



**ORGANIZACIÓN
PANAMERICANA
DE LA SALUD**

XL Reunión



**ORGANIZACIÓN
MUNDIAL
DE LA SALUD**

XLIX Reunión

Washington, D.C.
Septiembre de 1997

Tema 5.3 del programa provisional

CD40/14 (Esp.)

8 julio 1997

ORIGINAL: INGLÉS

SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

En 1992, el Subcomité de Planificación y Programación de la Organización Panamericana de la Salud, preocupado por las evidencias crecientes de las inequidades en la situación de la salud y en el acceso a la atención de servicios básicos de salud que padecen los pueblos indígenas de la Región de las Américas, inició un proceso de consulta para determinar qué deberían hacer al respecto la OPS y sus Estados Miembros. Tomando en cuenta las recomendaciones formuladas por un taller regional celebrado en Winnipeg, Canadá, en 1993, se presentó un documento a los Cuerpos Directivos de la Organización y, luego, el XXXVII Consejo Directivo (1993) aprobó la resolución CD37.R5.

Desde 1993, la ejecución de la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas ha incluido cinco áreas de trabajo: fortalecimiento de la capacidad operativa y desarrollo de alianzas; procesos y proyectos nacionales y locales; proyectos en programas prioritarios; fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales, e información científica, técnica y pública. El trabajo en los países se ha dividido en fases y la respuesta ha variado. Hay 18 programas regionales con actividades concretas, entre otras, preparación de documentos, proyectos financiados con recursos del presupuesto ordinario y extrapresupuestarios, reuniones internacionales y proyectos de investigación. La movilización de los fondos extrapresupuestarios ha sido un proceso lento y el seguimiento de las actividades interinstitucionales entre programas ha sido difícil. La representación indígena sistemática a nivel regional y en los países es un desafío en curso.

En su 120.^a sesión, celebrada en junio de 1997, el Comité Ejecutivo estudió el documento CE120/17 y aprobó la resolución CE120.R10 para ser sometida a la consideración del Consejo Directivo (véase el anexo C).

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Resumen ejecutivo	3
1. Introducción	5
2. Resolución CD37.R5	6
3. Progreso en la ejecución hasta 1996.....	8
4. Lecciones aprendidas	12
5. Planes futuros.....	13
6. Resumen del debate mantenido por el Subcomité de Planificación y Programación en abril de 1997	18
Referencias	18
Anexos:	
A. Información científica, técnica y pública	
B. Iniciativa de salud de los pueblos indígenas: Plan de Acción, 1997-1998	
C. Resolución CE120.R10	

RESUMEN EJECUTIVO

No se pueden obtener de manera uniforme datos epidemiológicos fidedignos sobre el estado de salud y enfermedad de los 48 millones o más de indígenas que viven en la Región de las Américas. Aún así, información anecdótica procedente de varios estudios apoya la necesidad de redoblar los esfuerzos para resolver las graves y ubicuas inequidades que existen en la situación sanitaria y la cobertura de los servicios de salud.

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

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

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

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

Son varias las enseñanzas importantes que se han aprendido al poner en práctica la resolución y la iniciativa mencionadas, y de ellas se derivarán los criterios para reorientar el trabajo futuro. La movilización de recursos ha exigido más tiempo del que se previó al formular el Plan de Acción en 1995. Sigue siendo un problema seguir de cerca las actividades interprogramáticas, sobre todo cuando un proyecto más general

incluye un componente o actividades relativas a la salud de los pueblos indígenas. Son pocos los países que sistemáticamente reúnen y analizan estadísticas vitales o de los servicios desglosadas por grupo étnico; por lo tanto, ha sido difícil obtener datos fiables de punto de partida para los países y evaluar adecuadamente las condiciones sanitarias y de vida de los pueblos indígenas de la Región. No se han logrado adelantos suficientes en cuanto a la participación de los indígenas como individuos ni de sus organizaciones.

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

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

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

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

1. Introducción

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

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

- En Guatemala, la tasa de mortalidad materna en la población indígena es 83% más alta que la tasa nacional (Velázquez, 1994).

Los países de la Región están buscando nuevos modelos para prestar servicios, así como soluciones innovadoras a los problemas de salud, a fin de atender las necesidades de estos grupos vulnerables. Los problemas reflejados en esta situación general se intensifican por el hecho de que hay más de 400 pueblos indígenas diferentes en la Región, con una rica diversidad de idiomas, costumbres y creencias; esta heterogeneidad excluye el uso de criterios e intervenciones comunes. Sin embargo, una cosmovisión que recalca una concepción integral de la salud de las personas y una atención focalizada en las normas comunitarias y sociales para proteger la diversidad biológica han sostenido a estos pueblos durante siglos de opresión.

