



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*

**DERECHOS, POLÍTICAS PÚBLICAS, Y
SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS**

Roberto Campos

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

Las políticas públicas y la salud intercultural en el marco de los derechos humanos e indígenas en América Latina.
Dr. Roberto Campos-Navarro, México.

Para nosotros la Patria es la América
Simón Bolívar

Hace casi 200 años, hombres como Miguel Hidalgo, José María Morelos, Simón Bolívar, José de San Martín, Bernardo O’Higgins, Antonio José de Sucre, José Artigas, entre muchos otros, forjaron la gran patria latinoamericana, liberándola de la dominación española. Con la independencia se lograría no sólo la emancipación política sino también la desaparición gradual de la esclavitud de la población de origen afro y del sistema jerárquico de castas que generó absurdas exclusividades en la época colonial.

Luego estadistas como Benito Juárez y José Martí nos darían ejemplo de lucha denodada, el primero en contra del intervencionismo imperialista francés y el segundo, contra la continuidad colonialista española en la isla cubana.

Durante el siglo XX la revolución mexicana con Francisco Villa y Emiliano Zapata, marcaría un hito en la visión de las luchas sociales de los pueblos latinoamericanos. Los movimientos de César Sandino en Nicaragua, Lázaro Cárdenas en México, Jacobo Arbenz en Guatemala, Fidel Castro y Ernesto “Ché” Guevara en Cuba, Salvador Allende en Chile significaron avances cualitativos en la identidad latinoamericana.

Hace dos semanas, el escritor Carlos Fuentes, en Madrid, afirmaba que nuestra América Latina había logrado en estas dos centurias forjar una IDENTIDAD propia pero ahora el reto sería el reconocimiento de la DIVERSIDAD en su composición interna, donde los temas de género y etnia son tareas pendientes.

Y precisamente en el reconocimiento y respeto a la diversidad étnica latinoamericana es que se enmarca la emergencia del movimiento político de los pueblos indígenas de nuestra América, donde la interculturalidad (primero en el campo educativo, y luego en el de la salud) tiene su actual contexto.

Recordemos que en 1940, es decir, hace más de seis décadas, en Pátzcuaro, Michoacán (México), se reunieron los delegados de toda nuestra América para delinear una política más homogénea hacia la población indígena. Se trataba del Primer Congreso Indigenista Interamericano. Allí es donde surge el INDIGENISMO como una política pública gubernamental para incorporar y asimilar a los indios al círculo

civilizatorio. Se trataba, ya no de evangelizarlos y convertirlos al cristianismo, sino de integrarlos a la vida nacional, y sacarlos de la pobreza y postración ancestral en que se encontraban. Se trataba de una política hacia o más bien, para los indios, tratándoseles como seres humanos disminuidos, menores de edad, que requerían de la asistencia paternalista de los gobiernos.

Así México, con el Instituto Nacional Indigenista (INI), y organismos similares en Perú, Guatemala y otros países, se emprendieron relevantes acciones institucionales de tipo integracionista, con apoyo internacional.

En el campo de la salud, no olvidemos que en México surgen teóricos de la disciplina antropológica que fundamentan las acciones de antropología aplicada en salud. En especial, recordemos que el Dr. Gonzalo Aguirre Beltrán escribiría en 1955 una obra fundamental sobre el tema: *Los programas de salud en la situación intercultural* que sería una guía en el proceso emprendido por el INI, y que además, tuvo un antecedente importante en la construcción de la primera escuela de medicina para el ejercicio en zonas rurales, donde se pretendía que los profesionales tuvieran las suficientes bases teóricas y prácticas para un trabajo comprometido en poblaciones indígenas. Por desgracia, el experimento falló y hubo necesidad de quitar el objetivo “rural” pues sus egresados se quedaban en las ciudades y se olvidaban de lo aprendido en el terreno socio-antropológico. Cuestión que deberíamos analizar con profundidad para no repetir el fracaso.

