líderes, personal y profesionales indígenas y puntos focales - Con fondos de país, establecimiento de cuatro becas anuales para personas indígenas - Encuesta sobre políticas nacionales de salud indígena 	
<p>2. Programas Prioritarios <i>Perfil:</i> Fortalecimiento de 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 (Resolución CD37.R5, 2b). Promoción del 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 los países (Resolución CD37.R5, 2e)</p>	<p style="text-align: right;"><i>Resolución CD37.R5</i></p> <p style="text-align: right;">Gobiernos Miembros OPS</p> <p style="text-align: right;">2c, 2e3d, 3e</p>
<p>Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidación de los esfuerzos interprogramáticos en la Oficina Regional y Representaciones - Ampliación y desarrollo de actividades y proyectos interprogramáticos con comunidades indígenas - Formación de cuadros de expertos e instituciones indígenas de apoyo técnico - Establecimiento de mecanismos de coordinación y cooperación técnica de la Organización con centros académicos que cuenten con profesionales indígenas y/o el aval de organizaciones indígenas - Ampliación del capítulo sobre pueblos indígenas en la pub. científica "Condiciones de Salud en las Américas Vol. 1 en colaboración con los diferentes Programas Regionales 	

- * Los números y letras de la columna de la derecha se refieren a los mandatos para los Países Miembros y para OPS presentes en la resolución CD37.R5 (Anexo)
- + La promoción de 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 (resolución CD37.R5, 3e) es un aspecto importante en cada uno de los componentes del presente Plan de Acción.

Principales Componentes	
<p>3. Organización y Provisión de Servicios de Salud en poblaciones pluriculturales <i>Perfil:</i> En el marco de la reforma del sector salud, promover la transformación de los sistemas de salud y apoyar el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo la medicina tradicional(^) y la investigación sobre su calidad y seguridad (Resolución CD37.R5, 2d). Identificación de estrategias que dentro de un marco legal, conceptual y operativo permitan el establecimiento y desarrollo de modelos alternativos de atención a poblaciones multiculturales que tomen en cuenta los recursos y las potencialidades del conocimiento ancestral (Resolución CD37.R5, Considerandos).</p>	<p><i>Resolución CD37.R5</i> Gobiernos Miembros OPS 2a, 2b, 2c, 2d 3a, 3d, 3e</p>
<p>Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desarrollo de programas y materiales de capacitación y formación en la atención de salud a poblaciones multiculturales - Desarrollo de proyectos de cooperación técnica multipaís con comunidades indígenas y sistematización y análisis de experiencias en la provisión de servicios de salud en comunidades indígenas, en el marco de la reforma de sector salud - Identificación de pautas para el análisis y desarrollo de legislación y normas en el ejercicio y prácticas de la medicina tradicional - Desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas - Formación de cuadro de asesores indígenas en gestión y gerencia de modelos alternativos y/o complementarios para la provisión de servicios de salud 	
<p>4. Sistemas de Información e Información Pública <i>Perfil:</i> Coordinación del 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 (Resolución CD37.R5, 3c). Ampliación de 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 (Resolución CD37.R5, 3d)</p>	<p><i>Resolución CD37.R5</i> Gobiernos Miembros OPS 2b, 2c3c, 3d, 3e</p>
<p>Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificación y desarrollo de mecanismos para la producción y difusión de información pública, científica y técnica sobre los pueblos indígenas de la Región - Producción de material audiovisual - Identificación de estrategias en la producción, recuperación y difusión de información con comunidades indígenas - Impulso de un proceso de sensibilización que contribuya al fortalecimiento del orgullo nacional basado en las raíces indígenas. 	

Por ejemplo: plantas medicinales (uso, protección, comercialización), ejercicio y prácticas de la Medicina Tradicional, Terapeutas Tradicionales, Propiedad Intelectual

SEXTA REUNIÓN (MIÉRCOLES 24 DE SEPTIEMBRE DE 1997)

Se abre la sesión a las 2:35 p.m.

TEMA 5.3: SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

El Dr. WEINSTOK (Representante del Comité Ejecutivo) dice que, en la 120ª Reunión del Comité, la Dra. Sandra Land, del Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, informó sobre los progresos realizados en la ejecución de la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, emprendida en 1993 de conformidad con la resolución CD37.R5.

