



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## **14.ª REUNIÓN INTERAMERICANA A NIVEL MINISTERIAL EN SALUD Y AGRICULTURA**

*Ciudad de México, D.F., México, 21-22 de abril de 2005*

---

*Punto 14.5 del orden del día provisional*

RIMSA14/23 (Esp.)

5 abril 2005

ORIGINAL: ESPAÑOL

### **LAS FUNCIONES DE LAS ORGANIZACIONES LOCALES Y LAS COMUNIDADES INDÍGENAS COMO AGENTES PARA LA MOVILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS COMUNITARIOS BÁSICOS**

**Sra. Dra. Pilar Mazzetti Soler  
Ministra de Salud  
Perú**

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción.....	3
Antecedentes.....	4
Situación actual.....	5
Conclusiones.....	8
Recomendaciones.....	10

## **Rol de las organizaciones locales y movilización de las comunidades indígenas para la entrega de servicios básicos a la comunidad.**

### **Introducción:**

1. El análisis de la situación de salud de los pueblos indígenas conlleva a la necesidad de comprender desde diversas perspectivas la complejidad del problema salud – enfermedad en esta población. En la mayoría de los casos este análisis supera el campo biomédico, para ubicarse en un campo más amplio, donde intervienen principalmente las ciencias sociales, económicas y políticas.
2. Por otra parte, la heterogeneidad en la composición étnica y cultural de los pueblos indígenas hace difícil, sino imposible; la aplicación de programas únicos o modelos de atención universales. Es precisamente esta diversidad, acentuada en lo que se refiere a un aspecto tan culturalmente sensible como lo es el de la salud, la que obliga a considerar a cada pueblo indígena en su dimensión particular y a desplazar el énfasis hacia el desarrollo de estrategias de investigación y de atención desde una perspectiva no sólo local sino culturalmente específica.
3. La diversidad cultural en las Américas está determinada por la presencia de aproximadamente 45 millones de indígenas pertenecientes a más de 400 diferentes pueblos indígenas (OPS, 2002). A pesar del progreso experimentado en la región en la reducción de la carga de morbilidad y muerte, la disparidad en los indicadores de salud entre los pueblos indígenas y otras poblaciones vulnerables, continúa siendo alarmante. Varios estudios revelan que el analfabetismo; desempleo; falta de tierra y territorio; altas tasas de morbilidad y mortalidad por causas evitables y limitaciones en el acceso y utilización de servicios básicos de salud, educación, vivienda y otros, son problemas que afectan la mayoría de las comunidades indígenas e influyen en su calidad de vida y estado de salud.
4. Es necesario reconocer que una de las primeras respuestas a esta situación, fue la generada por los países de la región en el seno del Consejo Directivo de la OPS en 1993, y luego en 1997 con el desarrollo e impulso de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, la cual ponía énfasis en la participación permanente de los propios pueblos indígenas en la solución de sus problemas y el reconocimiento y respeto de su sabiduría ancestral.
5. La Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas se ha caracterizado por su capacidad de convocar los esfuerzos de los programas y propuestas de los propios países; y ha sido efectiva no sólo para abogar por el bienestar de los pueblos indígenas en foros regionales, nacionales y locales, sino para establecer alianzas estratégicas y redes que han promovido procesos para mejorar las condiciones de salud de estos pueblos. Entre otros resultados

obtenidos, resalta la formulación de políticas, estrategias, planes, proyectos y programas de desarrollo de recursos humanos institucionales y comunitarios.

6. El desarrollo conceptual y metodológico del enfoque intercultural de la salud a partir de las experiencias concretas de los países de las Américas, ha sido un referente importante para acercar la atención de la salud a las comunidades indígenas y para mejorar la eficacia de la prestación de los servicios de salud considerando los recursos, perspectivas, prácticas, terapias y medicinas indígenas. La producción y difusión de la información técnica, científica y pública ha permitido, no solamente, socializar la experiencia acumulada por los países sino incidir en la producción y uso del conocimiento sobre la salud de los pueblos indígenas.