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

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

2. Resolución CD37.R5

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

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

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

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

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

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

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

3. Progreso en la ejecución hasta 1996

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

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

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

Fortalecimiento de la capacidad operativa

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

Alianzas con organizaciones internacionales indígenas

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

Alianzas con bancos y con otros organismos de las Naciones Unidas

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

Alianzas con instituciones en los países

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

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

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

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

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

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

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

Fase 2: Guatemala, México, Perú, Venezuela

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

Fase 4: El resto de los países.

Todos los países están incluidos en las actividades subregionales y regionales. Desde el comienzo, la participación de los representantes indígenas, especialmente de las mujeres, fue una inquietud primordial. Este trabajo en los países se ha facilitado gracias a la participación activa de las representaciones de la OPS y de las contrapartes nacionales de los ministerios de salud, cuando han sido designadas, así como los representantes de los pueblos indígenas. Dieciocho países respondieron a la solicitud de que presentaran un informe de progreso; ocho de los informes fueron preparados por los representantes de los ministerios de salud y los otros 10 por miembros del personal de la Representación de la OPS, a falta de una respuesta oficial del ministerio.

Basándose en estos informes de progreso, se preparará y distribuirá un resumen del trabajo en marcha o previsto en los países.

La tercera área de trabajo se dirige a la concepción y movilización de los recursos para los proyectos en materia de problemas de salud prioritarios y poblaciones vulnerables. Considerando las recomendaciones de las comunidades indígenas obtenidas del proceso consultivo en curso, la Iniciativa ha promovido los proyectos y las actividades en algunos de los programas. Actualmente, hay 18 programas regionales que tienen propuestas, actividades concretas de cooperación técnica, documentos conceptuales y proyectos extrapresupuestarios en diversas etapas de ejecución. La mayor parte del avance se ha logrado en las áreas de abastecimiento de agua y saneamiento básico, mujer indígena, cólera, enfermedades prevenibles por vacunación y las ONG dedicadas al desarrollo en salud.

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

La quinta y última área de trabajo está dirigida a identificar y crear mecanismos eficaces para coordinar, promover, difundir e intercambiar la información científica y técnica. El anexo A proporciona una lista de los documentos y las publicaciones preparadas o en preparación hasta fines de 1996. Se están difundiendo en la Región un folleto acerca de la Iniciativa y un video en inglés y en español. En 1995, se reunió un

grupo de trabajo sobre investigación para iniciar un proceso en la asignación de prioridades y formular proyectos de investigación colaborativa que aborden problemas prioritarios. Tres investigadores indígenas intercambiaron experiencias y puntos de vista y forman parte de una red creciente de científicos que proporcionarán orientación para tratar las numerosas cuestiones éticas inherentes a la realización de investigaciones, en particular en las comunidades indígenas. Esta área de trabajo corresponde a las dos últimas responsabilidades asignadas a la OPS en la resolución CD37.R5: superar la falta de información y promover la investigación colaborativa.

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

4. Lecciones aprendidas

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

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

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

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

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

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

No se ha avanzado lo suficiente con respecto a la participación sistemática de las personas indígenas y sus organizaciones. Han sido contados los países que han establecido comisiones gubernamentales técnicas con representantes indígenas, aunque algunos han constituido grupos de estudio o comisiones interprogramáticas internas en los Ministerios de Salud. Los institutos nacionales indigenistas no siempre cuentan con una participación indígena visible o, cuando están controlados por grupos indígenas, no asignan a la salud una gran prioridad.

5. Planes futuros

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

- planificación estratégica y gerencia
- programas prioritarios

- organización y provisión de servicios de salud en comunidades multiculturales
- producción y difusión de información científica, técnica y pública.

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

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

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

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

técnica y se asignen fondos del país. También incluye apoyo a la capacitación de los líderes indígenas y a las redes subregionales dirigidas por representantes indígenas.

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

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

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

<p>Salud y desarrollo</p> <ul style="list-style-type: none">- Situación de salud y condiciones de vida de los pueblos indígenas- La mujer indígena, la salud y el desarrollo- Políticas nacionales y legislación sobre la salud de los pueblos indígenas- Investigación colaborativa/salud de los pueblos indígenas <p>Desarrollo de sistemas y servicios de salud</p> <ul style="list-style-type: none">- Rehabilitación basada en la comunidad/modelos indígenas- Sistemas de salud tradicionales/modelos indígenas- Planificación estratégica y gerencia/proyectos de salud de los pueblos indígenas
--

Desarrollo de sistemas y servicios de salud (cont.)

