



MINISTÈRE DES AFFAIRES
ÉTRANGÈRES



Seminario Taller Pueblos Indígenas de América Latina: Políticas y Programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?

*CEPAL, Santiago de Chile,
25 y 26 de junio 2007*

ACTORES Y ELEMENTOS RELEVANTES EN POLÍTICAS PÚBLICAS DE SALUD INDÍGENA

Inés Quilici

Seminario-Taller “Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?”
CEPAL, Santiago de Chile, 25 y 26 de junio de 2007

Comunidades Indígenas y Gestión de la Salud Comunitaria.
Inés Quilici, Argentina.

Introducción.

La imposición del modelo agro exportador por parte de la oligarquía terrateniente, a fines del siglo XIX, tuvo como objetivo la incorporación de Argentina al mercado mundial como país exportador de materias primas, lo que tuvo entre otros efectos, la expansión de las fronteras nacionales a costa del despojo de las tierras que tradicionalmente ocupaban tanto los criollos, como los pueblos originarios de la zona sur del área pampeana, la Patagonia y el Gran Chaco y la incorporación masiva de inmigrantes de origen europeo, para proveerse de mano de obra.

Casi paralelamente, a partir de los inicios del Siglo XX, las distintas empresas de la agroindustria que se establecieron en el norte argentino y la Patagonia sometieron a la mano de obra indígena a una explotación descarnada.

La legitimación de este modelo se fundó en la sistemática desvalorización e invalidación de nuestras raíces culturales -indígenas, criollas e hispánicas- y en la imposición de los patrones culturales y tecnológicos de los países industrializados, distorsionando, mediante el sistema pedagógico y de comunicación la autoimagen de los argentinos e hipotecando, de esta forma, la posibilidad del despliegue y la proyección de futuro desde nuestra propia identidad.

Como lo ha señalado una especialista en el tema:

La enseñanza de la historia permaneció ajena a la debilidad de la democracia y la república, así como a las exclusiones que sistemáticamente, había realizado de toda diferencia que contrastara con la imagen de una sociedad blanca, europea, educada e integrada.¹

Es así como, la actual situación de los pueblos originarios de Argentina, continúa siendo ninguneada, en forma similar a la de la mayoría de los pueblos originarios de América Latina, con lo que resultan invisibles a los ojos del mundo y de los propios compatriotas.

Etnogénesis y visibilidad de los pueblos indígenas.

Es necesario tener en cuenta no sólo que los pueblos originarios nunca dejaron de resistir en la Argentina, sino que cada vez que se dieron las condiciones, irrumpieron en el escenario político reivindicando sus derechos.

¹ Silvia Finocchio, “La historia oficial”, en **educ.ar** (www.educ.ar).

Aunque una actitud superficial, suele percibir los últimos 60 años de la vida política de nuestro país como profundamente convulsionados, sin embargo, si se los enfoca con una mirada de largo plazo, puede constatarse que uno de los fenómenos más contundentes, es precisamente, la democratización de las relaciones sociales y la puesta en cuestión, por parte de los grupos sociales emergentes, de ese modelo de país que parecía sacralizado.

Estas transformaciones, en las relaciones sociales y en la concepción de país que queremos, son a nuestro criterio los factores que más han contribuido al creciente proceso, que los antropólogos han denominado de *etnogénesis*, entendiendo a este concepto, como la actualización de las identidades de los pueblos en la lucha para constituirse en *sujetos colectivos*, a fin de poder articularse o confrontarse con un Estado en mejores condiciones políticas, ya que la magnitud numérica y las demandas compartidas incrementa sus posibilidades de éxito².

Como contrapartida de este proceso, los pueblos indígenas han logrado mayor visibilidad en el conjunto de la sociedad y es creciente, en sectores cada vez más amplios, la legitimación de sus reclamos, respecto a la necesidad de que se efectivicen sus derechos.

A partir de la recuperación de la democracia, en 1983, los pueblos reinstalan sus reivindicaciones y es así como este proceso, va a culminar plasmándose en un avance significativo: *el reconocimiento jurídico de sus derechos* (Ley 23.302 Política Indígena y apoyo a las Comunidades Aborígenes - 1985, Constitución Nacional Art. 75 inciso 17 - 1994, y ratificación del Convenio 169 de la OIT - 2000).