La Dra. Land señaló cuatro aspectos clave: 1) Detectar y vigilar las diferencias étnicas en la situación sanitaria y la prestación de servicios, dado el carácter multilateral de la mayoría de los países de la Región; 2) formar capacidad indígena y forjar alianzas estratégicas; 3) promover y seguir, de forma interprogramática, los esfuerzos de nivel nacional; y 4) valorar los sistemas de salud y los curanderos tradicionales, a la vez que los servicios de salud básicos más adecuados desde el punto de vista cultural.

Los Estados Miembros habían logrado avances en el fortalecimiento de la capacidad de las instituciones nacionales y locales encargadas de la salud indígena y en la ejecución de acciones intersectoriales en la esfera de la salud y el ambiente, en colaboración con las organizaciones indígenas. En el área de los sistemas y servicios de salud, se habían emprendido esfuerzos para desarrollar modelos alternativos de atención que incluyeran la medicina tradicional. La OPS había promovido la participación de los indígenas y sus comunidades, movilizandando recursos adicionales y coordinando un esfuerzo regional interprogramático.

Sobre la base de la experiencia adquirida en 1993-1996, se propusieron para 1997-1998 cuatro áreas de trabajo principales: planificación estratégica y gestión para apoyar el progreso continuo en la ejecución de la iniciativa; desarrollo y fortalecimiento de los programas prioritarios para la salud indígena; organización y prestación de servicios de salud en comunidades multiculturales; y producción y difusión de información científica, técnica y pública sobre salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas.

Cuando el Subcomité de Planificación y Programación abordó el tema en abril de 1997, subrayó que una de las dificultades principales para dar a las comunidades indígenas acceso a los servicios de salud era su aislamiento geográfico. Los grupos indígenas padecían además un aislamiento político, social y cultural, y era necesario mejorar su participación política y su capacidad de negociación y de liderazgo. El Subcomité consideró que las orientaciones y los planes para el trabajo futuro eran acertados, aunque quizá la lista de actividades de cooperación técnica propuestas resultara demasiado ambiciosa, dadas las limitaciones de personal y presupuesto.

El Comité Ejecutivo se hizo eco de esa preocupación en el mes de junio, e insistió en la

necesidad de concebir modelos de asistencia sanitaria adaptados a las necesidades y características culturales de las comunidades indígenas, así como en la de incluir a los propios pueblos indígenas en la elaboración de programas de salud y la prestación de servicios. El Comité alentó a la OPS a prestar cooperación técnica para perfeccionar el liderazgo y la aptitud de los líderes indígenas para defender los intereses de sus pueblos. También se consideró esencial la cooperación entre los países, especialmente porque el territorio de las comunidades indígenas rebasaba a veces los límites de un país.

El Comité señaló asimismo que la Región de las Américas había estado en la vanguardia de los esfuerzos realizados en la OMS para mejorar la salud indígena y que, aunque había que superar aún grandes retos, la Organización podía enorgullecerse de los progresos logrados. El Comité aprobó la resolución CE120.R10 sobre el tema.

Mr. COCHRANE (Canada) commended PAHO for its continued dedication and commitment to mobilizing energy and resources to improve the health of indigenous populations throughout the Americas. Canada shared the Organization's concerns regarding the inequities in health status of indigenous peoples. Many of Canada's indigenous people experienced the same health problems as other indigenous groups throughout world, including high infant mortality and high rates of communicable and respiratory disease. However, they also had a rising incidence of chronic diseases such as diabetes. Some progress had been made in narrowing the gap in health status between the country's indigenous and non-indigenous populations, but much remained to be done. With regard to the document before the Council (Document CD40/14) and the action plan and areas of work proposed for 1997-1998, his Delegation considered capacity-building within aboriginal communities—both in terms of human resource development and management—to be of utmost importance. Ultimately, governments were limited in what they could do to reduce the health status inequities of indigenous peoples. Their role was to create the conditions that would enable the aboriginal peoples themselves to make decisions and take action to address their own health concerns. Canada's strategy was therefore aimed at ensuring that First Nations and Inuit peoples had autonomy and control over their health programs and resources through community-based indigenous health programs.

A fundamental element in encouraging aboriginal control over health, health care, and well-being was recognition of the importance of traditional knowledge and medicine. Aboriginal people themselves must be trained as health care professionals, providers, and managers, because they were best able to integrate their culture, language, and practices into health care programs. Enhancement of community-based health care delivery would also help to alleviate the access problems associated with the geographic isolation of many indigenous communities.