- Plantas medicinales en la salud y el desarrollo indígenas
- Recursos humanos/fortalecimiento de la capacidad operacional en las comunidades indígenas
- Hacia la salud de los pueblos indígenas de las Américas/procesos y proyectos

Promoción de la salud y prevención

- Salud mental y servicios psiquiátricos en las comunidades indígenas
- Salud reproductiva/comunidades indígenas
- Prevención del abuso de sustancias en las comunidades indígenas
- Adolescentes indígenas
- Proyectos de intervención nutricional en las comunidades indígenas

Medio ambiente

- Abastecimiento de agua y saneamiento básico/mejoramiento del acceso en las comunidades indígenas
- Salud de los trabajadores inmigrantes

Control de enfermedades

- SIDA y ETS
- Enfermedades prevenibles por vacunación y enfermedades de la infancia
- Enfermedades transmitidas por vectores
- Tuberculosis
- Enfermedades no transmisibles en las comunidades indígenas
- Enfermedades diarreicas, incluido el cólera

Varios

- ONG para el desarrollo de la salud indígena
- Movilización de recursos
- Información pública/Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas
- Información científica y técnica/acceso y producción
- Desarrollo del personal de la OPS

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

tradicionales en colaboración con el Parlamento Indígena y otros parlamentos internacionales. Ya que muchos pueblos indígenas viven en zonas escasamente pobladas, se identificarán, sistematizarán, documentarán y difundirán estrategias innovadoras para proporcionar acceso a servicios básicos de salud pública y clínicos mediante la cooperación técnica entre los proyectos de los países.

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

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

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

Mucho se ha dicho y escrito acerca de la equidad como fundamento filosófico del trabajo de la OPS en el terreno de la salud pública. Sin embargo, mientras algunas comunidades tengan menos servicio, una mayor carga de morbilidad y menos oportunidades que otras, no habrá equidad, y la meta de salud para todos no se materializará. Podemos —debemos— ser una voz colectiva, que traiga estos temas a la vanguardia para su debate y solución. Con las comunidades indígenas, abogaremos por

el cambio, persistiremos en nuestros esfuerzos y, llegado el fin del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, celebraremos nuestro éxito compartido.

6. Resumen del debate mantenido por el Subcomité de Planificación y Programación en abril de 1997

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

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

Referencias

Amaris A, Flores Carlos, Mojica Jesús. *Mortalidad Infantil en Panamá: Un análisis de sus tendencias derivadas del Censo 1990*. Panamá, 1992.

Asongs, 1986, en Cenda: Centro de Comunicación y Desarrollo Andino. *Los jampiris de Ragaypampa*. Bolivia, 1993.

UFRO. *Censo de reducciones indígenas seleccionadas. Análisis demográfico*. Chile, 1988.

Indian Health Service. *1996 Trends in Indian Health*. Washington, 1996.

Masferrer E. La situación social de los grupos indígenas de América Latina, En: Rodríguez J, Masferrer, Vargas Vega R. *Educación, etnias y descolonización en América Latina: Una guía para la educación bilingüe intercultural*. Vol. II. UNESCO. México, 1983.

Minister of National Health and Welfare, Minister of Supply and Services. *Aboriginal Health in Canada*. Minister of Supply and Services Canada. Canadá, 1992.

The Government of Belize, Ministry of Education, Pan American Health Organization, Institute of Nutrition of Central American and Panama, United Nations Children's Fund, United Nations Development Programme. *Closing the gap: National Height Census of School Children in Belize*, 1996. Ministry of Education. Belice, 1996.

Rivas R. *Pueblos indígenas y garifunas*. Honduras, 1993.

Secretaría de Salud, Instituto Nacional Indigenista. *La salud de los pueblos indígenas en México*. Secretaría de Salud, Instituto Nacional Indigenista. México, 1993.

Velázquez L. *Mujer maya y salud*. Guatemala, 1994.