Este nuevo marco jurídico posibilita a las organizaciones indígenas la realización de distintos procesos de consulta a las comunidades a lo largo de todo el país, las que tenían como objetivo, delinear las políticas que el Estado debería implementar para posibilitar su desarrollo y fortalecimiento cultural. Sin duda, estas consultas, fortalecieron notoriamente la conciencia de los pueblos respecto a sus derechos y sus organizaciones.

Simultáneamente, algunos organismos nacionales y provinciales, entre ellos el Ministerio de Salud y el INAI, comienzan a implementar programas que tienen como eje fundamental, el reconocimiento de la diversidad cultural de los pueblos.

A partir del 2004, por lo menos a nivel nacional, se han diversificado notoriamente los programas que tienen como población objetivo a los pueblos indígenas, si bien es necesario reconocer, que aún es difícil, la coordinación de acciones entre los distintos programas que posibiliten avanzar en el desarrollo de metodologías tendientes a posibilitar su desarrollo integral.

Avances alcanzados en la actual gestión de gobierno.

Sin duda, este camino no ha sido, ni es lineal. Muy por el contrario, es un camino plagado de conflictos, de discontinuidades, de desencuentros, de marchas y contra marchas y también de buenas intenciones, pero aún con estas dificultades, podemos afirmar que los pueblos originarios han logrado, instalar en la agenda política de nuestro país, la necesidad

² Miguel Alberto Bartolomé, « Los pobladores del “desierto” », *Amérique Latine Histoire et Mémoire*, Numéro 10-2004 - *Identités : positionnements des groupes indiens en Amérique latine*, [En ligne], mis en ligne le 21 février 2005. URL : <http://alhim.revues.org/document103.html>. Consulté le 29 septembre 2006.

de que el estado argentino asuma la responsabilidad que le cabe para que los derechos de los pueblos se hagan efectivos.

Los avances más significativos que podemos señalar en esta gestión de gobierno son:

1. La conformación del Consejo de Participación C.P.I. y
2. La aprobación de la Ley N° 26.160 de Suspensión de desalojos y Relevamiento territorial de las tierras que actualmente ocupan.

Después de 25 años de haberse aprobado la Ley N° 23.302, en el año 2004, por las Resoluciones N° 152/2004 301/2004 y 142/2006, el INAI resuelve conformar el Consejo de Participación Indígena, C.P.I.³ con vistas a generar las condiciones que permitan poner en funcionamiento el Consejo de Coordinación, (art. 5 Ley N° 23.302) a fin institucionalizar la participación de los pueblos originarios e involucrar a los organismos públicos de nivel nacional y provincial que tienen responsabilidades en el delineamiento de las políticas públicas que afectan a los pueblos originarios, (el art. 7 del Decreto Reglamentario N° 155, de la ley antes mencionada).

Siendo aún reciente la conformación del C.P.I., mayo de 2006, comienzan a visualizarse los resultados de la institucionalización de la participación de los pueblos, al constituirse en referente de consulta de diferentes organismos públicos, al momento de definir las políticas que los afectan y en grupo de presión para influir en la toma de decisiones. Sin lugar a dudas, el C.P.I. tuvo un rol decisivo en el proceso de aprobación de la Ley 26.160 antes citada.

Por otra parte, es en este marco de consultas al C.P.I., que los representantes propusieron que se aborde como tema prioritario en los Encuentros Regionales (Patagonia, NOA⁴, y NEA⁵), que se realizaron el año próximo pasado: el tema de SALUD.

Ejes fundamentales de las reivindicaciones y propuestas de salud de los pueblos originarios.

En esos encuentros regionales participaron además, los asesores de salud de los representantes del C.P.I. y los referentes del Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de los Ministerios de Salud de nivel Nacional y Provincial.

Antes de sintetizar los problemas y propuestas que se plantearon en esos talleres, vale la pena reproducir algunas frases, textuales, que expresaron los participantes.

“¿Cómo me voy a cuidar? Si no me quiero, ni tampoco quiero que me reconozcan?”

