

# 11

## 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*

*Preparado por:*

**Dra. Rocío Rojas**

Consultora OPS/OMS

Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas

**Lic. Nur Shuqair**

Magister en Políticas de Salud

Residente del Programa de Salud Internacional OPS/OMS

Mayo de 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, 1999

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.



# ÍNDICE

---

---

<b>RECONOCIMIENTOS.....</b>	<b>VII</b>
<b>PRESENTACIÓN .....</b>	<b>IX</b>
<b>RESUMEN EJECUTIVO .....</b>	<b>XI</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>2. OBJETIVO Y METODOLOGÍA.....</b>	<b>5</b>
2.1 OBJETIVO.....	5
2.2 METODOLOGÍA.....	5
2.3 CRITERIOS PARA SELECCIONAR LOS PAÍSES .....	6
2.4 MARCO CONCEPTUAL .....	6
<b>3. MARCO DE REFERENCIA: LOS DERECHOS .....</b>	<b>9</b>
3.1 EL DERECHO A LA SALUD: LA ADOPCIÓN DE LA UNIVERSALIDAD Y EQUIDAD.....	10
3.2 PUEBLOS INDÍGENAS: UNIVERSALIDAD Y EQUIDAD.....	11
<b>4. DERECHO INTERNACIONAL, LEGISLACIÓN NACIONAL Y SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS .....</b>	<b>15</b>
4.1 CONVENIO 169 DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO: SUS REPERCUSIONES .....	16
4.2 SALUD COMO BIENESTAR BIO-PSICO-SOCIAL Y ESPIRITUAL: CATEGORÍAS ANALIZADAS .....	16
4.3 PRINCIPIOS GENERALES .....	17
4.4 TIERRAS/TERRITORIOS, MEDIO AMBIENTE, RECURSOS NATURALES/PUEBLOS INDÍGENAS.....	19
4.5 EDUCACIÓN .....	21
4.6 IDIOMAS.....	23
4.7 RELIGIÓN Y CULTO/SITIOS SAGRADOS .....	24
4.8 POLÍTICAS DE SALUD .....	26
4.9 ACCESO A LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL.....	27
4.9 MEDICINA TRADICIONAL/INDÍGENA, TERAPEUTAS TRADICIONALES/INDÍGENAS Y PROPIEDAD INTELECTUAL COLECTIVA.....	32
<b>5. ABOGACÍA Y PARTICIPACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS.....</b>	<b>37</b>
<b>6. LINEAMIENTOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE ABOGACÍA EN SALUD CON PUEBLOS INDÍGENAS .....</b>	<b>41</b>
6.1 ESTRATEGIAS DE ABOGACÍA.....	41
6.1.1 <i>Concertación en el campo internacional</i> .....	42
6.1.2 <i>Concertación en el Campo Nacional</i> .....	43
6.2 ESTRATEGIAS CON EL PODER JUDICIAL .....	44
6.3 RECOMENDACIONES.....	45

<b>7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXO A: POBLACIÓN INDÍGENA ESTIMADA POR PAÍS .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO B: RESOLUCIONES V Y VI. "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS" APROBADAS POR LA XXXVII REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO .....</b>	<b>51</b>

---

---

## RECONOCIMIENTOS

---

Deseamos expresar nuestro reconocimiento a las Dras. Jeannette Aguirre, Consultora OPS/OMS, Nicaragua; Wara Aldarete, Epidemióloga; Myriam Conejo, Coordinadora del área de salud JAMBI-HUASI de la Federación Indígena y Campesina de Imbabura, Ecuador; Myrna Cunningham, Rectora de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense URACCAN; a los Dres. Oswaldo Kreimer, Especialista Principal, Comisión Interamericana de Derechos Humanos de la Organización de Estados Americanos; Roberto Rivero, Oficial de Programa de la Oficina del Director Adjunto, OPS/OMS y José Yáñez del Pozo, Antropólogo, candidato PHD de la Universidad Católica de América; quienes con sus aportes contribuyeron en la puntualización de conceptos, ideas, metodología e incorporación de elementos de análisis en el proceso de elaboración de este documento. De manera especial agradecemos a la Dra. Mónica Bolis, Asesora en Legislación de Salud y a la Dra. Sandra Land, Coordinadora Regional de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, por sus sugerencias y apoyo permanente.

También queremos mencionar al Sr. Tomás Gómez y a la Sra. Matilde Cresswell por la diagramación del documento, a la Sra. Clara Inés Rodríguez por su colaboración en la edición y a la Sra. Gladys Ruiz Jordon quien estuvo a cargo de la edición final del mismo.



## PRESENTACIÓN

---

---

Las desigualdades sociales en la mayoría de los países de la Región han marcado, no sólo la distribución de las enfermedades emergentes y la prevalencia y mayor incidencia de enfermedades prevenibles, sino el curso de éstas en aquellos que las padecen. La inequidad es alarmante entre los países y dentro de ellos y afecta particularmente a ciertos sectores de la población, entre ellos los pueblos indígenas.

Los procesos de democratización y afianzamiento de la democracia participativa en las Américas, abren espacios para la incorporación de nuevos actores, y por lo tanto de nuevas visiones, en la búsqueda de modelos económicos y sociales solidarios, justos y equitativos. En este camino, la salud concebida como el bienestar bio-psico-social y espiritual de la persona humana y de la comunidad, no es resultante exclusiva de los servicios prestados a los individuos y colectividades, sino que depende además de las políticas y acciones de los diferentes sectores estatales, que respetando la diversidad sean capaces de actuar con objetivos comunes.

La participación plena de la sociedad civil es prioritaria, y para ello, el conocimiento y análisis de los diversos instrumentos y mecanismos que le ofrece el Estado para el ejercicio pleno de sus derechos. Uno de ellos es la abogacía en salud. Pero no la abogacía en términos abstractos ni dependiente de aspiraciones mediáticas y momentáneas sino una abogacía que encuentra sustento en marcos jurídicos que le dan validez y le permiten trascender hacia el pleno logro de sus objetivos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), enfatiza acerca de la salud como un derecho de todos los pueblos, cuya efectivización demanda la eficacia de las instancias e instrumentos jurídicos en su respuesta a las necesidades y aspiraciones de una población diversa.

El presente documento responde a esta perspectiva y ofrece una aproximación al análisis de los marcos jurídicos de países seleccionados a través de una metodología que incorpora paradigmas de la cosmovisión de los pueblos indígenas.



## RESUMEN EJECUTIVO

---

---

El documento aborda el tema de equidad a la luz de los diferentes grupos étnicos que habitan en la Región de las Américas. Toma el caso de los pueblos indígenas y parte del análisis del derecho a la salud, teniendo en cuenta en la concepción de la misma los paradigmas, valores y organización social de estos pueblos.

Presenta una reflexión inicial sobre la aplicación de la concepción de la salud como bienestar integral, basada en el ordenamiento jurídico que atañe a los pueblos indígenas. Al incorporar como categorías de análisis los temas de tierras y territorios; medio ambiente, patrimonio arqueológico; educación; idiomas; religión, culto, y sitios sagrados, reconoce la necesidad de un abordaje transdisciplinario con relación a la salud.

En este contexto, en el documento se analizan varios de los instrumentos legales del derecho internacional y del derecho interno y se presentan varios lineamientos para el desarrollo futuro en el tema del derecho a la salud de los pueblos indígenas. La *abogacía*, al ser considerada como uno de los instrumentos que la sociedad civil —individuos y grupos organizados— ha utilizado para que sus derechos, reconocidos por ley, sean realizados, se presenta como una alternativa importante para la generación de estrategias que permitan hacer efectivos los derechos de estos pueblos y para la formulación de políticas que consideren la multiplicidad cultural de los pueblos de la Región.

Además, reconoce el papel de la Organización Panamericana de la Salud como actor importante en los procesos de reivindicación del derecho a la salud de todos los grupos étnicos de la Región, tanto en el ámbito internacional como nacional.



# 1. INTRODUCCIÓN

---

El presente documento constituye una actividad interprogramática entre el Programa de Políticas Públicas de Salud y el Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, basada en los principios de la *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas* y como parte del Programa de Salud Internacional auspiciado por la Organización Panamericana de la Salud. Este documento ha sido formulado con la convicción de que el reconocimiento de los derechos de las minorías fortalece a los pueblos y consolida la democracia en la Región de las Américas

La falta de políticas que consideren la multiplicidad cultural de los pueblos de la Región ha determinado la marginación de ciertos grupos de población, entre ellos el indígena. En este contexto, la *abogacía* se presenta como uno de los instrumentos que la sociedad civil —individuos y grupos organizados— ha utilizado para alcanzar sus derechos, es decir, para que sus derechos reconocidos por la ley sean efectivamente realizados. Por lo tanto, la abogacía en salud significa la reivindicación del derecho a la salud. Su acción es eminentemente política.

La Región de las Américas es un universo multicultural donde 42 millones de personas indígenas, pertenecientes a más de 400 pueblos<sup>1</sup> diferentes, representan 10% de la población total de América Latina y el Caribe, y 27% de la población rural de América Latina. En su mayoría, los indígenas urbanos se encuentran integrados a los segmentos sociales de la pobreza urbana.

La pobreza, la marginación, la aculturación, el analfabetismo, el desempleo, la carencia de tierra y territorio son problemas que se potencian entre sí y al estar presentes en la mayoría de la población indígena, determinan las condiciones de vida y el estado de salud que afecta a estos pueblos.

El perfil de enfermedades que presentan estos pueblos, muestra muchas de las entidades que agobian a los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. Las comunidades indígenas albergan en toda su magnitud lo que se conoce con el nombre de *acumulación epidemiológica*, en la cual persisten y se reagudizan los problemas de salud relacionados con las carencias de la población en lo que a necesidades básicas se refiere, siendo éste principalmente el caso de las enfermedades transmisibles y carenciales. A la vez, se evidencia un ascenso progresivo de la morbimortalidad por enfermedades crónicas y degenerativas (especialmente las cardiovasculares y el cáncer), y se suman los problemas de salud colectiva relacionados con la urbanización, la industrialización y la expansión del efecto de la sociedad de consumo. En este caso hablamos de violencia (suicidios, homicidios y accidentes), alcoholismo, fármaco-dependencia, contaminación, deterioro y destrucción del ambiente, y la exposición de la población en general a diversos residuos tóxicos en los ambientes ocupacionales.

Al perfil de salud de la mujer indígena se suman aquellos problemas derivados de su función reproductiva, y se agrava ante su situación de discriminación por ser mujer, por ser indígena y en no pocos casos, por ser analfabeta y monolingüe. Entre los problemas más comunes que afectan a la mujer

---

<sup>1</sup> El concepto de pueblo se refiere al conjunto de rasgos que caracterizan a un conglomerado humano en términos territoriales, históricos, culturales y étnicos que le dan sentido de identidad (Stavenhagen R, 1992).

indígena están: embarazos en edades tempranas, complicaciones del embarazo y parto, anemia ferropriva, abusos sexuales, violencia<sup>2</sup>.

Diversos y complejos factores (barreras culturales, barreras sociales, económicas, barreras geográficas) condicionan el bajo acceso y utilización por parte de la población urbano-marginal y especialmente rural a la atención en salud que proporcionan programas de los gobiernos. Para algunas comunidades, los conocimientos y los terapeutas indígenas son el único recurso permanente para el mantenimiento y restauración de su salud.

Desde varios espacios internacionales y nacionales, los países de la Región han reconocido la necesidad de generar procesos que lleven a la superación de las diferentes barreras, así como de incluir paradigmas que permitan operativizar un concepto de salud integrado e integral en el que los conocimientos de las diferentes culturas sean reconocidos, y donde se busquen estrategias y espacios adecuados para fortalecerlos, generando una interrelación recíproca, respetuosa y complementaria.

Así, varios son los convenios, declaraciones, acuerdos y leyes nacionales e internacionales que se han emitido. Algunos acuerdos son de carácter general como la Declaración de los Derechos Humanos (1948); los Acuerdos de la Cumbre de la Tierra (1992); las Resoluciones de la Cumbre de las Américas (1994), y otros específicos como el Convenio 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (1989); el Convenio de Constitución del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (1992), Convenio de la Biodiversidad (1992); el Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo (1994); la Resolución CD37.R5 de OPS/OMS (1993); la Declaración de Compromiso entre el Parlamento Indígena de América y la Organización Panamericana de la Salud (1995); la Resolución CD40.R6 de OPS/OMS (1997); y las resoluciones de los talleres con miras a la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas (1996). Varios países han planteado la revisión de sus Constituciones (Bolivia, Colombia, Ecuador, México, Nicaragua, Paraguay), otros (Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala) han emitido leyes y reformas favorables a sus poblaciones indígenas (OPS/OMS, 1998).

El compromiso de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con todos los pueblos de la Región en el logro de la equidad se manifiesta en su misión.<sup>3</sup> La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas y las Resoluciones CD37.R5 y CD40.R6, especifican ese compromiso particular de la OPS y los Gobiernos Miembros con los pueblos indígenas de la Región. En este sentido, se constituye el marco de referencia específico del trabajo de la Organización con estos pueblos y por lo tanto del presente documento.