Canada planned to establish an aboriginal health institute comprising a network of centers of innovation in aboriginal health. Although the network was still in the development stage, centers devoted to aboriginal training, diabetes, information management, and other topics were expected to be included. Another promising initiative in Canada was the development of an aboriginal health information system, aimed at improving information collection and management to ensure that decisions on indigenous health were evidence-based. The system was to be extended to virtually all indigenous communities and would eventually be integrated into the Canadian health *infrastructure*.

The Canadian government was committed to working in partnership with indigenous peoples to improve their health, and was supporting their efforts to take charge of their own institutions and assert their own identity and rights with regard to health and the environment, as outlined in the proposed resolution submitted to the Directing Council. Canada would welcome the opportunity to share its experience and to facilitate the sharing of experiences of its aboriginal communities. His Delegation encouraged all governments to work together in partnership with their own indigenous populations and other stakeholders to determine culturally appropriate solutions to the challenges of eliminating health inequities for the Region's indigenous peoples.

Hon. Doreen PAUL (Dominica) said that her Delegation wished to acknowledge PAHO's efforts to draw attention to the issue of indigenous health. In Dominica, the Carib indigenous group made up 3.5% of the total population. The country did not have a separate health service for Caribs, but its primary health care approach had enabled it to offer the same health care to the indigenous population as to other Dominicans. Within the Carib territory there were three health centers with resident nurse-midwives, assisted by community health aids. A district medical officer conducted outpatient clinics at the centers. Serious cases were referred to health care facilities outside the territory.

The Government of Dominica had encouraged international and nongovernmental organizations to deal directly with the indigenous people, which had facilitated the implementation of local projects proposed by the Carib Council and had assisted the Carib people in taking responsibility and improving their managerial skills. The Government had also provided scholarships for training indigenous people and, in collaboration with NGOs, had mounted vigorous health promotion campaigns in areas such as family life education, skills training, assistance for the establishment of income-generating activities, backyard gardening to improve nutrition, and family planning. Dominica would continue its efforts to address the problems and needs of the Caribs, particularly teenage pregnancy, family violence and child abuse, unemployment, and inadequate housing conditions and education. However, it would welcome support from PAHO and other organizations, especially to help fight the spread of tuberculosis and substance abuse among the Carib people, in particular youth. The Government of Dominica wished to thank PAHO for its past support and looked forward to working with the Organization on the priority programs planned for 1997-1998 in the framework of the Health of Indigenous Peoples Initiative.

El Dr. PICO (Argentina) expresa su satisfacción por la inclusión de este tema en el programa, y felicita al Comité Ejecutivo por el trabajo realizado. La Argentina, en el marco de sus políticas nacionales de salud aprobadas por el poder ejecutivo para todo el territorio nacional y del intenso proceso de transformación y reforma que está realizando, tiene un programa especial de salud de los pueblos indígenas. Ese programa le permite avanzar con arreglo a tres criterios: la no discriminación, la no desigualdad y —fundamentalmente— la integración.

Un dato que indica la importancia que se da a ese programa en el presupuesto de 1998 es que se duplica el número de agentes sanitarios, a fin de poder llegar a las distintas comunidades étnicas del país, poniéndolas directamente en contacto con los médicos y el personal de atención primaria de salud, e integrándolas en el sistema escalonado de servicios. Por otra parte, las acciones se articulan y coordinan con las de otros ministerios, como el de trabajo y el de educación, a fin de lograr la integración definitiva en la sociedad. Por todo ello, la Delegación de la Argentina se suma al esfuerzo que está realizando la OPS y pide al Director que haga avanzar la iniciativa a fin de lograr la ambiciosa

meta de salud para todos, integrando plenamente a los hermanos aborígenes de los distintos países.

El PRESIDENTE dice que el debate sobre el tema se va a suspender temporalmente, a fin de ocuparse del tema 5.2, que era el inicialmente previsto para esta sesión.

OCTAVA REUNIÓN (jueves 25 de septiembre de 1997)
Se abre la sesión a las 2.30 p.m.

AGENDA DE LA CUMBRE EN SANTIAGO
TEMA 5.3: SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS (continuación)

El Dr. PIERUZZI (Venezuela) dice que el documento que se ha presentado al Consejo aborda el tema de manera integral y por eso lo apoya con vehemencia. Venezuela está intentando que los seis países del Tratado de Cooperación Amazónica lleven adelante un programa de trabajo con la participación comunitaria de los indígenas, que son parte considerable de la población amazónica. Al hacerlo, se tendrán en cuenta los criterios de la OPS en relación con esta esfera. Además, en el Sistema Andino de Integración, de la Comunidad Andina, también se han tenido en cuenta esos mismos criterios como parte del programa de fronteras saludables. Por otra parte, el orador destaca la importancia de respetar las tradiciones culturales de los indígenas y su lucha permanente por la tenencia de la tierra y por salir del abandono y de la exclusión en que se les ha sumido injustamente. Hay que rescatar las aportaciones de los indígenas a la cultura latinoamericana en general.