“Durante mucho tiempo nos han sido negados nuestros derechos por lo que se nos hace difícil pensar en un propuesta de salud”

“Los pueblos originarios tenemos propuestas que merecemos sean escuchadas”

³ El Consejo de Participación Indígena, C.P.I. está conformado por 83 representantes, dos representantes (uno Titular y otro Suplente) de cada uno de los pueblos de cada una de las provincias que tienen población indígena. A lo largo del año 2005, se convocaron 40 asambleas, en las que participaron las autoridades de las comunidades y los dirigentes de las organizaciones indígenas de los 24 pueblos que viven el 18 de las 24 provincias, para que eligieran a sus representantes.

⁴ Noroeste Argentino

⁵ Noreste Argentino

“La salud física y espiritual de los pueblos originarios está profundamente vinculada a nuestra cultura y al territorio. ¿Cómo vamos a mantener el equilibrio o recuperarlo, si ambas cosas nos están negadas.

“Desde que nosotros somos chicos se habla de un programa de salud para los pueblos indígenas”.

“No vamos a pedir que nos devuelvan el sistema de medicina tradicional, eso sería mucho, pero sí, que respeten nuestras prácticas y nuestro derecho a recuperarla.”⁶

Estas frases sintetizan la complejidad y profundidad de las dificultades que los interlocutores del diálogo intercultural tendríamos que proponernos superar al momento de delinear las políticas de salud con los pueblos indígenas.

Problemas

1. El sistema de salud, sus trabajadores y la sociedad en su conjunto desvalorizan e invalidan sistemáticamente la Cosmovisión y Espiritualidad de los Pueblos Indígenas.
 - La penalización del ejercicio de la Medicina de los pueblos indígenas les exige manejarse en la dualidad de ambas medicinas.
 - El deterioro de la autoestima de los pueblos indígenas repercute en su salud.
 - Los profesionales comprometidos con la salud de los pueblos originarios y con sus reivindicaciones, sufren persecución.
 - En los servicios de salud faltan medicamentos y a la vez, se han perdido conocimientos de la medicina tradicional, sobre todo en lo que se refiere a la dosificación.
 - En las provincias, el *Programa Salud con los Pueblos Indígenas* sigue estando excesivamente subordinado al modelo médico hegemónico del sistema oficial de salud, por lo que para poder trabajar en el fortalecimiento y recuperación de la medicina tradicional, tienen que hacerlo subterráneamente.
2. Derechos y Políticas de Salud
 - Los programas de salud no contemplan el abordaje integral de la salud, al contrario, la atención de los problemas de salud, es cada vez, más fragmentaria.
 - Los pueblos originarios sienten que los programas de salud no contemplan la participación efectiva en las distintas instancias de gestión e implementación.
 - Ni los representantes del C.P.I., ni las autoridades comunitarias, son informados respecto a los objetivos de los Programas de Salud, ni sobre sus estrategias de intervención, ni sobre los beneficios que brindan, ni sobre los mecanismos de evaluación y control
 - Los programas nacionales no contemplan las necesidades específicas de las provincias.
 - Las estrategias de promoción, prevención y atención de la salud no contemplan, ni respetan la diversidad cultural de los pueblos.
 - Las normativas de salud no tienen en cuenta la diversidad cultural, socioeconómica y territorial del país y su aplicación es excesivamente rígida. (por

⁶ Citas textuales de los representantes del C.P.I. en los Encuentros Regionales 2006.

Ej. en muchos hospitales, a los niños que nacen en partos domiciliarios no se les entrega la partida de nacimiento).