**Antecedentes:**

7. Cada pueblo indígena posee un perfil cultural distinto como resultado de una historia particular. No se puede homogenizar a la población indígena, pues los diferentes pueblos tienen condiciones distintas y formas organizativas y culturales propias; las que han sido afectadas de manera distinta por los procesos de desarrollo; habitan en medios ecológicos diversos con diferentes niveles de degradación o conservación, han desarrollado diferentes estrategias de sobrevivencia, resistencia o adaptación, han experimentado diferentes procesos de vinculación al desarrollo capitalista, y han reprocesado de manera distinta los procesos de aculturación.

8. La especificidad cultural que caracteriza a los pueblos indígenas se refleja en las diversas formas de concebir la salud y la enfermedad, la vida y la muerte que difieren a la concepción de la sociedad no indígena.

9. Dado que el perfil de morbilidad de la población indígena es diferente al de otros grupos sociales, las propuestas de atención diferenciadas y de “acciones diferenciales” cobran mayor validez. En la región podemos apreciar diversas experiencias que han buscado esta atención diferenciada, entre ellas la iniciada por el Perú en 1998, desarrollando una nueva forma de extensión del servicio de salud hacia las comunidades de difícil acceso geográfico, cultural, económico y político, basada en brigadas itinerantes. La nueva propuesta de intervención, incorporó un equipo multidisciplinario de profesionales del área de la salud y de las ciencias sociales: médico, enfermera, obstetrix, psicólogo, biólogo, y un antropólogo o sociólogo; según el perfil epidemiológico de cada zona. Actualmente se continúa con el trabajo de estas brigadas itinerantes en salud, denominadas ELITES, las que a lo largo de los años han ampliado la cobertura de atención a los grupos más vulnerables de estas poblaciones como son: niños menores de cinco años, madres gestantes, ancianos y otros.

10. Ello representa de alguna forma el acercamiento de los servicios de salud hacia las poblaciones más necesitadas, como lo son las comunidades indígenas, la igual que la

adecuación de la oferta de los servicios de salud teniéndose en cuenta los aspectos étnicos, culturales, míticos-religiosos y sociales especialmente.

### **Situación Actual:**

11. De acuerdo a la OPS/OMS<sup>1</sup>, las poblaciones indígenas son eminentemente jóvenes. De acuerdo al Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana, 50% de la población de esta área tenía entre 0 y 14 años en comparación con 30% en Lima metropolitana (OPS, 2000). De todos los grupos étnicos, es la población infantil la que se ve mayormente afectada por las enfermedades. Dado el nivel de subregistro de estadísticas vitales y de morbilidad, podemos suponer que los datos reales de morbilidad y mortalidad son mayores a los presentados.

12. En promedio, la mortalidad infantil en las comunidades indígenas de Panamá es de 84 por mil niños nacidos vivos comparada con 17.2 por mil niños nacidos vivos en su promedio nacional; 32 x 10.000 niños indígenas menores de cinco años mueren por diarrea comparado con 6,4 por 10.000 en el ámbito nacional. Es decir, más de 5 veces más en comparación con el promedio nacional (Ministerio de Salud, 2000). Algo similar ocurre en los departamentos con mayor población indígena y afrodescendiente en Honduras en referencia a la mortalidad materna. En los departamentos de Atlántida (159 x 100mil n.v.), Lempira (190 x 100mil n.v.), Colón (200 x 100mil n.v.), Copán (203 x 100mil n.v.), La Paz (229 x 100mil n.v.), e Intibucá (255 x 100mil n.v.), la tasa de mortalidad materna es alarmante y supera en mucho al promedio nacional de 147 x 100mil nacidos vivos (PNUD, IDH, 1999, Secretaría de Salud, 1997- Soriano, I., 1999).