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 aniversario de los 500 años de la llegada de los

---

<sup>2</sup> Cabe señalar, sin embargo, que la mayoría de los análisis disponibles se basan en indicadores demográficos, socioeconómicos, de mortalidad, morbilidad, recursos, acceso y cobertura que no permiten visualizar las *potencialidades individuales y colectivas* de estos pueblos. El conjunto de potencialidades culturales y lingüísticas, organizativas y de liderazgo, junto al cumplimiento de principios éticos comunitarios basados en la reciprocidad y respeto y en los conocimientos ancestrales, han conformado mecanismos de defensa que les ha permitido sobrevivir frente a condiciones adversas.

<sup>3</sup> Cooperar técnicamente con los Estados Miembros y estimular la cooperación entre ellos para que, a la vez que conserva un ambiente saludable y avanza hacia el desarrollo humano sostenible, la población de las Américas alcance la salud para todos y por todos.

europeos al Continente Americano. 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.

En 1993, con la participación de representantes y líderes indígenas, representantes del sector gubernamental y no gubernamental, del sector académico y de OPS/OMS, se llevó a cabo el I Taller Hemisférico sobre Salud y Pueblos Indígenas en Winnipeg, Canadá. Las recomendaciones hechas durante este Taller se agruparon en una propuesta —la *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas*. En esta misma ocasión se identificaron los cinco principios que rigen el trabajo de la Organización y de sus Estados Miembros al abordar la temática de los pueblos indígenas, los cuales son necesidad de un enfoque integral<sup>4</sup> de la salud; derecho a la autodeterminación; respeto y revitalización de las culturas indígenas; reciprocidad en las relaciones; derecho a la participación sistemática.

En ese mismo año, el XXXVII Consejo Directivo de la OPS adoptó los principios establecidos en Winnipeg, Canadá y aprobó las propuestas contenidas en la *Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas* y expresó su voluntad política de priorizar la atención a los pueblos indígenas al firmar la Resolución CD37.R5 que fue ratificada en 1997 a través de la Resolución CD40.R6.

La evolución del campo de los derechos indígenas en el ámbito internacional, en años recientes, ha repercutido en la posición y el avance de las organizaciones indígenas en América Latina y ha influenciado también en la posición que han adoptado los gobiernos. El discurso de las organizaciones indígenas ocurre en la intersección de los temas referentes a los derechos humanos, la democracia, el desarrollo y el medio ambiente. Desde los pueblos indígenas se cruza la doble demanda de igualdad: el reclamo de sus derechos civiles y la eliminación de todas las formas de discriminación; y la demanda por la diversidad, mediante la búsqueda del reconocimiento de su identidad (Stavenhagen, 1992).

---

<sup>4</sup> El abordaje integral/abordaje holístico en salud se refiere a la incorporación de las diferentes esferas que suponen el bienestar bio-psico-social y espiritual de la persona humana y de la comunidad.



## 2. OBJETIVO Y METODOLOGÍA

---

### 2.1 OBJETIVO

Mediante el análisis de los instrumentos legales disponibles, el presente documento tiene como objetivo ofrecer insumos tanto para la formulación de políticas de salud, como para la identificación de lineamientos para establecer estrategias de abogacía con pueblos indígenas que, a su vez, podrían ser aplicadas también a otras minorías étnicas.

### 2.2 METODOLOGÍA

La metodología seguida en el trabajo incluyó:

- 1) Revisión de documentos sobre el tema tratado.
- 2) Análisis de las constituciones y leyes específicas<sup>5</sup> de los siguientes países: Bolivia<sup>6</sup>, Colombia<sup>7</sup>, El Salvador<sup>8</sup>, Honduras<sup>9</sup> y México<sup>10</sup>
- 3) Revisión de varios acuerdos internacionales de los Estados. Entre ellos, El Convenio 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países Independientes (1989); Resolución CD37.R5 y CD40.R6 de la Organización Panamericana de la Salud (1993); Convenio de la Biodiversidad (1992); Convenio Constitutivo del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (1992), Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas de la Organización de Estados Americanos (OEA) (1997)
- 4) Revisión de las agendas de las principales organizaciones indígenas de cada país<sup>11</sup>

---

<sup>5</sup> Códigos de Salud, Ley de Colombia, Ley de Participación Popular de Bolivia..

<sup>6</sup> Constitución Política de Bolivia de 1995.

<sup>7</sup> Constitución Política de Colombia de 1991 con reforma de 1997.

<sup>8</sup> Constitución de la República de El Salvador. Decreto No. 38, 16 de diciembre de 1983.

<sup>9</sup> Constitución de la República de Honduras. Decreto No. 131, 11 de enero de 1982.

<sup>10</sup> Constitución Política de los Estados Mexicanos. 5 de febrero de 1917 con reformas de 1998.

<sup>11</sup> Asociación Coordinadora de Comunidades Indígenas de El Salvador, ACCIES; Confederación de los Pueblos Autóctonos de Honduras, CONPAH; Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC; Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia, CESUTCB; Movimiento Nacional Indígena de México.

- 5) Revisión de la actuación del Parlamento Andino, Parlamento Indígena y Parlamento Amazónico
- 6) Especificación de criterios para seleccionar los países
- 7) Adopción de conceptos

### 2.3 CRITERIOS PARA SELECCIONAR LOS PAÍSES

Los países seleccionados fueron *Colombia, Bolivia, El Salvador, México y Honduras* de acuerdo a los siguientes criterios:

- 8) Proporción de población indígena con relación a la población nacional
- 9) Grados de participación política de los pueblos indígenas
- 10) Niveles de desarrollo legislativo en asuntos indígenas
- 11) Procesos de incorporación de la medicina indígena en la organización y provisión de servicios de salud

Los países estudiados presentan diferente proporción de población indígena. Su presencia varía de 400 mil a 12 millones de habitantes (anexo A). A pesar de que algunos países presentan una cifra baja de población indígena, al hablar de equidad es importante incorporarlos en el análisis de las diferentes variables de impacto del logro de la equidad con relación a los pueblos indígenas. Sobre los otros criterios, el análisis compartido de estos cinco países contribuye al propósito de presentar lineamientos para la formulación de políticas y para el trabajo en abogacía, pueblos indígenas y salud.

### 2.4 MARCO CONCEPTUAL

Las denominaciones utilizadas para definir a los pueblos indígenas han variado de país a país de acuerdo a los contextos sociales e históricos: lengua hablada, ascendencia, autoidentificación y concentración geográfica o territorialidad (Psacharopoulos, 1994). El Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales de la OIT reconoce como *indígenas* "... a 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 pertenecía 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" (OPS/OMS, 1993).

Para el caso de este documento, se aceptan las diferentes definiciones y además se puntualiza la necesidad de considerar los diferentes fenómenos sociales, políticos y económicos (migración, guerras civiles, obras de desarrollo, sobre-explotación de recursos naturales, olas sucesivas de

colonos, incursiones militares sea por conflictos fronterizos o por represión a actividades subversivas e ilícitas), que han llevado a la población indígena a reubicarse fuera de sus territorios ancestrales.

A continuación se especifican las definiciones adoptadas para los términos *abogacía* y *salud* que incorporan paradigmas que se han considerado apropiados para el desarrollo del tema.

Para fines de este estudio, el término *abogacía* se contextualiza en el campo de la reivindicación de los derechos. Por lo tanto, presupone el empoderamiento<sup>12</sup> de los actores sociales cuyos derechos han sido violados o que necesitan que sus derechos sean reconocidos e implementados. Con estas consideraciones, entendemos *abogacía* como 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 sensibilizarlas 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 garantizados (Dallari, 1996).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el bienestar biológico, psicológico y social de un individuo (1990). Lo que equivaldría a bienestar para los pueblos indígenas, sería 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" (Taller de Salud, Guaranda, Bolívar, Ecuador, 1995). Es decir, el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual del individuo y de la comunidad (OPS/OMS, 1998).

Tomando en cuenta este concepto integral de la salud, se creyó pertinente referirse a los artículos de las constituciones y legislaciones de acuerdo a las siguientes categorías:

- Principios generales
- Tierras y territorios, medio ambiente, recursos naturales, patrimonio arqueológico
- Educación
- Religión y culto
- Idiomas
- Políticas de salud que a su vez se subdivide en:
  - Acceso a la salud/participación social
  - Medicina tradicional/indígena, terapéuticas
  - tradicionales/indígenas/propiedad intelectual.

---

<sup>12</sup> Capacidad del individuo y de la comunidad para desarrollar conocimiento, analizar situaciones y tomar decisiones referentes a la conducción de su vida social, cultural, política y personal (Russel, 1997).



### **3. MARCO DE REFERENCIA: LOS DERECHOS**

---

La Declaración Universal de los Derechos Humanos en 1948 representó la manifestación del consenso de la humanidad por un sistema de valores en un momento histórico determinado. La gama de los derechos de la persona humana ha cambiado y continúa cambiando debido a los procesos históricos. Las transformaciones técnicas, culturales, sociales, políticas, y otras han determinado que en diferentes épocas y contextos las carencias y los intereses, así como los medios disponibles hacia la realización de los mismos varíe. Por lo cual se considera oportuno abogar por el tratamiento de grupos con necesidades específicas. Ante esto, el Estado pasa a tener un rol más activo (Bobbio, 1992).

Al tratar sobre los derechos en el análisis de la perspectiva de la abogacía con pueblos indígenas, se debe hacer la siguiente distinción. Los derechos pueden ser definidos en un contexto de evolución, en derechos de primera, segunda y tercera generación. Los derechos de primera generación son de carácter individual, entre ellos el derecho a la vida, a la salud y a la libertad de expresión. Los derechos de segunda generación son los derechos sociales,<sup>13</sup> por ejemplo, el derecho a los servicios de salud, educación, asistencia social, justicia y pueden ser proveídos de manera individual o colectiva. Los derechos de tercera generación enfatizan el derecho al desarrollo en un entorno saludable e incluyen aspectos como derecho al patrimonio genético, protección del medio ambiente y del consumidor, entre otros. Esos derechos tienen un carácter eminentemente colectivo (Bobbio, 1992).

Es necesario revisar el rol que el Estado tiene frente a cada uno de estos derechos. Cuando éstos enfatizan los aspectos individuales (derechos de primera generación), el rol del Estado es garantizar que no sean violados. En los derechos de segunda generación el rol del Estado es de proveedor de bienestar, por lo tanto adquiere carácter positivo. En los de tercera generación, el rol del Estado es compartido con la sociedad lo que supone una corresponsabilidad en el cumplimiento de estos derechos.

La aplicación de los derechos repercute para los pueblos indígenas de manera especial debido a su proceso histórico de colonización, asimilación y resistencia. El

---

<sup>13</sup> El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966) presenta los derechos sociales que los Estados se comprometen a adoptar y las medidas que se toman para cumplirlos.

Convenio 169 de la OIT<sup>14</sup> puede ser analizado a luz de las tres generaciones de derechos.<sup>15</sup>

En el Convenio 169, los derechos de primera generación pueden ser ejemplificados por la libertad religiosa que deberá ser reconocida y protegida por el Estado.<sup>16</sup> En cuanto a los derechos de segunda generación, éstos no solo deben tomar en cuenta el acceso a los servicios de salud, educación o beneficios laborales, sino también el acceso a servicios básicos adecuados a los pueblos indígenas, considerando sus necesidades particulares, su historia, sus conocimientos y técnicas, y sus sistemas de valores.<sup>17</sup>

El tema del medio ambiente se adecúa a los derechos de tercera generación.<sup>18</sup> El Convenio 169 hace referencia al tema indicando que los gobiernos, en cooperación con los pueblos indígenas, deberán tomar medidas para proteger y preservar el medio ambiente de los territorios que habitan.<sup>19</sup>

Para la elaboración de estrategias de abogacía es necesario conocer el papel del Estado con relación a cada generación de derechos, puesto que a cada una le corresponde una estrategia específica, ya sea relacionada con el rol que tiene el Estado en la protección contra la violación o con la promoción del derecho reivindicado.

### **3.1 EL DERECHO A LA SALUD: LA ADOPCIÓN DE LA UNIVERSALIDAD Y EQUIDAD**

En este documento, para tratar el derecho a la salud, se adopta una concepción integral de la salud. Esta abarca el bienestar biológico, psicológico, social y espiritual de un individuo y de la sociedad-comunidad. Es decir la salud, al incorporar varios paradigmas, se expresa en relaciones dinámicas entre componentes inseparables de lo individual (físico, mental, emocional y espiritual) y de lo colectivo (ecológico, político, económico, cultural, social y, otra vez, espiritual) (OPS/OMS, 1993).

---

<sup>14</sup> La Organización Internacional del Trabajo (OIT) fue creada en 1919. Es el organismo especializado del sistema de las Naciones Unidas más antiguo y es conocido sobre todo por su papel en el mejoramiento de las condiciones de trabajo en el mundo. En 1930, en reacción a la explotación del trabajo forzoso de las llamadas "poblaciones nativas", OIT emitió el Convenio 29 que trajo consigo la adopción de normas y actividades para el desarrollo de los pueblos indígenas y tribales. Esto muestra que la inserción del tema de los pueblos indígenas, a nivel internacional, se debió a las crueles condiciones de trabajo de estos pueblos. El Convenio 169 fue emitido en 1989 en respuesta a la gran actividad desplegada en el plano internacional los años sesenta y setenta por las organizaciones indígenas en el plano internacional, quienes reclamaban la revisión de un convenio anterior que preconizaba una política integracionista y de asimilación de los pueblos indígenas.