- A pesar de que el *Programa Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas* se creó hace más de 10 años, las provincias no destinan ningún tipo de recursos para el desarrollo de la salud intercultural.
 - Las prácticas médicas del sistema oficial son invasivas, los médicos no le explican a los enfermos ni a sus familiares los procedimientos que aplican.
 - Los Pueblos Originarios, son críticos respecto a la utilización de encuestas, como instrumento de diagnóstico y evaluación, porque sus resultados terminan estigmatizando a los pueblos por su pobreza, profundizan la xenofobia y la marginación.
 - Excepcionalmente, el sistema de salud interviene frente a los reclamos por la discriminación o el avasallamiento que sufren los pueblos indígenas en los servicios de salud.
3. En las Áreas indígenas, las inversiones del sistema de salud, son altamente insuficientes.
- Muchas comunidades no tienen ni siquiera, la infraestructura mínima para el cuidado de la salud y la atención los enfermos.
 - Falta equipamiento en los puestos de salud y hospitales de referencia.
 - Faltan recursos humanos, (médicos, agentes sanitarios, enfermeros).
 - Faltan insumos para la atención de los enfermos y recursos para fortalecer la estrategia de APS.

4. Dificultades de acceso a la salud.

- Socioculturales: las personas pertenecientes a los pueblos originarios se sienten y son discriminados por el personal de los servicios de salud.
La discriminación se profundiza cuando los enfermos son derivados a los centros de mayor complejidad.
En muchos hospitales les está vedada expresar su espiritualidad.
- Geográficas: las dificultades de acceso al sistema de salud, de las personas indígenas que residen en las zonas urbanas y rurales, son diferentes.
Los pueblos originarios que viven en las ciudades sufren una mayor marginalidad porque tienen negada su identidad.
En zonas rurales, una de las dificultades más serias, es la falta de vehículos y equipos de comunicación, que garanticen las derivaciones oportunas de los enfermos a los centros de mayor complejidad.
En las zonas rurales no se realizan con regularidad las visitas médicas a las comunidades por la falta vehículos e insumos y de reconocimiento económico y de supervisión a los equipos de salud de A.P.S..
La población de las zonas rurales tiene dificultades para acceder a la atención de distintas especialidades médicas (oftalmología, ginecología, odontología entre otras).
Cuando las personas de las comunidades rurales deben hacerse tratamientos médicos en centros de mayor complejidad, los servicios de salud no coordinan previamente los turnos y a veces tienen que regresar sin ser atendidos, o padecen varios días en las ciudades, hasta tanto logran que los atiendan.

Cuando recurren en los servicios de salud de otras provincias, por cuestiones de cercanía, tienen dificultades para que los atiendan.

- Socioeconómicas: La situación de extrema pobreza constituye uno de los factores determinantes del actual deterioro de la salud de los pueblos originarios.

Los tratamientos médicos no contemplan la situación económica de los enfermos y sus familias y los servicios de salud no aseguran los recursos para garantizar la equidad de la atención que brindan a los pueblos originarios.

- A la información: en el análisis de los datos de A.P.S. no se incluye la variable cultural, siendo que es posible determinarla.

Generalmente, cuando se recogen datos sobre salud, o se realizan investigaciones sobre cuestiones de salud de los pueblos originarios, las autoridades comunitarias no son consultadas respecto al destino de la información relevada y tampoco son informadas, sobre los resultados obtenidos.

5. Recursos Humanos.

- Es muy serio el déficit de recursos humanos en los servicios de salud, sobretodo en las zonas aisladas geográficamente, (médicos, enfermeros, agentes sanitarios).
- Los profesionales de la salud, no están formados para abordar la diversidad cultural.
- El reconocimiento económico a los trabajadores de la salud es insuficiente y en la zonas aisladas tampoco se les brinda condiciones habitacionales dignas, ni siquiera a los profesionales, por lo que su rotación es permanente, lo que impide desarrollar acciones sostenidas.
- El sistema de salud no reconoce ni valora la responsabilidad y el compromiso de trabajo de su personal y tampoco sanciona el incumplimiento.
- Son excepcionales los profesionales de la salud indígenas y los pocos que logran graduarse terminan migrando por la falta de oportunidades de trabajo, en sus comunidades de pertenencia.

6. Los riesgos y enfermedades que amenazan la salud de los pueblos.

- Alcoholismo.
- Desnutrición.
- HIV – Sida
- Brucelosis
- T.B.C.
- Embarazo precoz, mortalidad materna y elavasamiento a las pautas culturales del parto tradicional de los pueblos originarios.
- La explotación irracional de los montes, está directamente asociada al incremento de las enfermedades zoonóticas: Chagas, Dengue, Lishmaniasis y Hantavirus.