13. Las deficientes condiciones de saneamiento básico como la falta de agua potable y un inadecuado sistema de disposición de excretas figuran entre las principales causas de morbilidad y mortalidad, principalmente infantil. En El Salvador, por ejemplo, 95% de las fuentes de agua superficiales están contaminadas determinando 4.1 episodios de diarrea al año en los niños menores de cinco años; 40% de los niños indígenas son desnutridos en El Salvador, en comparación con el 20% en el ámbito nacional. La desnutrición, está asociada, entre otras causas, al parasitismo producto de las malas condiciones ambientales presentes (Informe del Proyecto sobre Condiciones de Saneamiento Ambiental en las Comunidades Indígenas, 2004). Estas malas condiciones, en ocasiones sumadas a índices altos de hacinamiento contribuyen, entre otros problemas, a la incidencia de enfermedades infectocontagiosas, como el tracoma y la tuberculosis entre las comunidades indígenas.

14. En México, las tasas de mortalidad por tuberculosis pulmonar entre los indígenas son dos veces más altas que en la población general (Comisión de Desarrollo de los Pueblos Indígenas de México, 2004). En el Municipio de Chenalho, Alto Chiapas, México, zona de alta proporción de población indígena, con datos de 1999 se indica que entre las

---

<sup>1</sup> Dra. Rocío Rojas. Programa de Salud de los Pueblos Indígenas 2005 – 2015. OPS/OMS

diez primeras causas de muerte están el sarampión y la malaria. En Surinam, como en Guayana Francesa, 70% de los casos de malaria se originan en la cuenca del río Maroní zona de asentamiento de pueblos indígenas y afrodescendientes (Aldigheri, 2000).

15. La paradoja es que junto a los traumas y problemas, estos pueblos han desarrollado mecanismos de sobrevivencia y una fuerza que solamente es posible explicársela por la dureza de la situación y por la voluntad inquebrantable de persistencia nacida de la misma adversidad. Las potencialidades lingüísticas, organizativas y de liderazgo y la superación de las fronteras políticas actuales que muchas veces ocultan la vivencia ancestral de los pueblos, son solamente algunas de las estrategias empleadas para durar en el tiempo. De hecho, un mapa supranacional de las Américas nos mostraría la presencia viva de pueblos indígenas multinacionales como los Maya de México, Guatemala y Belice, los Quechua de Colombia, Ecuador, Perú, Bolivia, Argentina; los Guaraníes de Bolivia, Paraguay, Argentina y Brasil. Todo esto nos lleva a afirmar que las fronteras actuales son relativas, y la cooperación entre los países es fundamental en el abordaje de la salud de estos pueblos.

16. En cuanto a la localización, en general, las poblaciones indígenas actuales son poblaciones dispersas, en algunos casos móviles y en su mayoría localizadas en zonas urbano-marginales, rurales, fronterizas y de difícil acceso. La cobertura de la atención de salud, ya de por sí baja en las zonas rurales, alcanza los niveles más críticos en las zonas indígenas. Si a esto sumamos las barreras culturales entre los prestadores de servicios de salud y la población indígena, el problema del acceso real a atención de salud de calidad es crítico. Por ejemplo, en la Amazonia de Ecuador las brigadas de salud visitan las comunidades indígenas una vez cada 3 meses (OPS, 1998). Los conocimientos colectivos, las prácticas, los terapeutas de la medicina indígena y los recursos comunitarios, si bien son de un valor inapreciable, ante un perfil epidemiológico tan complejo, cubren solamente una parte de sus necesidades de salud.

17. En el Alto Río Negro en Brasil, por ejemplo, hay dos hospitales habilitados para diagnosticar y tratar los casos de tuberculosis. La región tiene aproximadamente 8 millones de hectáreas de superficie y la distancia entre los hospitales y las comunidades indígenas varía de algunos minutos a varios días de viaje sea a pie por la selva o en canoa, dependiendo del estado del tiempo. Las dificultades del acceso físico sumado al costo indirecto (precio del transporte, alimentación, alimentación para la familia que se queda en la aldea, gasolina, etc.) puede aumentar el período de tiempo entre la manifestación de los primeros síntomas y la búsqueda de la atención de salud (Buchillet, 2000).