Ms. VALDEZ (United States of America) said that the subject of indigenous peoples had special significance for her country, which had a total of 550 sovereign tribe nations. The Indian Health Service was one of the largest agencies in the Department of Health and Human Services and was the only agency that had a completely integrated health service system.

The data in Document CD40/14 made even clearer the challenges confronting all the countries in addressing the inequities and health problems faced by indigenous peoples.

One of the Organization's recent achievements was its agreement with the Indigenous Parliament of the Americas. Strong legislative agendas would be critical for developing sustainable national health policies, and she believed that PAHO could be a valuable partner with the countries in developing public health policy guidelines that would impact indigenous groups. PAHO could also contribute to the development of leadership, as well as negotiation and advocacy skills among indigenous leaders; provide baseline data on the current health status of indigenous peoples; and help to initiate discussions at various levels to effect changes in health policies, legislation, and attitudes.

Referring to the Executive Committee's comment on the ambitiousness of the technical cooperation proposed by PAHO, especially in light of the resources available, she suggested that PAHO would be most effective if it would prioritize its activities and focus on smaller successes so that progress could really be ensured.

Hon. Gail TEIXEIRA (Guyana) said that a number of issues not covered in Document CD40/14 needed emphasis. Among them was the need for information on the guidelines being employed for research involving Amerindian people, particularly the studies of their health status and anthropological investigations being carried out by universities of the North about which the rest of the Region had no knowledge.

Another issue requiring emphasis was the need to integrate indigenous peoples into society at large. They should not be marginalized and treated as if they were enclaves of exotica. Health services, in particular, had to be part of the overall development of the communities in which indigenous peoples lived, and that development should include opportunities for education, jobs, training, and, above all, participation in decision-making. In Guyana's Parliament, 16% of the members were of indigenous origin, representing land areas that occupied two-thirds of the national territory. Indigenous people constituted 6% of the country's total population.

The speaker also emphasized the importance of creating educational opportunities for indigenous peoples, especially in the health services. She cited Guyana's program of community health workers, which had trained 250 foot soldiers of the health services—99% of them Amerindian—to work in the riverine interior. Those jobs were stepping-stones that enabled them to get into nursing, medical assistant programs, and other allied health fields that were generally closed to indigenous people because of the scarcity of secondary education in their areas. It was also important to point out that job training for Amerindians helped to reduce poverty in their communities.

Another issue that had not been stressed was the need for the right balance between environmental protection and sustainable development in the exploitation of the countries' interiors, as well as the importance of protecting indigenous peoples from exploitation by companies involved in mining and timber.

El Dr. SAMAYOA (Honduras) informa que en su país, con la intención de dar cobertura con equidad, se ha decidido considerar el concepto de etnias, en el que se incluyen grupos indígenas, como los misquitos, con quienes se tiene una deuda social e histórica de varios siglos. Sin embargo, existen otros grupos étnicos como los garífunas, cuya llegada al país es más reciente, que también padecen la falta de equidad en materia de atención de salud. Por consiguiente, es preciso adoptar un punto de vista integral para que el concepto de etnia no lleve a olvidar a otros grupos aparte de los indígenas.

El Dr. WEINSTOK (Costa Rica) pone de relieve que en su país los servicios de salud se prestan a toda la población, incluidos los indígenas. Los indígenas costarricenses son ante todo costarricenses y no hay razón para considerarlos distintos ni darles un trato diferente. Es posible, desde luego, que por razones de ubicación geográfica a veces tengan dificultades de acceso a los servicios, pero el derecho a la asistencia sanitaria es el mismo que el de todos sus conciudadanos. Para resolver el problema de la dificultad de acceso se ha procurado fortalecer los servicios de atención primaria. Es verdad que ha habido grupos postergados, por ejemplo, el de las mujeres y el de los indígenas, a los que en un momento dado es preciso prestar más atención; pero, en definitiva, cuando se trata de prestar servicios a la población hay que considerar a ésta como un todo, sin establecer diferencias. En Costa Rica no hay un problema indígena; el problema estriba en prestar servicios a toda la población porque todos son costarricenses.