7. Ambiente y Salud

- La salud de los pueblos originarios está indisolublemente vinculada al territorio.
- El deterioro del ambiente repercute negativamente en las condiciones de salud.

Propuestas

1. Necesidad de que se formule un programa de salud específico para los pueblos indígenas que contemple efectivamente sus reclamos:
 - Que aborde en forma integral la salud de los pueblos.
 - Que valore y reconozca progresivamente la medicina tradicional y que disponga de los recursos para que los pueblos puedan recuperarla y fortalecerla.
 - Que disponga de los recursos para garantizar la participación de los representantes del C.P.I. en todas las instancias de su gestión (organización, formulación, ejecución y evaluación), tanto a nivel nacional, provincial como local.
 - Que establezca los mecanismos para que los pueblos indígenas tengan control sobre los recursos financieros destinados al mismo.
 - Que se destinen recursos para institucionalizar la formación de los equipos de salud para que conozcan los derechos de los pueblos, valoren su diversidad cultural y trabajen participativamente de manera de que se pueda avanzar en el diálogo intercultural.
 - Que a través de este programa, se inicie la implementación de experiencias piloto de salud intercultural, por lo menos, una, en cada una de las provincias que tienen población indígena y que se garantice la continuidad de las mismas. Los resultados sólo se pueden evaluar en el mediano y largo plazo.
2. Es urgente que se incrementen las inversiones en salud en las áreas de población indígenas y que se destinen los recursos necesarios para garantizar la equidad de la atención de la salud que se brinda de los pueblos originarios a fin revertir sus actuales condiciones de salud.
3. Que se apoye a los sistemas locales de salud para que puedan trabajar coordinadamente con los organismos que corresponda, a fin de que puedan abordar en forma integral la salud de los pueblos (provisión de agua, saneamiento ambiental, recuperación del sistema alimentario, viviendas, etc.)
4. Que las autoridades de los Ministerios de Salud, promuevan que todos los programas adecuen sus estrategias de promoción, protección, prevención y atención de la salud, a las particularidades culturales de los pueblos originarios.
5. Que los Ministerios de Salud y Educación, el INAI y los institutos provinciales de asuntos indígenas, coordinen acciones orientadas a estructurar un programa que contemple integralmente las necesidades y dificultades que tienen los jóvenes indígenas para acceder a los estudios universitarios, a fin de posibilitar la formación de profesionales de la salud con identidad
6. Que se promueva en las facultades de las distintas especialidades médicas, la formación de profesionales para que puedan abordar la diversidad cultural.
7. Que las comunidades puedan canalizar a través del INAI, la presentación de proyectos ante los distintos organismos del estado nacional a fin de garantizar la equidad en el acceso a los políticas sociales y superar el clientelismo que imponen los municipios.
8. Que se organice un Sumario Administrativo Indígena a fin de poner límites a la discriminación.

Avances y dificultades en el proceso de reconocimiento de la diversidad cultural en el sistema de salud.

En Argentina, los primeros que plantearon la necesidad de adecuar las estrategias de salud a la diversidad de los pueblos originarios y del dialogo intercultural fueron los equipos

locales de salud que trabajaban en las áreas con población indígena. Estas experiencias fueron aisladas y el sistema de salud institucional fue ajeno a desarrollo.

En 1993, cuando llegó el cólera a la Argentina, dadas las condiciones socioeconómicas y ambientales de las comunidades indígenas, fueron las primeras y las más afectadas.

Era tanto el avasallamiento de sistema de salud a las comunidades, y tan grave la situación, que el Consejo de Caciques de Tartagal del Norte de la Provincia de Salta, y el Consejo de Organizaciones Aborígenes de Jujuy; solicitaron al Ministerio de Salud de la Nación, la ampliación de la cobertura de Atención Primaria de la Salud (A.P.S.) a las comunidades y que los agentes sanitarios que se designaran fueran miembros de las mismas comunidades.

Es así, como el Ministerio de Salud de la Nación, resuelve en diciembre de 1993, la implementación del **Programa “Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud en Comunidades Aborígenes revalorizando su Cultura, en las Áreas de riesgo de Cólera”** y que con el devenir del tiempo devino en el **Programa “Salud de los Pueblos Indígenas”**.