<sup>15</sup> Hay que enfatizar que en el Convenio 169 se presentan predominantemente derechos de segunda generación por influencia del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).

<sup>16</sup> Ver art. 5 del Convenio 169.

<sup>17</sup> Esos preceptos están presentes en los temas empleo, seguridad social y salud y educación (art. 21-31 del Convenio 169).

<sup>18</sup> Hay autores que se refieren a los derechos de tercera generación como derechos difusos o intereses difusos (Mancuso, 1990).

<sup>19</sup> Ver art. 7 numeral 4.

Partiendo de este punto, se puede señalar que de acuerdo con la evolución de los derechos, éstos adscriben a la salud 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 redistributiva.

Las constituciones revisadas consideran la salud como un derecho individual y social. Algunas de ellas, incluso, contienen principios que fortalecen este derecho en relación con las poblaciones excluidas.<sup>20</sup> La universalidad y la equidad llegan a ser temáticas fundamentales para garantizar el derecho a la salud de las poblaciones excluidas, y en este caso para los pueblos indígenas.

### **3.2 PUEBLOS INDÍGENAS: UNIVERSALIDAD Y EQUIDAD**

Como parte del proceso mundial de cambio, los países de la Región se encuentran embarcados en procesos que conllevan reformas a nivel del Estado, reformas educativas y reformas del sector salud. La reforma del sector salud<sup>21</sup> preconiza el principio de equidad y busca la cobertura universal mediante la garantía del acceso a la atención de salud de los grupos de población que actualmente carecen de ella, sin perjuicio de la necesaria atención que ya disfrutaban otros grupos (OPS/OMS, 1997).

Cabe aclarar que el concepto de universalidad homogeniza a la población y determina criterios similares ante necesidades diferentes o discrepantes<sup>22</sup>. Por lo tanto, la universalidad puede ser perversa en la medida en que sustituye al término equidad. Mientras que la equidad es universal, no toda universalidad es equitativa. La equidad supone una distribución de acuerdo a las

---

<sup>20</sup> Varios son los términos que se han usado para describir a las poblaciones que se encuentran excluidas. Por ejemplo: pobres, marginados, vulnerables, frágiles, en riesgo, etc. Todos estos términos enmascaran a la población indígena. Para referirnos a estos grupos de población, entre ellos la población indígena, hemos adoptado el término poblaciones excluidas ya que se encuentran en situación de desventaja por no pertenecer a un grupo socialmente aceptado.

<sup>21</sup> La Cumbre de las Américas, celebrada en Miami en diciembre de 1994, adoptó el Plan de Acción sobre Erradicación de la Pobreza y la Discriminación en Nuestro Hemisferio, asimismo acordó celebrar la Reunión Especial sobre la Reforma del Sector Salud. Luego de la reunión especial se establecieron los principios rectores que orientan la cooperación técnica de la OPS en materia de reforma del sector salud que son: equidad, calidad, eficiencia, sostenibilidad, participación social (OPS/OMS, 1997).

<sup>22</sup> El empleo del término universalidad se encuentra en la misma controversia que el uso del término igualdad frente a la ley. Esta no reconoce la desigualdad de condiciones que están presentes en la sociedad. Por lo tanto, es a través de la justicia que se puede disminuir el grado de desigualdad hacia el logro de la igualdad (Dallari, 1998).

particularidades y necesidades de cada individuo y de cada grupo sin exclusión. La universalidad no es suficiente para satisfacer las necesidades y prioridades de la población.<sup>23</sup>

Para hablar de equidad debemos reconocer que este concepto, para ser aplicado en su esencia, debe considerar los diferentes atributos que determinan la exclusión de un grupo poblacional. Entre ellos podemos nombrar el nivel de pobreza, el nivel educativo, género, faja etárea, pertenencia étnica y monolingüismo.<sup>24</sup> Este conjunto de atributos se potencializan entre sí, se conforman de diversas maneras y se manifiestan como exclusión en un grupo determinado. Por ejemplo, la exclusión sería extrema en el caso en que un individuo sea pobre, analfabeto, mujer, en edad reproductiva, indígena y monolingüe. Esto afecta directamente a la población indígena.

Así, con respecto a la pobreza, se puede afirmar que la relación entre pobreza y etnicidad es de proporción directa. En México, los municipios con menos de 10% de población indígena tienen un índice de pobreza de 18%; en los que tienen entre 10% y 40% de población indígena, el 46% de la población es pobre, y en los municipios donde más del 70% de la población es indígena, el índice de pobreza es 80%. En Bolivia, el ser indígena aumenta 16% la posibilidad de ser pobre (Psacharopoulos G, Patrinos HA, 1994).

En Bolivia, por ejemplo, el nivel de escolaridad entre las personas indígenas es un promedio de menos de tres años con relación a las personas no indígenas. La diferencia es aún mayor en las mujeres indígenas, indicando que ellas son las que están más en desventaja en la sociedad boliviana. Varios factores han contribuido a estos niveles bajos de escolaridad, entre los más importantes se citan, el monolingüismo de los indígenas y la insuficiencia de programas bilingües de educación que han determinado altas tasas de deserción (Psacharopoulos G, Patrinos HA, 1994). La falta de educación contribuye a la perpetuación de la pobreza al sumarse a la falta de oportunidades y a los altos índices de desempleo y subempleo de las personas indígenas.

Estos datos presentes en Bolivia y México pueden ser extendidos a los demás países que cuentan con población indígena en América Latina. Por lo tanto, en la formulación de políticas y en las estrategias de abogacía, es importante explicitar a quién nos referimos cuando se habla de equidad en relación a grupos excluidos (pobres, vulnerables, marginados, en riesgo, etc.). Es decir, se debe describir detalladamente los atributos que determinan la exclusión de tal o cual sector poblacional, apoyando así la identificación de estos grupos y sus problemas prioritarios.

En el caso de los pueblos indígenas, el desafío es traducir la equidad en acciones específicas. Por ejemplo, considerar la dinámica de la interculturalidad en la organización y provisión de atención de la salud mediante procesos de sensibilización que faciliten la comunicación entre los niveles de decisión y los niveles operativos con la comunidad indígena; procesos de capacitación y desarrollo de recursos humanos que promuevan la integración entre la comunidad y los servicios de salud; procesos de coordinación intersectorial e interdisciplinaria que generen estrategias y metodologías que en definitiva apoyen la humanización de la práctica de la salud.

---

<sup>23</sup> La problemática de la aplicabilidad entre universalidad y equidad es de la misma naturaleza que la que existe entre igualdad y justicia distributiva. Eso se refiere principalmente a la asignación de recursos donde el principio de justicia distributiva (equidad) viene siendo un asunto de debate en el campo de la bioética (Mainetti, 1994).

<sup>24</sup> Este término en el presente documento se refiere a la lengua nativa.

La humanización se materializa en el acceso real de la población a una atención de salud que responda a sus necesidades y resulte en el mejoramiento de su calidad de vida, medible en la población nacional e indígena a través de indicadores objetivos. Por ejemplo, disminución de la morbimortalidad debida a causas evitables, acceso a servicios básicos de salud y recursos que proporcionen el desarrollo humano (salud, ambiente y entornos saludables, educación, empleo, y otros).

Para la abogacía en salud de los pueblos indígenas es importante presentar datos que demuestren la inequidad y la asociación de éstos a la variable de etnicidad. Actualmente los sistemas de información de los países seleccionados no incluyen sistemáticamente la desagregación por etnia ni por género, menos aún la combinación de ambas variables. Esto se constituye en una limitación digna de tomarse en cuenta en la aplicación de la abogacía en salud de los pueblos indígenas.



## **4. DERECHO INTERNACIONAL, LEGISLACIÓN NACIONAL Y SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

---

Como se enunció en la metodología, se ha creído pertinente revisar los mecanismos de inserción de los instrumentos legales internacionales en la legislación nacional de los países. Es decir la relación entre el derecho internacional y el derecho interno.

El derecho internacional es el conjunto de normas que rigen la sociedad internacional y que tiene por objetivo establecer la paz, la justicia y promover el desarrollo. Aunque existen diferentes posiciones al respecto, en general, en casos de conflicto entre el derecho interno y el derecho internacional, este último tiene primacía sobre el primero. El Estado tiene responsabilidad internacional cuando su derecho interno viola el orden jurídico internacional (Mello, 1997). Por su parte, los entes del derecho internacional<sup>25</sup> tienen que apoyar y/o presionar al derecho interno para la implementación de los acuerdos internacionales ratificados por los Estados.

El proceso de incorporación del derecho internacional al derecho interno tiene tres modalidades, de acuerdo a tres teorías:

- Teoría de la transformación: el derecho internacional necesita ser convertido en derecho interno.
- Teoría de la ejecución: se requiere un acto intraestatal y la norma internacional no es transformada, permaneciendo el derecho internacional.
- Teoría de la incorporación: valida inmediatamente el derecho internacional en el derecho interno.

En las tres modalidades siempre existe una primacía del derecho internacional (Mello, 1997). Los países estudiados han adoptado las teorías de ejecución e incorporación. En este contexto se han revisado las repercusiones que como tratado internacional, el Convenio 169 de la OIT tiene sobre pueblos indígenas y tribales de naciones independientes.

---

<sup>25</sup> Para fines de este estudio se ha hecho referencia a los siguientes entes del derecho internacional: Parlamentos Internacionales, Agencias de la Naciones Unidas (Organización Internacional del Trabajo, Organización Panamericana de la Salud, entre otras).

#### **4.1 CONVENIO 169 DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO<sup>26</sup>: SUS REPERCUSIONES**

El Convenio 169 establece 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.

El Convenio 169 tiene una esencia interdisciplinaria y por lo tanto, repercusiones en la salud concebidas en una dimensión integral. Por este motivo, se constituye en un documento esencial para nuestro análisis, sin embargo, creemos que no es suficiente para abordar los aspectos más particulares de la salud.

Los países que han ratificado<sup>27</sup> este Convenio<sup>28</sup> se comprometen a incorporar sus preceptos al derecho interno. Por ejemplo, en el caso de Honduras, este país ratificó el Convenio y aunque su constitución y leyes específicas no incluyen temas referentes a los pueblos indígenas, tiene la obligación de garantizar los derechos de los pueblos contenidos en el Convenio 169.

Las repercusiones del Convenio 169 como instrumento legal del derecho internacional deben ser consideradas en la generación de estrategias de abogacía, tanto para su ratificación como para su cumplimiento en los países donde ha sido ratificado. Por ejemplo, mediante alianzas estratégicas las organizaciones indígenas podrán buscar caminos para obtener apoyo de la sociedad internacional para la reivindicación de sus derechos.

#### **4.2 SALUD COMO BIENESTAR BIO-PSICO-SOCIAL Y ESPIRITUAL: CATEGORÍAS ANALIZADAS**

El concepto de salud adoptado en este estudio requiere la incorporación de diversos elementos que contemplen la integralidad del mismo y crucen ámbitos de lo individual y lo social. En esta perspectiva, las categorías escogidas para el análisis incluyen los principios generales de la constitución, idioma, religión y culto, educación, tierras y territorios/medio ambiente/recursos naturales/patrimonio arqueológico y políticas de salud que a su vez se subdivide en: acceso a la salud/participación social, medicina tradicional/indígena, terapeutas tradicionales/indígenas/ propiedad intelectual. A continuación se presentan los artículos de las constituciones, de las leyes

---

<sup>26</sup> El Convenio 169 es un tratado, o sea, un acuerdo internacional realizado entre los Estados en forma escrita y regulado por el derecho internacional, donde el Estado tiene obligación de cumplir los preceptos del mismo (Mello, 1997).

<sup>27</sup> Ratificación es el acto por el cual el cumplimiento de un tratado se convierte en una obligación para el Estado frente a relaciones internacionales. *Ibiden*.pp.206

<sup>28</sup> De los países escogidos para nuestro estudio, con excepción de El Salvador, todos ratificaron el Convenio 169 de la OIT.

generales y del Convenio 169 que se han considerado pertinentes a cada categoría y se analiza cada una de ellas.

### **4.3 PRINCIPIOS GENERALES**

En cuanto a los principios generales, las Constituciones de Bolivia, Colombia y México explicitan la presencia de los grupos étnicos como parte de la población nacional. Es decir, los reconoce como ciudadanos que tienen los mismos derechos y deberes, incorporando de esta manera el principio de igualdad sin discriminación.

El Salvador y Honduras no especifican el carácter multiétnico y pluricultural de sus poblaciones en sus constituciones. En el caso de Honduras, este vacío se relativiza al haber ratificado el Convenio 169 de la OIT, cosa que no sucede con El Salvador.

Honduras, Bolivia, Colombia y México por haber ratificado el Convenio 169 de la OIT, estarían obligados a asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos indígenas, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger sus derechos y garantizar el respeto de su integridad. Deben, asimismo, promover la eliminación de las diferencias socioeconómicas que pueden existir entre las comunidades indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional de una manera compatible con sus aspiraciones y formas de vida.