Anexos

INFORMACIÓN CIENTÍFICA, TÉCNICA Y PÚBLICA

Documentos y publicaciones preparados y difundidos:

- Documento básico: La salud de los pueblos indígenas (inglés, español)
- Actas del Taller Hemisférico (inglés, español, francés)
- Documento CD37/20 (inglés, español)
- Video: Salud de los pueblos indígenas (inglés, español, portugués)
- Condiciones de Salud en las Américas, 1994, Referencias seleccionadas (inglés, español)
- Grupos étnicos en las Américas (español)
- Dos informes del taller sobre la Ejecución de la Iniciativa (español)
- Actas del taller de Guatemala sobre la ejecución de la Iniciativa (español)
- Realización de los talleres para ejecutar la Iniciativa; Guías (español)
- Informe del grupo de trabajo: Investigación con pueblos indígenas (español, inglés)
- Folleto: Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas (español, inglés)
- Grupo de Trabajo sobre Medicina Tradicional (español)
- Marco conceptual para los sistemas de salud que proporcionan atención culturalmente segura (español)
- Incorporación de la perspectiva de género en el trabajo con pueblos indígenas (inglés, español)
- Informe de la Reunión de Directores de Salud Mental de América Latina, 1996 (español)
- Informe del proyecto de CTP Bolivia-México sobre terapeutas tradicionales (español)
- Informes: Proyectos de ONG de Guatemala y Ecuador (español)

En preparación a diciembre de 1996:

- Actas: Taller Nacional sobre Salud Indígena, Chile
- Situación de la salud de los pueblos indígenas de Bolivia y bibliografía anotada
- Situación de la salud de los pueblos indígenas de Chile y bibliografía anotada
- Situación de la salud de los pueblos indígenas del Ecuador y bibliografía anotada
- Situación de la salud de los pueblos indígenas de Honduras y bibliografía anotada
- Situación de la salud de los pueblos indígenas de Belice, Guyana y Suriname
- Informe de la Reunión de los Parlamentos y Líderes Indígenas Regionales
- Informe de la Reunión de los Parlamentos y Líderes Indígenas de Centroamérica

**INICIATIVA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS:
PLAN DE ACCIÓN, 1997-1998**

Principales Componentes	
<p>1. Planificación Estratégica y Gerencia</p> <p><u>Perfil:</u> Establecimiento o fortalecimiento de una Comisión Técnica de Alto Nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas a poblaciones indígenas específicas (resolución CD37.R5, 2.a). Fortalecimiento de la capacidad operativa y el desarrollo de alianzas que aprovechen al máximo los recursos financieros y técnicos presentes en la Región pues constituyen el eje fundamental para la implementación de la resolución CD37.R5 (2c, 3a, 3b).</p> <p>Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> . Impulso de la Iniciativa en los países de la III y ICD37.R5 Fases (ARG, BLZ, BRA, ELS, GUY, PAR, SUR y los demás países) . Consolidación de alianzas de cooperación técnica y financiera con instancias y organismos nacionales e internacionales . Establecimiento de Comisiones Técnicas . Implementación del proyecto: "Hacia la Salud de los Pueblos Indígenas: Procesos y Proyectos", a nivel nacional y subregional . Entrenamiento de líderes, personal y profesionales indígenas y Puntos Focales . Con fondos de país, establecimiento de 4 becas anuales para personas indígenas . Encuesta sobre políticas nacionales de salud indígena 	<p align="center"><i>Resolución CD37.R5 (*) (+)</i></p> <p>Gobiernos Miembros OPS 2a, 2b, 2c, 2d 3a, 3b, 3c, 3d, 3e</p>
<p>2. Programas Prioritarios</p> <p><u>Perfil:</u> Fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa CD37.R5a y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de las poblaciones indígenas, a fin de superar progresivamente la falta de información en este campo y asegurar mayor acceso a servicios de salud y atención de calidad, contribuyendo así a mejores niveles de equidad (resolución CD37.R5, 2b). Promoción del desarrollo de programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud para atender problemas y áreas de mayor importancia en materia de salud indígena en los países (resolución CD37.R5, 2e)</p> <p>Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> . Consolidación de los esfuerzos interprogramáticos en la Oficina Regional y Representaciones . Ampliación y desarrollo de actividades y proyectos interprogramáticos con comunidades indígenas . Formación de cuadros de expertos e instituciones indígenas de apoyo técnico . Establecimiento de mecanismos de coordinación y cooperación técnica de la Organización con centros académicos que cuenten con profesionales indígenas y/o el aval de organizaciones indígenas . Ampliación del capítulo sobre pueblos indígenas en la publicación científica "Condiciones de Salud en las Américas Vol. 1 en colaboración con los diferentes Programas Regionales" 	<p align="center"><i>Resolución CD37.R5</i></p> <p>Gobiernos Miembros OPS 2c, 2e 3d, 3e</p>

* Los números y letras de la columna de la derecha se refieren a los mandatos para los Países Miembros y para OPS presentes en la resolución CD37.R5 (Anexo)
+ La promoción de la investigación colaborativa, a nivel de la Región y países seleccionados, en temas prioritarios de salud y atención de la salud de los pueblos indígenas (resolución CD37.R5, 3e) es un aspecto importante en cada uno de los componentes del presente Plan de Acción.