18. Ante esta realidad es preciso identificar estrategias que permitan el acercamiento de la atención formal de salud a esta población. Esto supone tomar en cuenta, en propuestas innovadoras, las diferencias de las culturas en cuanto a la lengua y comunicación, valores y creencias, la organización social, formas de vida, organización del tiempo y los recursos terapéuticos propios de la comunidad. En general, en muchas comunidades indígenas, el idioma nativo es el de comunicación cotidiana entre todos los grupos de edad, incluidos los

niños. La tendencia hacia el monolingüismo en el idioma nativo se hace evidente entre las mujeres adultas y los adultos mayores que son, en muchos casos, las personas que se quedan al cuidado de los niños.

19. La importancia que asume esta característica se evidencia cuando consideramos que varios signos, síntomas y enfermedades son nombrados exclusivamente con términos en el idioma nativo o español coloquial; por lo general una palabra simplifica el diagnóstico y ataca al síntoma que entiende como la expresión de la enfermedad.

20. La calidad del relacionamiento entre el proveedor de salud y la persona que busca atención de salud es decisiva. Habitualmente, el personal de salud se limita a darle al paciente algunas explicaciones rápidas sobre su enfermedad o el modo de transmisión, la evolución y la necesidad de seguir el tratamiento prescrito, sin preocuparse de saber si esta información fue comprendida. Diversos estudios muestran que las explicaciones del personal de salud dadas en la lengua dominante del país a las poblaciones indígenas o culturalmente diferenciadas frecuentemente son ininteligibles para estas personas (Jackson, 1996). En ocasiones el paciente se hace acompañar por un pariente que es bilingüe y que les sirve de intérprete, pero si el personal de salud no conoce el idioma indígena, no tiene ningún control sobre la información que es transmitida.

21. La capacitación efectiva del personal de salud es esencial e involucra el interés por el aprendizaje de los idiomas indígenas y los códigos de comunicación de las comunidades. Generalmente, las actitudes de incompreensión de la problemática de los pueblos indígenas provienen de un desconocimiento casi total de lo que estos pueblos son y saben. No son raros los casos de discriminación y maltrato a los pacientes de estos pueblos.

22. Los recursos humanos involucrados en la atención de la salud de los pueblos indígenas deben conocer el número de personas y su distribución por pertenencia étnica, grupo étnico y sexo, en una comunidad o región determinadas. Los conocimientos técnicos son imprescindibles. Estos incluyen, conocer, de acuerdo al perfil epidemiológico que los afecta, el curso clínico de la enfermedad, los métodos y habilidades del diagnóstico clínico y microscópico, conocimientos básicos de entomología y, particularmente, el conocimiento de la población y de los determinantes que influyen en las condiciones de vida y salud de estos pueblos. Por supuesto, la provisión adecuada de insumos de acuerdo al perfil epidemiológico de la población de la comunidad es importante y sobre todo el fortalecimiento de la capacidad gerencial para resolver tanto situaciones de emergencia, como para promover la salud de la población dentro del desarrollo social y económico de la comunidad.

23. Con una muestra de datos se ha ilustrado la magnitud de los problemas que afectan a los pueblos indígenas de las Américas, tratando de acentuar la importancia de contar con datos e investigaciones cuantitativas que brinden un panorama más exacto; sin embargo, son las investigaciones cualitativas las que permitirán conocer el contexto que configura

esas cifras y así comprender los procesos del nexo salud-enfermedad desde la perspectiva de la cosmovisión indígena.