El reconocimiento en las Constituciones de Bolivia, Colombia y México de la pluriculturalidad y multietnicidad, obliga a estos países a tomar medidas que garanticen el desarrollo de la cultura y las etnias y sus manifestaciones en todo el territorio nacional. Esto debe reflejarse en el acceso y cobertura reales de la atención de salud mediante la incorporación de las variables etnia y cultura en la formulación de políticas de salud.

País	Principios Generales
<b>Bolivia</b>	<p>Art. 1. Bolivia, libre, independiente, soberana, multiétnica y pluricultural, constituida en república unitaria, adopta para su gobierno la forma democrática representativa, fundada en la unidad y la solidaridad de todos los bolivianos.</p> <p>Decreto Supremo N° 24237. Considerando que la Ley 1551 de Participación Popular confiere competencias a los gobiernos municipales y derechos y deberes a las juntas vecinales, a las comunidades campesinas y a los pueblos indígenas, en el campo de la salud pública. Que la aplicación de la mencionada disposición legal y del D.S. 23813 establecen que los recursos para la administración de la infraestructura de salud se asignan a los gobiernos municipales y que las juntas vecinales, las comunidades campesinas y los pueblos indígenas participan en las decisiones sobre su asignación, uso y control.</p>
<b>Colombia</b>	Art. 7. El Estado reconoce y protege la diversidad étnica y cultural de la nación colombiana.
<b>El Salvador</b>	
<b>Honduras</b>	
<b>México</b>	Art. 4. La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus lenguas, culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Esta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.
<b>Convenio 169 - OIT</b>	<p>Art. 2, numeral 1: Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar con la participación de los pueblos interesados una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de estos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.</p> <p>2. Esta acción deberá incluir medidas:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Que aseguren a los miembros de estos pueblos gozar, en pie de igualdad de los derechos y oportunidades que la legislación nacional otorga a los demás miembros de la población.</li> <li>b. Que promueva la plena efectividad de los derechos sociales, económicos y culturales de esos pueblos, respetando su identidad social y cultural, sus costumbres y tradiciones, y sus instituciones.</li> </ol> <p>Que ayuden a los miembros de los pueblos interesados a eliminar las diferencias socioeconómicas que pueden existir entre los miembros indígenas y los demás miembros de la comunidad nacional, de una manera compatible con sus aspiraciones y formas de vida.</p>

#### **4.4 TIERRAS/TERRITORIOS<sup>29</sup>, MEDIO AMBIENTE, RECURSOS NATURALES/PUEBLOS INDÍGENAS**

La cuestión de la propiedad y explotación de la tierra representa un problema de primera magnitud para los pueblos indígenas de la Región. La tierra es parte central de la vida, de la cultura y de la historia, y es a su vez determinante de la supervivencia de los pueblos, de los niveles de vida, salud y nutrición (OPS/OMS, 1993).

Tierra/territorio, medio ambiente, patrimonio arqueológico, recursos naturales, pueblos indígenas constituyen una categoría única. Estos elementos son indivisibles a la identidad y autodeterminación de los pueblos indígenas. La vida de estos pueblos depende de su permanencia en la tierra de sus ancestros, de la protección y conservación de un medio ambiente saludable, de la conservación y respeto del patrimonio arqueológico, de la utilización de sus recursos naturales.

Para los pueblos indígenas la representación de la tierra/territorio trasciende a la descripción de medio de subsistencia. En la tierra/territorio se congregan elementos de su historia, cosmovisión y alimento. En este sentido, constituye una extensión de sí mismos, de su identidad, y la vinculación de los pueblos con ella es ancestral.

En las constituciones de Bolivia, Colombia, Honduras y México se reconoce y protege las tierras de los pueblos indígenas. Bolivia, además, garantiza el uso y aprovechamiento de los recursos naturales por parte de estos pueblos. Para el caso de El Salvador, la constitución no menciona asuntos referentes a la tierra/territorio y su actuación en la materia tampoco estaría ligada a las disposiciones del Convenio 169, por no haberlo ratificado aún.

Es importante destacar que Colombia reconoce el estado de territorios a las tierras indígenas. Además propone que la ley establezca los mecanismos necesarios para la readquisición del patrimonio cultural y arqueológico de la nación.

La implicación que esta categoría tiene en la salud de los pueblos de la Región, particularmente de los pueblos indígenas, cruza aspectos individuales y sociales. Así, la carencia de territorio limita su desarrollo organizativo y los invisibiliza en la sociedad. Por ejemplo las zonas ancestralmente ocupadas por los pueblos indígenas han sido fraccionadas en la división política de los Estados.

Los recursos hídricos son particularmente afectados por actividades extractivas de metales (por ejemplo, cobre, aluminio, estaño, plomo, etc.). La contaminación por el uso de fertilizantes químicos, plaguicidas, insecticidas organofosforados se suma a la disposición de residuos tóxicos o radiactivos. La sobre-explotación de recursos naturales (madera, oro, petróleo) son los desafíos más importantes de la salud humana y ambiental para muchos de los asentamientos indígenas de la Región.

---

<sup>29</sup> De acuerdo con el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), el término territorio se refiere a una área geográfica que se encuentra bajo la influencia cultural y el control político de un pueblo, y el término tierra se refiere a la porción dentro de ese espacio que es apropiable por un individuo o persona jurídica. El primero es un derecho colectivo de los pueblos y el segundo un derecho individual de las personas. El primero crea la posibilidad de ejercer control y autoridad sobre el conjunto de los recursos y sobre los procesos sociales que allí se dan. El segundo el de aprovechar productivamente el suelo sin interferencia de otras personas (De la Cruz R., 1997)

La colonización de tierras, la construcción de carreteras, represas de agua y plantas hidroeléctricas, así como proyectos de desarrollo, sumados a los desastres naturales, no sólo han fragmentado a las poblaciones indígenas y han destruido sus sitios sagrados, sino que también han aumentado considerablemente la proliferación de vectores o huéspedes intermediarios, con el consiguiente incremento de enfermedades como el chagas, el dengue y la malaria.

País	Tierras/Territorios/Medio Ambiente/Recursos Naturales
<b>Bolivia</b>	<p>Art. 171. I. Se reconocen, respetan y protegen en el marco de la ley, los derechos sociales, económicos y culturales de los pueblos indígenas que habitan en el territorio nacional, especialmente los relativos a sus tierras comunitarias de origen, garantizando el uso y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales, a su identidad, valores, lenguas y costumbres e instituciones.</p> <p>Art. 136. Son de dominio originario del Estado, el suelo y el subsuelo con todas sus riquezas naturales, las aguas lacustres, fluviales y medicinales, así como los elementos y fuerzas físicas susceptibles de aprovechamiento. La ley establecerá las condiciones de este dominio, así como las de su concesión y adjudicación a los particulares.</p>
<b>Colombia</b>	<p>Art. 286. Son entidades territoriales los departamentos, los distritos, los municipios y los territorios indígenas.</p> <p>Art. 63. Los bienes de uso público, los parques naturales, las tierras comunales de grupos étnicos, las tierras de resguardo, el patrimonio arqueológico de la nación y demás bienes que determine la ley, son inalienables, imprescriptibles e inembargables.</p> <p>Art. 72. El patrimonio cultural de la nación está bajo la protección del Estado. El patrimonio arqueológico y otros bienes culturales que conforman la identidad nacional, pertenecen a la nación y son inalienables, inembargables e imprescriptibles. La ley establecerá los mecanismos para readquirirlos cuando se encuentren en manos de particulares y reglamentará los derechos especiales que pudieran tener los grupos étnicos asentados en territorios de riqueza arqueológica.</p>
<b>El Salvador</b>	
<b>Honduras</b>	<p>Art. 346. Es deber del Estado dictar medidas de protección de los derechos e intereses de las comunidades indígenas existentes en el país, especialmente de las tierras y bosques donde estuvieren asentadas.</p>
<b>México</b>	<p>La ley protegerá la integridad de las tierras de los grupos indígenas.</p>
<b>Convenio 169</b>	<p>Parte II: Tierras</p> <p>Artículo 13 numeral 1. Al aplicar las disposiciones de esta parte del convenio, los gobiernos deberán respetar la importancia especial que para las culturas y valores espirituales de los pueblos interesados reviste su relación con las tierras o territorios, o con ambos, según los casos, que ocupan o utilizan de alguna otra manera, y en particular los aspectos colectivos de esa relación.</p> <p>Artículo 14 numeral 2. Los gobiernos deberán tomar las medidas que sean necesarias para determinar las tierras que los pueblos interesados ocupan tradicionalmente y garantizar la protección efectiva de sus derechos de propiedad y posesión.</p> <p>Artículo 15 numeral 1. Los derechos de los pueblos interesados a los recursos naturales existentes en sus tierras deberán protegerse especialmente. Estos derechos comprenden el derecho de esos pueblos a participar en la utilización, administración y conservación de dichos recursos.</p> <p>4. Los gobiernos deberán tomar medidas, en cooperación con los pueblos interesados, para proteger y preservar el medio ambiente de los territorios que habitan.</p>

## 4.5 EDUCACIÓN

La educación determina la capacidad de acceso a empleo, dinero, poder, prestigio y desarrollo, y la posibilidad de una conexión con la sociedad y otras sociedades. En definitiva, la educación se

constituye en la herramienta de empoderamiento (“empowerment”). La inserción de los pueblos indígenas en los procesos educativos, supondría no sólo el desarrollo de programas en los idiomas indígenas<sup>30</sup> sino la identificación de metodologías y didáctica apropiadas fundamentadas en la cosmovisión indígena. Esto implica la generación de paradigmas complementarios de análisis, implementación, evaluación e investigación, a través del intercambio de conocimientos en un marco de respeto mutuo entre las culturas.

En las constituciones revisadas, Colombia especifica su preocupación por garantizar el derecho de los pueblos indígenas a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural. Así mismo, en su Ley General de Educación, luego de definir etnoeducación,<sup>31</sup> identifica los criterios de integralidad, participación comunitaria, flexibilidad y progresividad, como base para afianzar los procesos de identidad, conocimiento, socialización, protección y uso adecuado de la naturaleza, sistemas y prácticas comunitarias de organización. Igualmente promueve el uso de lenguas vernáculas y formación docente en investigación en todos los ámbitos de la cultura, todo esto en un contexto de corresponsabilidad entre el Estado y los pueblos indígenas. Los otros países no hacen ninguna referencia sobre la educación de estos pueblos.

Bolivia, México y Honduras, al haber ratificado el Convenio 169 de la OIT, se apoyarían en lo especificado en el mismo. Es decir, los países deberán desarrollar con los pueblos indígenas programas y servicios de educación a fin de responder a sus necesidades particulares, abarcar su historia, sus conocimientos y técnicas, sus sistemas de valores y todas sus demás aspiraciones sociales, económicas y culturales. Por su parte El Salvador, posee un gran vacío en esta materia, puesto que además de no contemplar el tema en su constitución, no ha ratificado aún el Convenio 169.

La pobreza que afecta a estos pueblos se ve agravada por las altas tasas de analfabetismo, el mismo que es crítico en la población femenina. En México, mientras más población indígena tiene un municipio, más alta es la tasa de analfabetismo (OPS/OMS, 1998).

Si entendemos a la educación como una herramienta de empoderamiento, los retos en esta área, no sólo apuntan a la necesidad de proporcionar la información necesaria en salud de acuerdo al nivel educativo de la población, sino a promover procesos que apoyen la disminución del analfabetismo que excluye a la población indígena y a la generación de becas para personas indígenas en todos los niveles educativos.

---

<sup>30</sup> La implementación de programas de educación bilingüe intercultural ha intentado remediar las altas tasas de analfabetismo entre algunos sectores de la población indígena en países como Bolivia, Colombia, Ecuador, Guatemala, México y Perú, entre otros. En México, la incorporación de profesores bilingües (idioma indígena-español), la elaboración de materiales de enseñanza y capacitación en idiomas indígenas y la participación de los diferentes actores sociales se incluyen como estrategias en el programa nacional de lucha contra la pobreza (World Bank, 1997).

<sup>31</sup> Por etnoeducación se entiende la educación que se ofrece a grupos o comunidades que integran la nacionalidad y que poseen una cultura, una lengua, unas tradiciones y unos fueros propios y autóctonos. Esta educación debe ser ligada al ambiente, al proceso productivo, y al proceso social y cultural con el debido respeto de sus creencias y tradiciones.

País	Educación
<b>Bolivia</b>	Art. 174 de la Constitución. Es función del Estado la super-vigilancia e impulso de la alfabetización y educación del campesino en los ciclos fundamental, técnico y profesional, de acuerdo a los planes y programas de desarrollo rural, fomentando su acceso a la cultura en todas sus manifestaciones.
<b>Colombia</b>	Art. 41 de la Constitución. En todas las instituciones de educación, oficiales o privadas, serán obligatorios el estudio de la constitución y la instrucción cívica. Así mismo, se fomentarán prácticas democráticas para el aprendizaje de los principios y valores de la participación ciudadana. El Estado divulgará la constitución  Art. 68. Los padres de familia tendrán derecho de escoger el tipo de educación para sus hijos menores. En los establecimientos del Estado ninguna persona podrá ser obligada a recibir educación religiosa. Los integrantes de los grupos étnicos tendrán derecho a una formación que respete y desarrolle su identidad cultural.
<b>El Salvador</b>	
<b>Honduras</b>	
<b>México</b>	
<b>Convenio 169</b>	Parte VI, Artículo 27, literal 1. Los programas y los servicios de educación destinados a los pueblos interesados deberán desarrollarse y aplicarse en cooperación con éstos a fin de responder a sus necesidades particulares, y deberán abarcar su historia, sus conocimientos y técnicas, sus sistemas de valores y todas sus demás aspiraciones sociales, económicas y culturales.