Las provincias aceptaron el programa, porque realmente en ese momento, necesitan agentes sanitarios para ampliar la cobertura de A.P.S., pero es fuerza reconocer, que hicieron caso omiso de su fundamentación y que si se pudo sostener, fue porque tuvo la decisión política del nivel nacional y porque se trabajó en los intersticios del sistema.

A partir del 2.000, con el cambio de gestión de gobierno el programa entró en una crisis de conducción, que se recupera a partir del mediados del año pasado, cuando se reestructura el programa, se amplían sus fuentes de financiamiento y el Ministerio de Salud y el INAI acuerdan por primera vez en la historia, institucionalizar la coordinación de acciones.

Hay que reconocer, que el Programa Salud de los Pueblos Indígenas, está haciendo un gran esfuerzo, a nivel de todo el país para posibilitar la participación de los representantes C.P.I., en el diseño del programa en todas las provincias. Son demasiados recientes estos cambios para poder evaluarlos.

El INAI - Metodologías de intervención y líneas de acción.

Cabe señalar que, si bien la Ley de creación del INAI, establece que debe ser un organismo autónomo, en la actualidad, aún cuando se han hecho avances importantes para instrumentar su autonomía, depende del Ministerio de Desarrollo Social.

Hasta el año 1.993, el INAI, que era un organismo sin ninguna relevancia, a partir de ese año, comienza a ser objeto de atención de los funcionarios públicos, a raíz de los conflictos de tierras, y las demandas de los pueblos indígenas al Estado Nacional, por el incumplimiento de las leyes aprobadas en defensa de sus derechos, lo que consecuentemente condujo, a que se vitalizara la institución.

Durante el período 1.994 – 1.999, el INAI financia una serie de encuentros, orientados a instalar el tema de la salud intercultural y algunos proyectos de recuperación de plantas tradicionales y producción de medicamentos, estos proyectos no tuvieron continuidad dada, la discontinuidad institucional y el colapso del 2.001, que hicieron que durante 4 años no se le asignara al INAI presupuesto para el financiamiento de proyectos.

Metodologías de intervención

A partir del 2004, además de la decisión de conformar el C.P.I. se determinan con mayor claridad algunas políticas, que en nuestra opinión, han contribuido fuertemente a fortalecer el protagonismo de las comunidades en la resolución de los problemas que los afectan, ampliar la capacidad de intervención del INAI y a comprometer a los demás organismos del Estado para que asuman las responsabilidades que les caben en este proceso de efectivización de los derechos de los pueblos indígenas.

Estas políticas son:

1. Crear las condiciones para que las comunidades o sus organizaciones sean las que, no solo formulen sus proyectos, sino que sean las administradoras de los recursos que el INAI destina a su desarrollo.
Cabe señalar, que la modalidad de financiamiento del INAI es contra la presentación de proyectos.
2. Se ha ampliado la planta funcional de INAI y se han contratado más técnicos en nivel central y en algunas provincias.
3. Actualmente se está iniciando la implementación del **Programa “Acompañamiento de Comunidades Indígenas”** orientado a posibilitar su desarrollo integral. Este programa se propone superar las acciones coyunturales y tender progresivamente, al desarrollo de programas integrales.
4. Y finalmente, el INAI está haciendo un esfuerzo importante para articular los proyectos y programas con otros programas del Ministerio de Desarrollo Social y con los demás organismos públicos.

Es en este contexto que estamos trabajando en el Área de Salud Intercultural.

Un principio fundamental que nosotros sostenemos desde el INAI, es que la responsabilidad primaria del cuidado y atención de la salud de la población de nuestro país y consecuentemente de los pueblos originarios, es de los Ministerios de Salud, Nacional y Provinciales.

Por lo tanto entendemos que la función primordial del INAI es:

- a) Apoyar a las comunidades para que fortalezcan su capacidad de organización, a fin de que:
 - Puedan reclamar su derecho a la salud ante los organismos que corresponde.
 - Fortalezcan su capacidad de autocuidado de la salud.
 - Puedan acceder en igualdad de condiciones al Sistema de Salud y que la calidad de la atención que se les brinde sea equitativa.