### **Conclusiones:**

24. El año pasado terminó la Década de los Pueblos Indígenas del Mundo y continúan los procesos para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ¿Cuáles han sido los avances en el mundo? , ¿Cuáles en nuestra región?, ¿Y cuáles en cada uno de nuestros países? ¿Podemos especificar cuáles han sido en el cuidado de la salud de los pueblos indígenas y dentro de ellos de sus hombres, mujeres, jóvenes, ancianos y muy especialmente de sus niños?. En base a lo señalado anteriormente, he aquí algunas respuestas:

- Los pueblos indígenas en la actualidad forman un conjunto amplio y **heterogéneo** inserto en una sociedad ajena, no obstante conservan características diferenciales que los distinguen de esa sociedad nacional a la que se han visto incorporados.
- Las poblaciones indígenas son grupos particularmente **vulnerables**, con precarias condiciones de vida; especialmente marginados de los servicios más elementales, con muy pocas posibilidades de insertarse en los modelos de desarrollo y con un constante dilema entre incorporarse al mundo globalizado o quedar al margen del proceso y mantener su identidad.
- Cada pueblo indígena posee un **perfil cultural distinto** como resultado de una historia particular. No se puede homogenizar a la población indígena, pues los diferentes pueblos tienen condiciones distintas y sus propias formas organizativas y culturales; han sido afectadas de manera distinta por los procesos de desarrollo, habitan en medios ecológicos diversos con diferentes niveles de degradación o conservación, han desarrollado diferentes estrategias de sobre vivencia, resistencia o adaptación, han experimentado diferentes procesos de vinculación al desarrollo capitalista, y han reprocesado de manera distinta los procesos de aculturización.
- Los pueblos indígenas tienen diversas formas de **concebir la salud y la enfermedad**, la vida y la muerte, que difieren de la concepción de la sociedad no indígena.
- El acceso a información sobre los pueblos indígenas presenta serias limitaciones: existe un **subregistro** en la información censal, al no considerar en los registros la variable *étnica* por lo que se desconoce: el perfil de la salud, la educación, el empleo, la vivienda, entre otros.
- El personal de salud no indígena de los establecimientos de salud que atienden a poblaciones indígenas, no recibe, en la mayoría de los casos, formación profesional

con enfoque intercultural. Los Ministerios de Salud no han corregido estas deficiencias, encontrándose que el trabajador no indígena tiende a discriminar **subvalorando las prácticas sanitarias** y la medicina tradicional de los pueblos indígenas.

- Todo Plan que busca mejorar la salud de una población debe estar basado en un adecuado Diagnostico Situacional —principal objetivo de los procesos de **Análisis Situacional de Salud (ASIS)** desarrollados en el Perú— que permita mantener actualizada la información sobre la situación de salud, identificar los factores que la determinan y condicionan, identificar los recursos de sus propios sistemas de salud y las condiciones de acceso a los servicios de salud estatal, estableciendo las brechas de inequidad para definir políticas y planes de acción que contribuyan a mejorar las condiciones de salud.
- Para lograr un adecuado Diagnostico Situacional de los pueblos indígenas amazónicos, no basta con el tradicional enfoque biomédico, se debe incorporar las ciencias sociales, así como enfoques económicos y políticos, permitiendo una visión integral de la realidad.

25. De los insumos anteriores puede concluirse como problemas centrales de la salud en la amazonía indígena los siguientes:

- El sistema de salud pública no responde a las culturas y necesidades indígenas; los excluye en la gestión del mismo y trata de subordinar la medicina indígena a la occidental
- Los servicios de salud pública para los pueblos indígenas amazónicos se caracterizan por su baja cobertura de atención, ser poco accesibles a dicha población, contar con débiles recursos, limitadas capacidades de gestión y no estar definidos como prioridad nacional.
- La descentralización del sector salud en la amazonía indígena, es un proceso incipiente, sumamente débil, inequitativo y con escasa participación de las organizaciones indígenas.
- Los recursos humanos de la salud pública en la región amazónica son insuficientes, sin capacitación adecuada a la realidad cultural, y sesgados hacia el ámbito intramural.
- Elevada morbi mortalidad por enfermedades emergentes en los pueblos indígenas, en especial en la madre-niño, bajas coberturas en programas de control de enfermedades, débil vigilancia epidemiológica y descontrol de impactos ambientales y migratorios.