#### 4.6 IDIOMAS

El idioma constituye un elemento fundamental de la identidad de un pueblo. La restricción o la prohibición del uso del idioma despersonaliza la identidad y resquebraja la autodeterminación de los pueblos. La preservación y la promoción de los idiomas indígenas, aunque garantizan su permanencia a través de las generaciones de estos pueblos, no les otorga el valor de un idioma oficial. La oficialidad, en territorios determinados, por su parte, determina la posibilidad de actuar libremente y adquirir poder político. Sin embargo, es importante que el Estado asegure también las oportunidades de los pueblos indígenas para que lleguen a dominar la lengua oficial del país. La promoción del bilingüismo de los pueblos indígenas como prioridad, sin restringir la promoción del bilingüismo en los pueblos no indígenas apoyará a la mejor integración

Colombia reconoce la oficialidad del idioma indígena en territorios determinados y promociona su uso en las escuelas. Los programas educativos deben ser bilingües (idioma español e idioma indígena) y deben enfatizar en la lengua materna del grupo étnico.<sup>32</sup> Bolivia, El Salvador y México conservan, preservan, difunden y respetan los idiomas indígenas, pero no los reconocen como oficiales en ningún territorio determinado.

En el caso de Honduras, el tratamiento de los idiomas indígenas solamente estaría circunscrito al artículo 28 del Convenio 169 de la OIT. Es decir, el país debe adoptar disposiciones para preservar las lenguas de los pueblos indígenas y promover el desarrollo y la práctica de las mismas.

<sup>32</sup> Ley 115 de 1994: Ley General de Educación

La aplicación de la oficialidad del idioma no debe ser circunscrita a programas educativos, sino llegar a ser operativo. Es decir, éste debe estar presente y ser usado en los servicios ofrecidos por el Estado, en este caso, en especial en los servicios de salud y en la capacitación de los recursos humanos de la salud.

País	Idiomas
<b>Bolivia</b>	I. Se reconocen, respetan y protegen en el marco de la ley, los derechos sociales, económicos y culturales de los pueblos indígenas que habitan en el territorio nacional, especialmente los relativos a sus tierras comunitarias de origen, garantizando el uso y aprovechamiento sostenible de los recursos naturales, a su identidad, valores, lenguas y costumbres e instituciones.
<b>Colombia</b>	Art. 10. El castellano es el idioma oficial de Colombia. Las lenguas y dialectos de los grupos étnicos son también oficiales en sus territorios. La enseñanza que se imparta en las comunidades con tradiciones lingüísticas propias será bilingüe.
<b>El Salvador</b>	Art. 62. - El idioma oficial de El Salvador es el castellano. El gobierno está obligado a velar por su conservación y enseñanza.  Las lenguas autóctonas que se hablan en el territorio nacional forman parte del patrimonio cultural y serán objeto de preservación, difusión y respeto.
<b>Honduras</b>	Art. 6. - El idioma oficial de Honduras es el español. El Estado protegerá su pureza e incrementará su enseñanza.
<b>México</b>	Art. 4. La nación mexicana tiene una composición pluricultural sustentada originalmente en sus pueblos indígenas. La ley protegerá y promoverá el desarrollo de sus <b>lenguas</b> , culturas, usos, costumbres, recursos y formas específicas de organización social, y garantizará a sus integrantes el efectivo acceso a la jurisdicción del Estado. En los juicios y procedimientos agrarios en que aquellos sean parte, se tomarán en cuenta sus prácticas y costumbres jurídicas en los términos que establezca la ley. El varón y la mujer son iguales ante la ley. Ésta protegerá la organización y el desarrollo de la familia.
<b>Convenio 169</b>	Artículo 28. Numeral 3: Deberán adoptarse disposiciones para preservar las lenguas indígenas de los pueblos interesados y promover el desarrollo y la práctica de las mismas.

#### 4.7 RELIGIÓN Y CULTO/SITIOS SAGRADOS

La religión y el culto, en el caso de los pueblos indígenas, tiene íntima relación con su cosmovisión. Es decir, con el sistema de valores, creencias y percepciones del individuo y de la comunidad en relación con la interacción de las personas con el mundo, la naturaleza y los seres espirituales. El equilibrio de estas interacciones determina el estado de bienestar integral, lo que en términos occidentales denominaríamos, salud.

En este tema existe una cierta homogeneidad entre los países estudiados. Colombia, El Salvador, Honduras y México explicitan la garantía del libre ejercicio de las religiones y/o cultos. Bolivia, sin embargo, declara una fuerte relación entre Estado y la Iglesia Católica y se refiere al culto indígena como tesoro cultural de la nación bajo el amparo del Estado.

En el caso de los pueblos indígenas, los rituales religiosos propios de su cosmovisión están vinculados con los procesos de salud y enfermedad. Es decir, que el proceso de curación es también un ritual religioso que difiere de la iglesia. La medicina tradicional/indígena se manifiesta en rituales religiosos donde los terapeutas indígenas se constituyen los agentes de esos rituales. Los procesos de curación como parte de los rituales religiosos deben ser respetados como declara la constitución de todos los países estudiados.

País	Religión y Culto/Sitios Sagrados
<b>Bolivia</b>	<p>Art. 3. - El Estado reconoce y sostiene la religión católica, apostólica y romana. Garantiza el ejercicio público de todo otro culto. Las relaciones con la Iglesia Católica se regirán mediante concordatos y acuerdos entre el Estado boliviano y la Santa Sede.</p> <p>Art. 191 de la Constitución. Los monumentos y objetos arqueológicos son de propiedad del Estado. La riqueza artística colonial, la arqueológica, la histórica y documental, así como la procedente del culto religioso son tesoro cultural de la nación, están bajo el amparo del Estado y no pueden ser exportadas. El Estado organizará un registro de la riqueza artística, histórica, religiosa y documental, proveerá a su custodia y atenderá a su conservación.</p> <p>El Estado protegerá los edificios y objetos que sean declarados de valor histórico o artístico.</p>
<b>Colombia</b>	<p>Art. 19. Garantiza la libertad de cultos. Toda persona tiene derecho a profesar libremente su religión y a difundirla en forma individual o colectiva. Todas las confesiones religiosas e iglesias son igualmente libres ante la ley.</p>
<b>El Salvador</b>	<p>Art. 25. Garantiza el libre ejercicio de todas las religiones, sin más límite que el trazado por la moral y el orden público. Ningún acto religioso servirá para establecer el estado civil de las personas.</p>
<b>Honduras</b>	<p>Art. 77. Garantiza el libre ejercicio de todas las religiones y cultos sin preeminencia alguna, siempre que no contravengan las leyes y el orden público.</p>
<b>México</b>	<p>Art. 24. Garantiza la libertad de creencias, la educación será laica y, por tanto, se mantendrá por completo ajena a cualquier doctrina religiosa;</p> <p>Artículo 24. Todo hombre es libre para profesar la creencia religiosa que más le agrade y para practicar las ceremonias, devociones o actos del culto respectivo, siempre que no constituyan un delito o falta penados por la ley.</p> <p>El congreso no puede dictar leyes que establezcan o prohíban religión alguna. Los actos religiosos de culto público se celebrarán ordinariamente en los templos. Los que extraordinariamente se celebren fuera de éstos se sujetarán a la ley reglamentaria.</p>
<b>Convenio 169</b>	<p>Art. 5. Al aplicar las disposiciones del presente Convenio:</p> <p>a) deberán reconocerse y protegerse los valores y prácticas sociales, culturales, religiosos y espirituales propios de dichos pueblos y deberá tomarse debidamente en consideración la índole de los problemas que se les plantean tanto colectiva como individualmente;</p>

#### 4.8 POLÍTICAS DE SALUD

La definición de salud como bienestar bio-psico-social y espiritual del individuo y la comunidad, el abordaje holístico y el tratamiento integral que incorpora la cosmovisión indígena genera una serie de desafíos para los pueblos indígenas. De esta manera, para el análisis de la categoría salud se ha tomado en cuenta aspectos relacionados con la participación de estos pueblos en la definición de la forma de proveer la atención en salud, la libertad de ejercer y promover el conocimiento ancestral, en este caso los conocimientos agrupados en la denominada medicina tradicional/indígena. Es decir, el reconocimiento de los terapeutas indígenas y la garantía de que sus insumos (biodiversidad/conocimiento) no sean apropiados o restringidos.

La expresión total de este concepto de salud en los pueblos indígenas supone la protección y la promoción de su cultura como un todo (idioma, religión, organización social, tierra/territorio, etc.). A continuación se presentan las tablas correspondientes a los artículos revisados en cuanto a las categorías mencionadas con su respectivo análisis.

## 4.9 ACCESO<sup>33</sup> A LA SALUD Y PARTICIPACIÓN SOCIAL

Aunque son varios los sectores de la población que todavía permanecen aislados de la atención en salud, se puede afirmar según la información revisada que en los países seleccionados existen planes para aumentar la cobertura y la calidad de la atención a la salud a toda la población.

La calidad implica que los usuarios de los servicios reciban asistencia oportuna, eficaz y segura —calidad técnica— en condiciones materiales y éticas adecuadas --calidad percibida-- (La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma OPS/OMS, 1997). Es decir una atención que se ajuste a las normas técnicas establecidas y que satisfaga las necesidades y expectativas del usuario. Si aplicamos este concepto a los pueblos indígenas, la calidad en la atención debe tomar en cuenta su contexto social, económico y cultural específico.

Para alcanzar la calidad de atención de salud a los pueblos indígenas, varias barreras institucionales deben ser superadas, entre ellas destacamos las barreras culturales, sociales, económicas, geográficas.

Las *barreras culturales* en los servicios de salud están dadas por la falta de comprensión de los contextos culturales por parte de los formuladores de políticas, gerentes y personal técnico y de apoyo. En no pocos casos se otorgan reconocimientos a diferentes culturas en detrimento de otras. Los estereotipos negativos que califican a tal o cual cultura no es un fenómeno extraño en los países de la Región. La expresión de las barreras culturales en los servicios de salud, se traduce en los problemas que existen en los servicios públicos de salud, asociados al desempeño del personal de salud, los horarios de atención, la disposición física y los procedimientos técnicos utilizados por los servicios públicos de salud. Cada una de estas manifestaciones representan la incongruencia entre los paradigmas utilizados en la organización y provisión de servicios públicos de salud en poblaciones multiculturales y las diferencias de las culturas en cuanto a lengua y comunicación, valores y creencias, formas de vida y organización del tiempo (Proyecto: Incorporación del abordaje intercultural de la salud, OPS/OMS, 1998).

Las *barreras sociales* están determinadas por ejemplo, por el nivel de educación de la población. En el caso de los pueblos indígenas, las tasas de analfabetismo son altas especialmente entre las mujeres. Las *barreras económicas* constituyen las dificultades financieras que la población tiene para acceder a la atención en salud por su nivel de ingreso y costo real de la atención (transporte, alimentación, hospedaje, medicamentos, pérdida de días laborados) especialmente en casos de emergencia. Varias comunidades, además, utilizan el trueque como medio de pago, este mecanismo, por lo general, no es aceptado en la sociedad no indígena. Las *barreras geográficas* se refieren a las dificultades que la población tiene para acceder a la atención de salud debido a la distancia, medio de transporte y aislamiento geográfico estacional (Proyecto: Incorporación del abordaje intercultural de la salud, OPS/OMS, 1998).

---

<sup>33</sup> En cuanto al acceso, la definición disponible se refiere en términos de acceso geográfico: la población urbana tiene acceso a los servicios públicos de salud cuando el centro más cercano se encuentra a 30 minutos y en el caso de la población rural a una hora. Sin embargo, es necesario incorporar en esta definición, los problemas relacionados con las barreras culturales, sociales y económicas que condicionan el acceso real de la población a los servicios de salud.

Todas y cada una de estas barreras impiden el *acceso* real de la población a los servicios de salud ofrecidos por el Estado. En la superación de estas barreras, por ejemplo, en el ámbito cultural, los idiomas nativos deben ser considerados en los modelos de atención. Todos los países en sus constituciones o en cumplimiento del Convenio 169 de la OIT se comprometen a la promoción o difusión o respeto del uso de las lenguas indígenas. Los servicios de salud no pueden constituirse en una barrera para el uso de lengua indígena, de otra manera el Estado no estaría cumpliendo con sus principios constitucionales.

Dentro de las estrategias de superación de las barreras mencionadas, la participación social es fundamental en la formulación, organización y provisión de servicios y programas de salud. La participación social tiene que ver con la forma en que los distintos actores sociales actúan en los procesos de formulación y evaluación de políticas.<sup>34</sup> Esta participación debe dar como resultado deliberaciones donde el Estado y la sociedad comparten la responsabilidad y obligación de su implementación. Por lo tanto, la participación social no es solamente consultiva sino que tiene poder deliberativo.<sup>35</sup> Una efectiva participación social está vinculada a los procesos de descentralización.<sup>36</sup>

Bolivia tiene una ley específica que promueve la participación popular y reconoce entre sus actores sociales a las comunidades indígenas. En términos de la atención de salud está prevista también la presencia de estas comunidades en una gestión compartida en la prestación de servicios de salud. México, en la Ley General de Salud, promueve una participación de la sociedad con carácter consultivo, no deliberativo. Los miembros de la comunidad participan como ejecutores de disposiciones que vienen del nivel central.