Principales Componentes	
<p>3. Organización y Provisión de Servicios de Salud en poblaciones pluriculturales</p> <p>Perfil: En el marco de la Reforma del Sector Salud, promover la transformación de los sistemas de salud y apoyar el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, incluyendo la medicina tradicional(*) y la investigación sobre su calidad y seguridad (resolución CD37.R5, 2d). Identificación de estra-tegias que dentro de un marco legal, conceptual y operativo permitan el establecimiento y desarrollo de modelos alternativos de atención a poblaciones multiculturales que tomen en cuenta los recursos y las potencialidades del conocimiento ancestral (resolución CD37.R5, Considerandos).</p>	<p style="text-align: center;"><i>Resolución CD37.R5</i></p> <p>Gobiernos Miembros OPS 2a, 2b, 2c, 2d 3a, 3d, 3e</p>
<p>Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo de programas y materiales de capacitación y formación en la atención de salud a poblaciones multiculturales • Desarrollo de proyectos de cooperación técnica multipais con comunidades indígenas y sistematización y análisis de experiencias en la provisión de Servicios de Salud en comunidades indígenas, en el marco de la Reforma de Sector Salud • Identificación de pautas para el análisis y desarrollo de legislación y normas en el ejercicio y prácticas de la Medicina Tradicional • Desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia poblaciones indígenas específicas • Formación de cuadro de asesores indígenas en gestión y gerencia de modelos alternativos y/o complementarios para la provisión de servicios de salud 	
<p>4. Sistemas de Información e Información Pública</p> <p>Perfil: Coordinación del esfuerzo regional para promover la formación de redes de información y colaboración recíproca entre organizaciones, centros e instituciones que trabajan en el campo de la salud de pueblos, organizaciones y comunidades indígenas, utilizando los mecanismos, iniciativas y programas de la Organización ya existentes en la Región y en los países, y procurando obtener la cooperación de otros organismos y organizaciones (resolución CD37.R5, 3c). Ampliación de las actividades de evaluación de las condiciones de vida y situación de salud para incluir a los pueblos indígenas de la Región, con el fin de superar paulatinamente la actual falta de información en este campo tanto a nivel regional como a nivel de los países (resolución CD37.R5, 3d)</p>	<p style="text-align: center;"><i>Resolución CD37.R5</i></p> <p>Gobiernos Miembros OPS 2b, 2c 3c, 3d, 3e</p>
<p>Resultados Esperados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificación y desarrollo de mecanismos para la producción y difusión de información pública, científica y técnica sobre los pueblos indígenas de la Región • Producción de material audiovisual • Identificación de estrategias en la producción, recuperación y difusión de información con comunidades indígenas • Impulso de un proceso de sensibilización que contribuya al fortalecimiento del orgullo nacional basado en las raíces indígenas. 	

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



RESOLUCIÓN

CD40/14 (Esp.)
Anexo C

CE120.R10

SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS

LA 120.^a REUNIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Habiendo examinado el documento sobre la salud de los pueblos indígenas (documento CE120/17),

RESUELVE:

Recomendar al Consejo Directivo que apruebe una resolución redactada en los siguientes términos:

LA XL REUNIÓN DEL CONSEJO DIRECTIVO,

Habiendo examinado el informe sobre la salud de los pueblos indígenas (documento CD40/14);

Reconociendo el cúmulo de pruebas que no cesa de aumentar sobre las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los aproximadamente 43 millones de indígenas de la Región de las Américas, y

Considerando los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y de atención sanitaria a las personas en zonas rurales aisladas y en las zonas urbanas marginales de la mayoría de los países,

RESUELVE:

1. Tomar nota del informe sobre el progreso en la ejecución de la Resolución CD37.R5, reafirmar el compromiso con las metas del Decenio Internacional de las Poblaciones Indígenas del Mundo, y aprobar las actividades propuestas en el documento CD40/14.

2. Exhortar a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial los pueblos indígenas.
3. Señalar a los Estados Miembros que la renovación de la meta de salud para todos exige que se encuentren soluciones sostenibles para hacer frente a los obstáculos económicos, geográficos y culturales que impiden brindar asistencia adecuada a los grupos vulnerables.
4. Pedir al Director que continúe esforzándose por llevar a la práctica la Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas.

*(Aprobada en la séptima sesión plenaria,
celebrada el 26 de junio de 1997)*