**Recomendaciones:**

26. Es mucho lo que queda por hacer y mayor la deuda moral que la sociedad tiene con los pueblos indígenas, por lo que planteamos algunas propuestas en la búsqueda de revertir esta situación:

- a) Necesitamos alcanzar en nuestras políticas una línea de coherencia, que nos permita establecer una adecuada articulación entre el marco ético- normativo, el marco programático y el marco operativo instrumental. Es claro que no son suficientes las políticas de salud para alcanzar el impacto deseado en la realidad sanitaria y social de nuestras poblaciones indígenas. En esta línea de pensamiento proponemos que el eje articulador de nuestros esfuerzos debe ser el enfoque de derechos humanos en salud como una forma de ver la realidad y de actuar sobre ella y cuyos elementos de inclusión, de participación ciudadana, de privilegio del ámbito local y de los grupos vulnerables y excluidos, cultura de transparencia y compromiso compartido entre otros deben sentar las bases de la construcción de la ciudadanía en salud como condición necesaria para la viabilidad y sostenibilidad de nuestras políticas planes y programas.
- b) Las políticas publicas deben ser saludables, es decir reflejar, de manera explicita, un nuevo pacto social que debe construirse a partir de la comprensión de una definición política de la salud, que potencie la acción intersectorial y permita incidir sobre los determinantes claves de la salud en la convicción de que transformándolas lograremos crear las condiciones de desarrollo humano y social indispensables para lograr personas y sociedades saludables que superen los déficit de inequidad y gobernabilidad que son características importantes de los países de nuestra región.
- c) Impulsar el Programa de Salud de los Pueblos Indígenas que OPS/OMS ha desarrollado, tratando que a través de este Programa se brinde asistencia técnica a los países en sus esfuerzos por incorporar a los pueblos indígenas en la gestión de servicios básicos de sus propias comunidades.
- d) Exhortar a la comunidad internacional a cumplir con compromisos asumidos para reducir la pobreza y promover el desarrollo social de las comunidades indígenas. Esto incluye la necesidad de que cumplan con destinar al menos el 0,7% del PBI de los países desarrollados como ayuda oficial al desarrollo.

27. Finalmente, es importante insistir que en el mejoramiento de la salud de estos pueblos deben concurrir tanto el marco jurídico nacional e internacional dentro del cual se ejecutan las acciones, como la participación indígena y la acción de la comunidad. Entre los convenios internacionales que así lo señalan podemos nombrar al Convenio 169 de la OIT (1989), la Declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo de la ONU (1994), la Resolución CD37.R5 (1993) y la Resolución CD40R6 (1997) de la

OPS/OMS, pero sobre todo los avances jurídicos nacionales que han facilitado la aproximación respetuosa a la realidad indígena y a sus sistemas de salud. Esto ha dado como resultado la posibilidad de armonizar los sistemas nacionales de salud y los sistemas de salud indígenas. En este contexto, es importante reconocer que el ámbito internacional y nacional, en los procesos de formulación, ratificación e implementación de estos acuerdos, declaraciones y convenios, el liderazgo y la lucha permanente de los pueblos indígenas por sus derechos han sido un factor decisivo.

28. La enfermedad sólo se supera cuando el individuo y la comunidad conocen sus derechos y toman en sus manos el control de su propio bienestar. Esta afirmación no es nueva. En 1978, hace más de 25 años, en la Declaración de Alma Ata, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud indicó que la atención primaria requiere y promueve el autodesarrollo y la participación comunitaria e individual en todos los niveles de la misma, incluyendo la planificación, organización, desarrollo y control de la atención de salud. A quienes nos corresponde atender las necesidades de los pueblos indígenas nos toca tener muy en cuenta, por consiguiente la perspectiva vital y cultural de las comunidades a las cuales servimos.

- - -