Los gobiernos de los países que han ratificado el Convenio 169 de la OIT,<sup>37</sup> deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos indígenas, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger el derecho a la salud de estos pueblos.

En cuanto a la atención de la salud, Colombia prevé una atención especial a las comunidades indígenas y un diálogo entre estas comunidades, sus sistemas de salud y la medicina institucional.

---

<sup>34</sup> Incluye la planificación, gestión, provisión y evaluación de servicios y acciones de salud.

<sup>35</sup> El poder deliberativo supone el carácter obligatorio de las resoluciones consensuadas en instancias de consulta donde uno de los actores sociales es también el Estado.

<sup>36</sup> Uno de los principios de la reforma del sector salud es la descentralización que consiste en la concretización de nuevos escenarios-arenas políticas donde emergen diferentes actores sociales del nivel local que manifiestan sus problemas, intereses, realidades específicas y propuestas de políticas. Para que este principio no se reduzca a una reforma administrativa del sector, debemos entender que la descentralización es más que una desconcentración. En la desconcentración están involucrados sólo los actores institucionales, es decir, los agentes políticos del gobierno, sus administradores y algunas veces los técnicos del sector público, en la descentralización están involucrados los diferentes actores sociales (sector público, privado, ONGs, etc). En la desconcentración, el nivel local es solo ejecutor de políticas. En el caso de la descentralización, el nivel local es formulador y ejecutor de políticas locales. En la desconcentración el nivel local aguarda recursos del nivel central, en la descentralización el nivel local busca, también, generar sus propias fuentes de financiamiento para el sector salud. En la descentralización no ocurre una ruptura con el nivel central, por lo contrario, el nivel local contribuye tanto a una política nacional de salud apuntando las inequidades, como a una efectiva planificación ascendente. De esta manera el reconocimiento del liderazgo del nivel central aumenta.

<sup>37</sup> Todos los países seleccionados, excepto El Salvador.

Los gobiernos de los países que han ratificado el Convenio 169 de la OIT, deberán dar la preferencia a la formación y/o empleo de personal sanitario de la comunidad indígena y centrarse en cuidados primarios de salud, manteniendo, al mismo tiempo, estrechos vínculos con los demás niveles de atención sanitaria.

País	Acceso de los Pueblos Indígenas a la Salud
<b>Bolivia</b>	<p>Decreto Supremo N° 24237</p> <p>Artículo 12° - (Centro de salud)</p> <p>La base de la red de servicios de salud es el centro de salud con su área de influencia. Tiene la obligación de: Prestar servicios de salud a toda la población que se encuentra dentro de su área de influencia.</p> <p>Realizar de manera conjunta con las juntas vecinales, las comunidades campesinas y los pueblos indígenas la planificación participativa en salud.</p> <p>Realizar su programación operativa sobre la base de las prioridades establecidas por el modelo de atención y el proceso de planificación participativa en salud.</p>
<b>Colombia</b>	<p>Ley 100 de 1993</p> <p>Sistema de seguridad social integral</p> <p>Artículo 181. Tipos de entidades promotoras de salud. La Superintendencia Nacional de Salud podrá autorizar como entidades promotoras de salud, siempre que para ello cumplan con los requisitos previstos en el artículo 180, a las siguientes entidades: las organizaciones no gubernamentales y del sector social solidario que se organicen para tal fin, especialmente las empresas solidarias de salud, y las de las comunidades indígenas.</p> <p>Decreto de 06 de agosto 1811/90 art. 8. El Ministerio de Salud creará un grupo de atención en salud a las comunidades indígenas, compuesto por funcionarios con experiencia en este campo, con dedicación exclusiva y con las siguientes funciones: 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.</p>
<b>El Salvador</b>	
<b>Honduras</b>	
<b>México</b>	
<b>Convenio 169</b>	<p>Artículo 25</p> <p>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.</p> <p>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.</p> <p>4. La prestación de tales servicios de salud deberá coordinarse con las demás medidas sociales, económicas y culturales que se tomen en el país.</p>

País	Participación Social de los Pueblos Indígenas
<b>Bolivia</b>	<p><b>Ley No. 1551 del 20 de abril de 1994 - Ley de Participación Popular</b>  Art. 1° (Objetos).  La presente ley reconoce, promueve y consolida el proceso de Participación Popular articulando a las comunidades indígenas, campesinas y urbanas, en la vida jurídica, política y económica del país. Procura mejorar la calidad de vida de la mujer y del hombre boliviano, con una más justa distribución y mejor administración de los recursos públicos. Fortalece los instrumentos políticos y económicos necesarios para perfeccionar la democracia representativa facilitando la participación ciudadana y garantizando la igualdad de oportunidades en los niveles de representación a mujeres y hombres.</p> <p>Art. 3° (Organizaciones Territoriales de Base y Representación)  I. Se define como sujetos de la participación popular a las organizaciones territoriales de base, expresadas en las comunidades campesinas, los pueblos indígenas y las juntas vecinales, organizadas según sus usos, costumbres o disposiciones estatutarias.</p> <p><b>Ley No. 1654 Ley de Descentralización Administrativa</b>  Artículo 5°. (Atribuciones). El Prefecto en el régimen de descentralización administrativa, tiene las siguientes atribuciones además de las establecidas en la Constitución Política del Estado: promover la participación popular, y canalizar los requerimientos y relaciones de las organizaciones indígenas, campesinas y vecinales por medio de las instancias correspondientes del Poder Ejecutivo.</p> <p><b>Decreto Supremo N° 24237</b>  Art. 21° - (Gestión compartida con participación popular)  La gestión compartida con participación popular es el ejercicio de la responsabilidad conjunta en la prestación de servicios de salud entre la prefectura, los gobiernos municipales y las juntas vecinales, las comunidades campesinas y/o los pueblos indígenas.</p> <p>Art. 22° (Directorio Local de Salud)  El Directorio Local de Salud (DILOS) es la instancia de gestión compartida con participación popular correspondiente a una jurisdicción municipal, en la que participan el representante del gobierno municipal como presidente del directorio, el director departamental de salud o su delegado en representación de la prefectura y de la secretaría del comité de vigilancia por delegación de las juntas vecinales, las comunidades campesinas y/o los pueblos indígenas.</p>
<b>Colombia</b>	
<b>El Salvador</b>	
<b>Honduras</b>	
<b>México</b>	<p><b>Ley General de Salud</b>  Art. 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado mediante las siguientes acciones:</p> <p>I. Promoción de hábitos de conducta que contribuyan a proteger la salud o a solucionar problemas de salud, e intervención en programas de promoción y mejoramiento de la salud y de prevención de enfermedades y accidentes; II. Colaboración en la prevención o tratamiento de problemas ambientales vinculados a la salud; III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;</p> <p>IV. Notificación de la existencia de personas que requieran de servicios de salud, cuando éstas se encuentren impedidas de solicitar auxilio por sí mismas; V. Formulación de sugerencias para mejorar los servicios de salud. V. bis. Información a las autoridades sanitarias acerca de efectos secundarios y reacciones adversas por el uso de medicamentos y otros insumos para la salud o por el uso, desvío o disposición final de sustancias tóxicas o peligrosas y sus desechos; VI. Información a las autoridades competentes de las irregularidades o deficiencias que se adviertan en la prestación de servicios de salud, y VII. Otras actividades que coadyuven a la protección de la salud.</p>
<b>Convenio 169</b>	<p>Art. 2  1. Los gobiernos deberán asumir la responsabilidad de desarrollar, con la participación de los pueblos interesados, una acción coordinada y sistemática con miras a proteger los derechos de esos pueblos y a garantizar el respeto de su integridad.</p>

#### **4.9 MEDICINA TRADICIONAL/INDÍGENA, TERAPEUTAS TRADICIONALES/INDÍGENAS Y PROPIEDAD INTELECTUAL COLECTIVA**

Los pueblos indígenas de la Región 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, cuyo "eje conceptual" o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integralidad. A este conjunto de prácticas y conocimientos presentes en los pueblos de la Región, generalmente se los ha agrupado en la denominada Medicina Tradicional (OPS/OMS, 1997).

Los terapeutas tradicionales reciben nombres de acuerdo con su especialidad, y éstos varían muchas veces de pueblo a pueblo de acuerdo a su historia. Por ejemplo: en la Costa Atlántica de Nicaragua se han mezclado elementos de la cultura indígena con elementos de la cultura negra afrocaribeña, como en el caso de los obiaman con los sukias, los dopi con los espíritus (Fundación Wangki Lupia, 1994). Entre los pueblos de la Amazonía el líder espiritual es el shamán. En los pueblos de los Andes los terapeutas indígenas se pueden diferenciar, entre otros, a los hierbateros, fregadores, hueseros, limpiadores de mal viento, llamadores de la sombra, curanderos mayores, parteras, chupadores (Balladelli 1990; Bastien, 1992). En el pueblo mapuche la líder espiritual es la machi.

La milenaria relación con la naturaleza les ha posibilitado una comprensión cabal de la clasificación, composición, usos y protección de las plantas de su hábitat respectivo. Las plantas son parte integral de la cultura y lo cotidiano, sus categorías y usos se entrelazan en lo mágico y religioso de la cosmovisión de los pueblos indígenas (Yáñez del Pozo, 1997). Al abordar el tema de los sistemas de salud tradicionales, se reconoce que estamos frente a algo más que sustancias terapéuticamente potentes extraídas de las plantas medicinales. Por esta razón, entre otras, el tema de las plantas medicinales merece un sitio especial dentro de los sistemas de salud tradicionales y por lo tanto de la cultura de los pueblos indígenas.

Las leyes generales de salud revisadas no contemplan los temas de la medicina tradicional/indígena, terapeutas tradicionales/indígenas y propiedad intelectual colectiva, tampoco el Convenio 169 de la OIT como tal. Sin embargo, México, se basó en el artículo 4to. de la Constitución (reconocimiento de la composición pluricultural de la nación mexicana) y en el Convenio 169 de la OIT para implementar su Programa del Instituto Mexicano de Seguridad Social Solidaridad (IMSS-Solidaridad) donde instituye la medicina tradicional/indígena y el reconocimiento de los terapeutas indígenas.

Con una orientación pragmática, el Programa IMSS-Solidaridad desde un principio ha intentado la complementación entre la atención médica académica y la adecuación del servicio a las culturas rurales, sobre todo indígenas. Es por ello que primero entra en relación con las parteras empíricas y más tarde con los demás terapeutas indígenas.

Para los demás países, la Resolución CD35.R5<sup>38</sup> pasa a ser la referencia en el tema. En esta resolución se recomienda que los Gobiernos Miembros de la OPS promuevan la transformación de

---

<sup>38</sup> La Resolución CD37R5 fue aprobada el 28 de septiembre de 1993 por los Gobiernos Miembros de la Organización Panamericana de la Salud. Los países seleccionados en este estudio son miembros de la Organización.

los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención a la población indígena, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad. Al ser una recomendación, no tiene fuerza legal, pero se presenta como una alternativa para que los países incorporen el tema en su derecho interno.

Sobre los terapeutas indígenas, aunque en ninguno de los países estudiados los especifican, Colombia, al describir los requisitos necesarios para la práctica y ejercicio de las profesiones indica que toda persona es libre de escoger profesión u oficio, sin embargo, la ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social. Dependiendo de los criterios que se utilicen para interpretar el riesgo social, la práctica de los terapeutas indígenas estaría en riesgo de ser proscrita. La falta de reconocimiento legal tiene llevado a prohibición del ejercicio de la curación por parte de los terapeutas indígenas en Colombia, Bolivia, El Salvador y Honduras. Esta es una situación común en los países de la Región (Cummings, 1994).

El abordaje de la medicina tradicional como parte de la cosmovisión indígena, urge la discusión de temas como propiedad intelectual y patentes. Así, de acuerdo con los preceptos del Foro Internacional Indígena sobre la Biodiversidad, se reconoce la imposibilidad de separar el conocimiento tradicional del derecho que tienen los pueblos indígenas a la tierra, al territorio y a los recursos naturales.

En Colombia, por ejemplo, se encuentra un dilema en la aplicabilidad de los acuerdos formulados por la Organización Mundial de Comercio (OMC) referente a las patentes y propiedad intelectual, los cuales en el contexto de la OMC se orientan claramente a favorecer la monopolización de los recursos biológicos y genéticos de importancia vital para la seguridad alimentaria y cultural de comunidades indígenas y locales. Se podría demostrar jurídicamente que contraviene los principios de la Constitución Nacional.<sup>39</sup> Los demás países se encuentran en una situación similar. Esto está determinado por la crisis de paradigmas entre la connotación de patente en los términos descritos por la Organización Mundial de Comercio y el Convenio de Biodiversidad Biológica.