Otras de las funciones de salud del INAI son:

- b) Trabajar coordinadamente con los Ministerios de Salud para que reconozcan y valoren su diversidad cultural, entendiendo que es una condición indispensable, para revertir los actuales indicadores de deterioro de la salud de los pueblos indígenas.
Como lo plantearon los representantes del C.P.I. en los Talleres Regionales, consideramos que este es el punto central a trabajar con el sistema de salud.
En Argentina, los funcionarios y los trabajadores de la salud, confunden la universalidad del derecho a la salud y de acceso al sistema, con el derecho que se

atribuye el sistema, de imponer la homogeneización de las estrategias de salud a toda la población.

- c) Contribuir a mejorar el vínculo de las comunidades con los sistemas locales de salud y apoyar a los sistemas locales para que se comprometan en el cuidado y atención de las salud de las comunidades.

En nuestro país, un importante porcentaje de la población indígena habita en regiones aisladas geográficamente y de escaso desarrollo, y es precisamente, en esas regiones, dónde se registran los indicadores de mayor deterioro de la salud de la población indígena, consideramos que las políticas de salud orientadas a los pueblos indígenas deben insertarse en los sistemas locales, teniendo en cuenta que, aún siendo deficitarios en su gran mayoría, son los que brindan atención permanente a las comunidades.

Ciertamente, es en el nivel local, dónde las comunidades no solo sufren la mayor discriminación, sino que por ser altamente deficitarios los recursos que disponen (humanos, infraestructura e insumos), los equipos locales de salud al sentirse desbordados frente a la imposibilidad de resolver las problemáticas que se presentan, no se comprometen con la salud de las comunidades, lo que profundiza el sentimiento de discriminación.

Líneas de acción.

- I. Apoyo a las acciones tendientes a posibilitar que los pueblos originarios ejerzan el derecho de la ciudadanía a la salud:

- Apoyo a los estudiantes universitarios indígenas que cursan carreras vinculadas al Área Salud.
- Capacitación a las comunidades y a los líderes de sus organizaciones sobre la responsabilidad del Estado y del Sistema de Salud Pública, en particular, respecto al derecho de los pueblos indígenas en lo que hace al cuidado de la salud y la atención a la enfermedad.
- Alianzas estratégicas con Universidades y Centros de Investigación para que desarrollen investigaciones sobre las problemáticas de salud de los pueblos indígenas, con la participación activa las comunidades, a fin de posibilitar una planificación fundada y efectiva de las intervenciones.

Las investigaciones tendrán que contemplar los derechos reconocidos sobre este tema en el Convenio 169 de la OIT.

- Apoyo a las Organizaciones de la Sociedad Civil, que trabajan con las comunidades en pos de la efectiva concreción de los derechos a la salud de los pueblos indígenas.
- Mediar ante el Ministerio de Salud de la Nación y Ministerios provinciales para que ejerzan su función de contralor respecto a la calidad de la atención y el cuidado de la salud que se brinda a los pueblos indígenas.

- II. Apoyo al desarrollo de programas integrales de salud gestionados en forma coordinada entre las comunidades indígenas y los sistemas locales de salud.

- Capacitación de los equipos locales de salud para que reconozcan la diversidad cultural de los pueblos con miras a posibilitar el dialogo intercultural entre las comunidades y el sistema de salud, a fin de superar el modelo homogeneizador dominante.