El Dr. MARTÍNEZ (Nicaragua) destaca la importancia del tema, fundamentalmente por la posibilidad que ofrece de realizar acciones que permitan reducir las desigualdades e inequidades que sufren las comunidades indígenas, particularmente cuando tienen como asiento natural regiones geográficas aisladas. Agradece de manera especial el apoyo que la OPS ha brindado al Ministerio de Salud de Nicaragua para mejorar las condiciones de vida y la salud de las comunidades de misquitos.

Aprovecha la oportunidad para invitar a los hermanos hondureños a desplegar esfuerzos conjuntos en favor del desarrollo integral y la salud de los misquitos a ambos lados de la frontera.

Dr. LAND (PAHO) emphasized the importance of capacity-building within the indigenous communities themselves and called specifically for the preparation of indigenous health professionals, including scholarships to help young health workers move to the professional level. She said that PAHO had trained two indigenous interns from Bolivia and would be receiving five more in the near future.

She noted that there had been support for many of the priority programmatic areas and also that some new areas had been mentioned, which would be discussed and incorporated into the next plan of work. Collective efforts would be necessary, and PAHO would facilitate technical cooperation between countries and forge new partnerships or strengthen existing ones in order to better detect, monitor, and reverse inequities in health and find ways to overcome the cultural, geographic, and economic barriers that stand in the way of extending care to the vulnerable groups of the Region, in particular the indigenous peoples.

The DIRECTOR referred to a basic philosophical difference in how indigenous persons were treated. In some countries there was the idea that indigenous persons and practices should be fully incorporated into the general scheme of things, whereas in other countries indigenous peoples themselves wished to remain separate, maintaining their own cultures and practices and dealing with their health situations themselves. PAHO had respect for both philosophies and would be working with the countries to draw experience from both.

Second, he raised the issue of formal contact between PAHO and indigenous peoples. The Organization had received requests to sign agreements with indigenous peoples as separate nations, but was unable to comply because PAHO could only have formal relationships with governments.

Another point he wished to emphasize was that, whereas PAHO could not really provide health services as such, it could help countries to monitor the situation among indigenous peoples so that inequities would become apparent and the possibility of measuring the value of interventions would therefore be greater.

It was not easy to mobilize extrabudgetary resources for the area under discussion, but PAHO would endeavor to do so and continue to proceed in the way that the Members had clearly agreed was appropriate.

The RAPPORTEUR presented the resolution contained in Document CD40/14.

THE XL DIRECTING COUNCIL,

- Having examined the report on the health of indigenous peoples (Document CD40/14);
- Recognizing the growing evidence of inequities in health status and access to basic health services for the estimated 43 million indigenous persons in the Region of the Americas; and

- Considering the economic, geographic, and cultural barriers to the efficient and effective delivery of public health and personal health care services in isolated rural and marginal urban areas in most countries,

RESOLVES:

1. To take note of the report on progress in the implementation of Resolution CD37.R5, to reaffirm the commitment to the goals of the Decade of the World's Indigenous Peoples, and to approve the activities proposed in Document CD40/14.
2. To urge the Member States, in the process of the implementation of health sector reform, to be persistent in efforts to detect, monitor and reverse inequities in health status and access to basic health services for vulnerable groups, including indigenous peoples.
3. To call to the attention of Member States that renewal of the goal of health for all requires that sustainable solutions are found to address the economic, geographic, and cultural barriers to adequate care for vulnerable groups.
4. To request the Director to continue his efforts to implement the Health of Indigenous Peoples Initiative.

EL XL CONSEJO DIRECTIVO,

- Habiendo examinado el informe sobre la salud de los pueblos indígenas (documento CD40/14);
- Reconociendo el cúmulo de pruebas que no cesa de aumentar sobre las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los aproximadamente 43 millones de indígenas de la Región de las Américas, y
- Considerando los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria a las personas en zonas rurales aisladas y en las zonas urbanas marginales de la mayoría de los países,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre el progreso en la ejecución de la Resolución CD37.R5, reafirmar el compromiso con las metas del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, y aprobar las actividades propuestas en el documento CD40/14.
2. Exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial los pueblos indígenas.
3. Señalar a los Estados Miembros que la renovación de la meta de salud para todos exige que se encuentren soluciones sostenibles para hacer frente a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que impiden brindar asistencia adecuada a los grupos vulnerables.
4. Pedir al Director que continúe esforzándose por llevar a la práctica la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.

Decision: The proposed resolution was adopted.

Decisión: Se aprueba el proyecto de resolución.