El Convenio de Biodiversidad Biológica reconoce "la estrecha y tradicional dependencia de muchas comunidades locales y poblaciones indígenas que tienen sistemas de vida tradicionales basados en los recursos biológicos y la conveniencia de compartir equitativamente los beneficios

---

<sup>39</sup> Constitución de Colombia:

Artículo 2: "Son fines del Estado servir a la comunidad, promover la prosperidad general y garantizar la efectividad de los principios, derechos y deberes consagrados en la constitución";

Artículo 13: "Todas las personas recibirán la misma protección y gozarán de los mismos derechos y oportunidades sin ninguna discriminación";

Artículo 63: "...las tierras comunales de los grupos étnicos, las tierras de los resguardos, ...son inalienables, imprescriptibles e inembargables";

Artículo 65: "La producción de alimentos gozará de la especial protección del Estado";

Artículo 330: "De conformidad con la constitución y las leyes, los territorios indígenas estarán gobernados por consejos formados y reglamentados según los usos y costumbres de sus comunidades;

Artículo 333: "La actividad económica y la iniciativa privada son libres, dentro de los límites del bien común" (Cumbre de Biodiversidad. América Latina: Los derechos de las comunidades. Lucía Velásquez, 1998).

derivados de la utilización de los conocimientos tradicionales". Además, el convenio de Biodiversidad Biológica en el Artículo 15 dice "cada parte contratante tomará medidas legislativas y administrativas o políticas... para compartir de una manera justa y equitativa, los resultados de los beneficios derivados de la utilización comercial y de otra índole de los recursos genéticos".

La propiedad intelectual y las patentes sobre las formas de vida, hieren la naturaleza colectiva del conocimiento indígena y la integridad de estos pueblos. El Convenio 169 de la OIT no hace referencia al tema. Por esta razón adoptamos el Convenio de Biodiversidad Biológica para la discusión del tema, este convenio ha sido ratificado por los países seleccionados.

Probablemente debido a que las condiciones de la salud se deterioran en los países de la Región, la búsqueda de respuestas alternativas y estrategias de intervención que reconocen a los sistemas de salud tradicionales, como poseedores de soluciones, avanza. Su accesibilidad, humanidad, el abordaje integral del problema de la enfermedad y la naturaleza holística de las intervenciones, son ejemplos de algunas de las posibles contribuciones de estos sistemas de salud. De la misma manera, se evidencia la preocupación por un mejor conocimiento de los mismos y la necesidad de identificar vacíos legales y revisar la legislación vigente desde la perspectiva intercultural con relación a temas como prioridades de salud, práctica y ejercicio de la medicina tradicional, aspectos éticos, propiedad intelectual, patentes; producción, procesamiento, comercialización de plantas medicinales; investigación, programas de educación, protección del medio ambiente, y otros. (OPS/OMS, 1997).

<b>País</b>	<b>Terapeutas Tradicionales/Indígenas</b>
<b>Bolivia</b>	
<b>Colombia</b>	Art. 26. Toda persona es libre de escoger profesión u oficio. La ley podrá exigir títulos de idoneidad. Las autoridades competentes inspeccionarán y vigilarán el ejercicio de las profesiones. Las ocupaciones, artes y oficios que no exijan formación académica son de libre ejercicio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social.
<b>El Salvador</b>	
<b>Honduras</b>	
<b>México</b>	
<b>Convenio 169</b>	

<b>País</b>	<b>Propiedad Intelectual</b>
<b>Bolivia</b>	
<b>Colombia</b>	Art. 61. El Estado protegerá la propiedad intelectual por el tiempo y mediante las formalidades que establezca la ley.
<b>El Salvador</b>	
<b>Honduras</b>	Art. 339. - Se prohíben los monopolios, oligopolios, acaparamiento y prácticas similares en la actividad industrial y mercantil.

País	Propiedad Intelectual
	No se consideran monopolios particulares los privilegios temporales que se conceden a los inventores, descubridores o autores, en concepto de derechos de propiedad científica, literaria, artística o comercial, patentes de invención y marcas de fábrica.
<b>México</b>	
<b>Convenio de Biodiversidad</b>	Art. 8. Con arreglo a su legislación nacional, respetará, preservará y mantendrá los conocimientos, las innovaciones y las prácticas de las comunidades indígenas y locales que entrañen estilos tradicionales de vida pertinentes para la conservación y la utilización sostenible de la diversidad biológica y promoverá su aplicación más amplia, con la aprobación y la participación de quienes posean esos conocimientos, innovaciones y prácticas, y fomentará que los beneficios derivados de la utilización de esos conocimientos, innovaciones y prácticas se compartan equitativamente.

País	Medicina Tradicional/Indígena
<b>Bolivia</b>	
<b>Colombia</b>	
<b>El Salvador</b>	
<b>Honduras</b>	
<b>México</b>	
<b>Convenio 169</b>	Art. 25 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.



## 5. ABOGACÍA Y PARTICIPACIÓN DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

---

Después de largos años de falta de democracia, los países latinoamericanos, en diversos grados, están en un período de ejercer nuevas formas de democracia. La elección de representantes a los parlamentos y al Poder Ejecutivo viene siendo un instrumento necesario pero insuficiente para garantizar la voluntad del pueblo frente al Estado. El creciente número de organizaciones no gubernamentales con actividades políticas, en muchos casos se ha convertido en la alternativa de organización de la sociedad civil para solucionar sus propios problemas y también para presionar y/o influir en las políticas de Estado

La *abogacía* es uno de los instrumentos que la sociedad civil ha utilizado para alcanzar sus derechos, es decir, para que sus derechos firmados en ley sean efectivamente realizados. Por lo tanto, la abogacía en salud significa la reivindicación del derecho a la salud, su acción es eminentemente política.

El término *abogacía* tiene el significado de 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.

Se parte afirmando que 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 garantizados. (Dallari, 1996).

La diferencia entre abogacía y cabildeo “lobby” es que en la primera, su actividad está relacionada con *los derechos*. En el segundo, su objeto son los *intereses*. Los derechos se reivindicán, los intereses, no. Los derechos son el fruto de consensos, los intereses se debaten en la arena de conflictos, sin embargo, un interés puede ser declarado un derecho.<sup>40</sup>

Los canales de reivindicación utilizados por la abogacía son los mismos canales utilizados para la reivindicación de los derechos, o sea, los canales institucionales del Estado. Entre ellos, el Poder Ejecutivo, el Poder Legislativo y el Poder Judicial. La utilización de cada canal depende de la estrategia adoptada por el grupo de abogacía.

La estrategia de utilización del 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 legislaciones. Esta omisión causa alguna restricción al derecho a la salud, ejemplo: ley específica para atención a la salud de los pueblos indígenas incluyendo aspectos de interculturalidad; legalización de los terapeutas indígenas, reconocimiento de la medicina tradicional indígena.

Sin embargo, un derecho que se encuentre reconocido por la norma, no significa que se encuentre efectivamente vigente. La implementación de un derecho social necesita de una acción

---

<sup>40</sup> La abogacía en salud involucra una concepción de persona y sociedad donde la preocupación ética es constante.

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 constitucionalmente y el gobierno no está sensibilizado a la implementación del derecho, se pueden utilizar los mecanismos judiciales para garantizar que el Poder Ejecutivo cumpla su obligación. La salud puede ser declarada como derecho, pero ese derecho puede estar siendo violado.

Las garantías constitucionales proporcionan las formas de defensa de las que el ciudadano o la comunidad pueden echar mano en el caso en que los derechos declarados constitucionalmente están siendo violados. Las constituciones revisadas, básicamente utilizan dos tipos de garantías de derechos: *Habeas Corpus*<sup>41</sup> o Exhibición Personal y *Recurso de Amparo*<sup>42</sup>.

El *Habeas Corpus*, es un instrumento utilizado en el ámbito del proceso penal y su utilización en el campo de la salud depende del Código Penal del país, ya que en este código se incluye la materia de salud. Sin embargo, el mejor instrumento de garantía del derecho a la salud es el *Recurso de Amparo*.

Mientras al recurso de *Habeas Corpus* puede ser recurrir solamente una persona física (el individuo), el *Recurso de Amparo* puede ser utilizado por una persona física o jurídica. Es decir que el *Recurso de Amparo* puede ser demandado por un individuo, por una ONG, por una asociación de clase, por el sector privado, u otros. En el campo de la salud el *Recurso de Amparo* puede ser empleado para garantizar la participación comunitaria declarada en las constituciones como el caso de El Salvador.

Las técnicas para ejercer la abogacía junto al Poder Ejecutivo son varias y el uso de cada una dependerá de la situación en la que se encuentra el problema.<sup>43</sup> La técnica colaboradora es aquella en

---

<sup>41</sup> El *Habeas Corpus* es comúnmente utilizado para la protección de la libertad de la persona cuando está amenazada o fue violada. El *Habeas Corpus* es un instrumento judicial donde una persona presa o detenida, o amenazada en su derecho de ir y venir, por ilegalidad o abuso de poder, tiene el derecho de exigir del Estado el cumplimiento de su derecho a la libertad física de locomoción, amenazado o violado arbitrariamente por abuso de autoridad. En Nicaragua el *Habeas Corpus*, además, puede ser utilizado también en el caso que la integridad física de la persona esté amenazada o sea violada.

<sup>42</sup> El *Recurso de Amparo* es el medio constitucional puesto a disposición de toda persona física o jurídica para la protección del derecho individual, propio, incontestable, que este siendo lesionado o amenazado de lesión por abuso de autoridad. En las constituciones de los países, la salud es reconocida como derecho. Si el Estado de cualquiera de estos países no estuviera promocionando acciones de protección a salud, proporcionando servicios de salud, o promocionando acciones de prevención a las enfermedades, cualquier ciudadano u ONG puede requerir el *Recurso de Amparo*. El *Recurso de Amparo* es un instrumento judicial utilizado para garantizar todos los derechos declarados en la Constitución Política del país y de aquellos que no son garantizados por el recurso de *Habeas Corpus*. Si el derecho a la salud, declarado en la constitución, está siendo violado por la autoridad pública (este término se refiere tanto a las personas del sector público como privado), cualquier persona física o jurídica puede exigir el restableciendo de su derecho a través del *Recurso de Amparo*.

<sup>43</sup> En el ejercicio de la abogacía en salud debe buscar soluciones pacíficas del conflicto sin apelar a la violencia.

la que ambos lados se disponen al diálogo compartiendo información y tentativas para resolver el problema que obstaculiza el derecho.

Sin embargo, 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 judiciales.

La argumentación representa la capacidad del actor social para expresar sus ideas o proposiciones de manera convincente e inteligible a los valores y códigos frente a su oponente. En el caso de los pueblos indígenas, como actores sociales con una cosmovisión diferente a la sociedad no indígena, el desafío es generar un proceso mutuo de decodificación de valores e ideas para el establecimiento de un diálogo y alcanzar el consenso necesario para obtener los objetivos deseados.

A nivel internacional, diferentes son los foros donde el tema indígena ha cobrado relevancia y se presentan como espacios de abogacía. En el marco del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas auspicia las sesiones del Grupo de Trabajo sobre los Pueblos Indígenas en el que participan las agencias de las Naciones Unidas. En 1997, la Comisión aprobó el Proyecto de Declaración Americana de Derechos de los Pueblos Indígenas cuyo proceso de consulta a nivel de las organizaciones indígenas de la Región fue liderado por la Organización de Estados Americanos.

En el campo de la salud, la Organización Panamericana de la Salud y sus Estados Miembros en las Resoluciones R5 y R6 (anexo B), luego de reconocer las contribuciones de los pueblos indígenas al mantenimiento de la salud y la biodiversidad, expresan su compromiso con el bienestar de los mismos y se halla impulsando procesos de trabajo conjunto dentro de la institución y con los diferentes actores sociales involucrados en el bienestar de los diferentes grupos étnicos.

En los procesos de redemocratización de la sociedad, las organizaciones no gubernamentales han ganado espacio. En el caso de las organizaciones indígenas éstas han tenido una fuerte influencia en la reivindicación de los derechos de sus pueblos. La exigencia del cumplimiento del Convenio 169 de la OIT, por parte de los Estados que lo han ratificado, ha sido punto fundamental de las reivindicaciones de las organizaciones indígenas.

Varios son los puntos de reivindicación que se incluyen en las agendas de las organizaciones indígenas. De la revisión realizada de las pautas de algunas de las organizaciones indígenas de los países seleccionados,<sup>44</sup> en general, se puede observar que además de reclamar el reconocimiento de sus derechos de ciudadanía, priorizan el tema de la educación, tierras y territorios y justicia.

El tema de la tierra y territorio es prioritario en los siguientes aspectos:

- el reclamo de la expropiación de tierras y territorios

---

<sup>44</sup> Asociación Coordinadora de Comunidades Indígenas de El Salvador, ACCIES; Confederación de los Pueblos Autóctonos de Honduras, CONPAH; Organización Nacional Indígena de Colombia, ONIC; Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia, CESUTCB; Movimiento Nacional Indígena de México.

- la depredación de los recursos de la tierra por obras de desarrollo sin prever el desarrollo sostenible
- la desconsideración de la organización social indígena en la división geopolítica de los territorios
- la defensa y protección de los recursos naturales
- la protección de sitios sagrados

La educación es tratada en términos de acceso a programas educativos que se impartan en los idiomas nativos y respeten la cosmovisión de los pueblos. El reclamo de la justicia apunta la fragilidad del sistema judicial criminal al denunciar la impunidad de crímenes contra dirigentes indígenas.