- Capacitación de los líderes y de los miembros de las comunidades en el autocuidado de la salud: con el objetivo de que las comunidades sean partícipes en el delineamiento de las estrategias de promoción, protección y prevención de la salud y de asegurar su protagonismo en la ejecución. Es en este marco, nos proponemos apoyar el desarrollo proyectos orientados a atender los problemas prioritarios de salud de las comunidades: alcoholismo, salud buco dental, HIV/SIDA, salud reproductiva y prevención de Chagas.
- Fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud A.P.S.
Teniendo como ejes centrales, la *atención a la diversidad cultural* de los pueblos, su *participación* en todas las instancias de organización de las acciones a ejecutar y la *acción intersectorial* a fin de que progresivamente las comunidades, con los organismos responsables vayan resolviendo los problemas estructurales que condicionan su salud.
- Mejoramiento de la calidad de los datos que recaba A.P.S: a través de los agentes sanitarios e informatización de los mismos en el nivel local.
La ventaja que tienen los datos de A.P.S., es que registran la situación de salud de la totalidad del universo poblacional y se actualizan mensual, trimestral o cuatrimestralmente según las distintas provincias.
Los agentes sanitarios anualmente actualizan el censo de población, condiciones de las viviendas, situación socioeconómica de las familias y saneamiento básico, y llevan el registro de las embarazadas controladas, los nacimientos, si son institucionales o domiciliarios, el estado nutricional de los niños, las diarreas, las IRA, las actividades de prevención de las enfermedades zoonóticas (Dengue y Chagas), los casos de T.B.C., las causas de muerte y de las derivaciones de enfermos.
Disponer de datos confiables en el nivel local permite, evaluar el impacto de las acciones realizadas y hacer estudios sincrónicos y diacrónicos sobre la situación de salud de los pueblos indígenas, a la vez que permite a los equipos locales de salud, a las comunidades y las organizaciones de nivel local disponer de datos actualizados para evaluar la pertinencia de aplicación de los innumerables programas de la política social que se ejecuta en nuestro país.
Por otra parte en el nivel local es factible discriminar la pertinencia cultural de la población, dado que los agentes sanitarios tienen bajo su responsabilidad un territorio determinado cuya población es culturalmente homogénea.
Asimismo, para los equipos de salud y las comunidades, es fundamental disponer del análisis de los datos en forma inmediata, por que es lo que permitiría hacer las correcciones oportunas.
En síntesis lo que nos proponemos es que los líderes y las comunidades no solo conozcan su situación de salud, sino que los datos, se constituyan en una herramienta de poder de los pueblos originarios para reclamar y transformar su propia realidad.
- Mejoramiento de la infraestructura edilicia, en particular de los puestos de salud de las comunidades.

III. Promover la articulación intersectorial a fin de facilitar la intervención de los organismos responsables de la resolución de los problemas estructurales que condicionan la salud de las comunidades.

Los problemas prioritarios a abordar son los siguientes:

- a) Provisión de agua segura para el consumo humano y para el desarrollo de actividades productivas.
- b) Mejoramiento del saneamiento básico
- c) Mejoramiento de la vivienda.
- d) Cuidado del ambiente, recuperación de bosques y suelos y de los recursos naturales en general.

Apoyar financieramente a las comunidades para que dispongan de Asistencia Técnica en la formulación y seguimiento de proyectos tendientes a la resolución de estas temáticas.

IV. Fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales.

La medicina de todas las culturas, incluso la medicina occidental está profundamente enraizada en su cosmovisión, por lo que consideramos a la medicina tradicional como un recurso indispensable para fortalecer la capacidad de autocuidado de la salud de las comunidades.

Es importante aclarar que en nuestro país, el ejercicio de la medicina tradicional no está legalizada, ni claramente definida su despenalización.

Por ello, vemos como necesidad prioritaria institucionalizar espacios de reflexión y discusión con los dirigentes indígenas y los terapeutas y/o curadores tradicionales a fin de consensuar estrategias de acción tendientes al fortalecimiento y revalorización de la medicina tradicional, tanto en lo que hace al uso de plantas medicinales como a las terapias tradicionales.

A modo de conclusión.

Es probable que esta mirada de la situación de los pueblos originarios de Argentina, parezca excesivamente optimista, sin embargo, somos conscientes de la complejidad de sus problemas y reivindicaciones, pero también, hemos aprendido que para transformar las actuales condiciones es necesario modificar las actuales relaciones de fuerza, por lo que resulta imprescindible fortalecer las organizaciones indígenas y su capacidad de gestión, así como instalar en la sociedad argentina la conciencia de la necesidad un franco dialogo entre culturales.

Y esto nos se determina por decreto, sino que supone, poner sistemáticamente en cuestión nuestros propios modelos culturales y ser capaces de modificar nuestras prácticas cotidianas.