En términos específicos de salud, la organización indígena de Bolivia incluye en su agenda la necesidad de la incorporación de la medicina tradicional proponiendo la creación de una Secretaría Nacional de Medicina Tradicional. Bolivia y Honduras además puntualizan la cuestión de salud de los trabajadores campesinos y trabajadores.<sup>45</sup>

En la consecución de los derechos de sus pueblos, el reto de las organizaciones indígenas, en la negociación con los gobiernos, constituye incorporar al proceso de regateo argumentos que sensibilicen a los niveles de decisión y un mejor conocimiento de los mecanismos de presión. La negociación se vería fortalecida con la sistematización de soluciones a corto, mediano y largo plazo.

---

<sup>45</sup> De acuerdo a datos recientes, 10% de los buzos (pescadores) son discapacitados y 2% de estos trabajadores murieron.

## **6. LINEAMIENTOS PARA EL ESTABLECIMIENTO DE ESTRATEGIAS DE ABOGACÍA EN SALUD CON PUEBLOS INDÍGENAS**

---

Partiendo de los marcos jurídicos que tratan el tema se sugieren pautas y estrategias para el trabajo futuro en abogacía y salud de los pueblos indígenas.

Pautas que deben constar en las de 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.

### **6.1 ESTRATEGIAS DE ABOGACÍA**

El ejercicio de la abogacía, en los términos adoptados en este documento, requiere del fortalecimiento de las técnicas de negociación, presión y argumentación en los procesos de reivindicación de los derechos asociados a la salud. Por lo tanto, se reconoce que la elaboración de

estrategias de abogacía depende del grado de movilización social del pueblo indígena, de las diferentes interacciones entre la sociedad civil y Estado, y, principalmente, del grado de incorporación de los derechos en las legislaciones nacionales, así como del diseño de mecanismos para su implementación. En este trabajo, se proponen algunos lineamientos generales en el campo internacional y nacional, teniendo como base la experiencia de los países estudiados con énfasis en la definición de una plataforma de acción para la OPS.

### **6.1.1 Concertación en el campo internacional**

Las estrategias en el nivel internacional tendrán como fin la sensibilización de los países hacia la incorporación de los derechos reconocidos internacionalmente en tratados o convenciones, a través de la presión internacional, contribuyendo para la efectivación de los derechos.

#### ***Inserción del nuevo paradigma de salud en los parlamentos regionales: Parlamento Amazónico, Parlamento Andino y Parlamento Indígena***

En los parlamentos regionales el enfoque de la cuestión salud tiene algunas variaciones. En el caso del Parlamento Amazónico, la sistematización del tema salud no está presente en ninguna de las comisiones.<sup>46</sup> De manera general se presentan algunos planteamientos de cómo podrá ser tratada la salud de los pueblos indígenas con plena participación de los mismos. La propuesta es que los parlamentos puedan tratar el tema con el mismo enfoque, unificando esfuerzos para que puedan incluir la salud de los pueblos indígenas en los parlamentos nacionales, por lo tanto, se propone:

- Incluir el tema salud asociado a temáticas de medio ambiente. Es decir, en relación con las comunidades indígenas como guardianas de la biodiversidad que además de la connotación económica, es esencial para la supervivencia de la humanidad.
- Promocionar la discusión sobre la medicina tradicional/indígena para respaldar el fortalecimiento de la identidad étnica, así como utilizar los conocimientos etno-históricos.
- Tratar sobre la necesidad de incorporar el enfoque intercultural<sup>47</sup> en los servicios ofrecidos a los pueblos indígenas, particularmente, en los servicios de salud.
- Insertar la reflexión sobre el reconocimiento y libre ejercicio de la medicina tradicional/indígena y de sus terapeutas en los Estados Miembros.
- Presentar en el tema de tierras/territorios el impacto y la repercusión sobre la salud.

---

<sup>46</sup> Ver Parlamento Amazónico Internet; <http://webmediaven.com/parlamaz/comis>.

<sup>47</sup> El concepto de interculturalidad será entendido como un proceso social interactivo, de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una y entre varias culturas, en un espacio determinado, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, económico, social, cultural, étareo, lingüístico, de género y generacional.

### ***Inserción de la perspectiva intercultural en los Procesos de Integración Regional***<sup>48</sup>

El reto de los procesos de globalización económica y de integración regional constituye apoyar el desarrollo con identidad. Por lo tanto, se debe promocionar, en los entes de integración regional, la inclusión de la perspectiva intercultural en las agendas de negociación de la circulación de bienes y servicios de salud, dado que muchos países reconocen en sus preámbulos el carácter multiétnico y multicultural de su población.

### ***Asegurar la ejecución del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes (1989) en el ámbito internacional***

Para los países que han ratificado el Convenio 169, utilizar la Comisión de Fiscalización de la Ejecución de las Convenciones Internacionales de Trabajo de OIT presentando informes sobre el estado de la implementación del Convenio en cada país.

#### **6.1.2 Concertación en el Campo Nacional**

La concertación en el nivel nacional variará de acuerdo a las características y a los procesos en marcha en cada país. Sin embargo, se pueden delinear estrategias generales, por ejemplo, según los países hayan o no ratificado el Convenio de la OIT y otros convenios internacionales que conciernen a los pueblos indígenas.

### ***Propuesta de legislación a nivel de los Parlamentos Nacionales***

Para aquellos países que no han ratificado aún el Convenio 169, se propone:

- Gestionar la ratificación del mismo.

### ***Para aquellos países que han ratificado el Convenio 169, el Convenio de la Biodiversidad y las Resoluciones R5 y R6 de OPS/OMS***

- Proponer un proyecto de ley en el que conste los preceptos del Convenio 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.

---

<sup>48</sup> Ese lineamiento se refiere a todos los entes de integración de la Región, pero especialmente a la Comunidad Andina y Sistema de Integración de Centro América.

### ***Operacionalización en el Poder Ejecutivo***

Para la estructura de los gobiernos latinoamericanos, la responsabilidad del Poder Ejecutivo en la implementación del derecho es fundamental, principalmente después de la promulgación de alguna ley o ratificación de un tratado. En la fase en que actualmente se encuentran los derechos de los pueblos indígenas, 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,<sup>49</sup> 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 de 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

### **6.2 ESTRATEGIAS CON EL PODER JUDICIAL**

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,<sup>50</sup> 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.

---

<sup>49</sup> Considerando los mecanismos de consulta y gestión, la organización social de los pueblos indígenas y su forma de establecer representatividad.

<sup>50</sup> Generalmente la respuesta del Poder Judicial es muy lenta. Por ese motivo se le debe utilizar simultáneamente con estrategias junto al Poder Ejecutivo.

### 6.3 RECOMENDACIONES

- Varios de los países seleccionados presentan un desarrollo legislativo en áreas específicas. Esto se constituye en ejemplos que merecen ser apreciados. Entre ellos:
  - La Ley de Educación de Colombia y las experiencias en su ejecución
  - La Ley 100 de Colombia que reconoce la necesidad de proveer una atención especial a los pueblos indígenas
  - El ejemplo de México en el reconocimiento de la legitimidad y la institucionalización de la medicina tradicional/indígena
  - El ejemplo de Bolivia que destaca la participación social de los indígenas en todas las esferas de la vida política del país
- El abordaje de la salud de los pueblos indígenas debe tomar en cuenta los elementos que son indisociables. Por ejemplo: Tierras/territorios, medio ambiente, patrimonio arqueológico/recursos naturales/pueblos indígenas; medicina tradicional/cosmovisión indígena.
- En definitiva, apoyar en la formulación de legislación adecuada a los mecanismos de consulta y gestión de la organización social de los pueblos indígenas y sus formas de establecer representatividad.



## 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

1. Balladelli P, con la colaboración de Miguel Colcha, *Entre lo mágico y lo natural: La medicina indígena, testimonios de Pesillo*, Ediciones Abya-Yala, Quito, Ecuador, 1990.
2. Barsh, R. L & Bastien, K. *Effective Negotiation by Indigenous Peoples: An action Guide with Special Reference to North America*. Development Policies Department of the International Labour Organization, June, 1997.
3. Bastien J. *Drum and Stethoscope. Integrating Ethnomedicine and Biomedicine in Bolivia*, Bolivia 1992.
4. Bobbio, N. *A Era dos Direitos*. Ed. Campus. Sao Paulo, 1992.
5. Cummings, N. *Legislation on Traditional and Alternative Systems of Medicine: A Comparative Review*. Toronto, 1994.
6. Dallari, D.A. *Elementos de Teoria Geral do Estado*. Saraiva Sao Paulo, 1998.
7. Dallari, S. et al *Advocacia em Saúde no Brasil Contemporaneo* Rev. Saúde Pública, 30 (6) , 1996.
8. De la Cruz R. Ponencia presentada en el Seminario de Políticas y Pueblos Indígenas. Quito, Ecuador, 1997.
9. Fundación Wangky Lupia. *Medicina Tradicional en Comunidades Miskitas del RíoCoco*, Nicaragua 1994.
10. International Union for Health Education. *Advocacy for Health*. Second Conference on Health Education. Warsay, June 7-9, 1990.
11. International Development Research Center. *Empowerment through Knowledge*. Canadá, 1991.
12. Kato, A. *Making a Difference in your Community: A guide for Policy Change*. Ontario Public Health Association. 1995.
13. Lawrence R y Krisma Bastien. *Effective Negotiation by Indigenous Peoples*. University of Lethbridge. Development Policies Department (POLDEV) International Labour Office. Geneva, 1997.
14. Mancuso, R. *Interesses Difusos*. Revista dosTribunais. Sao Paulo, 1990.

15. Mainetti, J. *La bioética en la asignación de los recursos para la atención de la salud*. Primer Congreso Internacional de Bioética. Ciudad de México 3 –6 octubre, 1994.
16. Mello, C. A. *Direito Internacional Público*. Inovar, Río de Janeiro, 1997.
17. Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud: Salud de los Pueblos Indígenas*. OPS/OMS, Washington, 1993.
18. Organización Panamericana de la Salud. *Reunión de Trabajo sobre Políticas de Salud y pueblos Indígenas: Parlamento Andino –Parlamento Indígena de América*. Noviembre , 1996.
19. Organización Panamericana de la Salud. *La Cooperación de la Organización Panamericana de la Salud ante los Procesos de Reforma del Sector Salud*. OPS/OMS, Washington, 1997.
20. Organización Panamericana de la Salud. *Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales*. OPS/OMS, Washington, 1997.
21. Organización Panamericana de la Salud. *La salud en las Américas* Publicación Científica 569. Washington, 1998.
22. Organización Panamericana de la Salud. Proyecto: Incorporación del abordaje intercultural de la salud en la formación y desarrollo de los recursos humanos y en los modelos de atención. OPS/OMS, 1998).
23. Psacharopoulos G, Patrinos HA. *Indigenous people and poverty in Latin America: An empirical analysis*. Washington, DC. World Bank; 1994. (World Bank Regional and Sectorial Studies).
24. Russel, L. *Empowerment Through Knowledge* International Development Research Centre, Ottawa, 1991.
25. Steiner, H.J & Alston, P. *International Human Rights in Context*:Oxford New York , 1996.
26. Stavenhagen R. Los derechos indígenas: algunos problemas conceptuales. *Revista del Instituto Interamericano de Derechos Humanos*. 1992.
27. Yáñez del Pozo J. "*Sinchi Runami cani (Soy un hombre fuerte): Filosofía de un vendedor indígena en Estados Unidos*" en Nagy-Zegmi S.(Ed.), *Pensamiento Neoindigenista Andino: Identidades en transformación*. Editorial Abya-Yala, Quito, Ecuador, 1997.
28. World Health Organization. *Report of the WHO informal Consultation on Health and Human Rights*. Geneva, 1998.

## ANEXO A: POBLACIÓN INDÍGENA ESTIMADA POR PAÍS

**Cuadro No. 1: Población indígena estimada por país, alrededor de 1992**

País	Población Indígena (millones)	Población Nacional %
Bolivia	4,9	71
Guatemala	5,3	66
Perú	9,3	47
Ecuador	4,1	43
Belice	0,029	19
Honduras	0,70	15
México	12,0	14
Chile	1,0	8
El Salvador	0,4	7
Guyana	0,045	6
Panamá	0,14	6
Suriname	0,03	6
Nicaragua	0,16	5
Guayana Francesa	0,004	4
Paraguay	0,10	3
Colombia	0,60	2
Venezuela	0,40	2
Jamaica	0,048	2
Canadá	0,35	1
Costa Rica	0,03	1
Argentina	0,35	1
Estados Unidos	1,6	0,65
Brasil	0,3	0,20

*Fuentes:* Banco Interamericano de Desarrollo, Proyecto Preliminar para la Creación del Fondo de Desarrollo para los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe, Washington, D.C., 1991; Instituto Indigenista Interamericano, Banco de Datos, México, 1992, en OPS/OMS, SILOS-34, 1993.



## **ANEXO B: RESOLUCIONES V Y VI. "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS" APROBADAS POR LA XXXVII REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO**

---

### **RESOLUCIÓN V**

#### **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)



## **RESOLUCIÓN VI. "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS" CD40.R6**

### **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 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 V (CD37.R5), reafirmar el compromiso de 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.

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