Con el movimiento armado zapatista de 1994 viene toda una reconsideración sobre la lentitud, deficiencia e ineficacia de las políticas públicas indigenistas. El ¡Ya Basta! no sólo sacudió los cimientos de las estructuras político-sociales de México, sino que se extendió por todos los territorios indígenas de América, desde los amerindios canadienses hasta los pueblos de la Patagonia.

Para algunos analistas, este movimiento constituía el final de la política pública indigenista, para otros una crisis más del decrepito indigenismo, que hoy observamos, permanece moribundo. El indigenismo no ha desaparecido pero su visión ya no corresponde a la nueva presentación de derechos indígenas, con su correlato de obligaciones por parte de un Estado democrático y modernizador.

En estos albores del siglo XXI, sin duda, estamos en una segunda oleada del asunto intercultural, en un segundo intento por lograr una nueva relación con los pueblos indígenas de nuestra América. Hoy podemos reconocer que los actuales pueblos indígenas no son los mismos de hace medio siglo. A partir del movimiento internacional de los derechos humanos y su continua ampliación a grupos mayoritarios y minoritarios ahora se están procesando los derechos amerindios, y los movimientos sociales indígenas se incrementan en forma acelerada.

Para algunos sectores sociales conservadores, existe horror e incomodidad por la irrupción y consolidación de las demandas indígenas. Pero este camino emprendido –en mi parecer- no tiene camino de retorno. Pues en el momento que se crean, desarrollan y consolidan derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, las exigencias crecen y se multiplican. No habrá un paso hacia atrás.

Como sabemos, el derecho humano a la protección de la salud surge en 1946 como mandato de la Organización Mundial de Salud, más adelante es avalado y reafirmado en las tres generaciones de los denominados Derechos Económicos, Sociales y Culturales (DESC).

En América Latina apenas éstos se establecen en 1988 en el Protocolo de San Salvador, y el capítulo XII del Proyecto de Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas (1997) está aún en fase de aprobación.

En este momento, el principal instrumento de apoyo legal es el artículo 25 del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) referido a los Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes, que una vez aprobado y ratificado por los países que la signan adquiere un rango constitucional.

Otro instrumento fundamental es la Resolución V de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 1993) que adopta la iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas, más conocida como SAPIA, que hasta ahora ha sido firmada por 24 países miembros, y en la mayoría se han establecido políticas públicas favorables, unidades técnicas al interior de los ministerios de salud y proyectos concretos de salud en áreas indígenas. (IIDH, 2006:68)

Y hace un año, el 29 de junio de 2006 fue aprobada en Ginebra, la Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos Indígenas, emitida por el Consejo de Derechos Humanos de la ONU, donde se establece el derecho al empleo de las medicinas tradicionales, la protección de la herbolaria medicinal, el acceso no discriminatorio a los servicios de salud y la obligación del Estado a suministrar todo lo necesario para mejorar las condiciones de salud de los pueblos indígenas.

En este marco histórico de emergencia de los movimientos amerindios y desarrollo creciente y sucesivo de derechos indígenas es que surge el renovado concepto y práctica de la salud intercultural.

El camino de la interculturalidad es una estrategia que facilitará esta transformación de los pueblos indígenas en sujetos (y no puramente objetos) de derechos y obligaciones. La interculturalidad en el terreno de la salud, supone un avance cualitativo en la oferta de servicios de salud que el Estado debe proporcionar a los pueblos amerindios.

En este sentido, entendemos la interculturalidad en salud como “un puente, un enlace o una estrategia que toma en cuenta las variables étnico-culturales de la población indígena [y añadimos: no indígena] en el proceso de atención de salud (Citarella, 2000).

Hace poco más de diez años, Ana María Oyarce y Jaime Ibacache propondrían una definición de interculturalidad que consideramos aún vigente: “Capacidad de moverse equilibradamente entre conocimientos, creencias y prácticas culturales diferentes respecto a la salud y la enfermedad, la vida y la muerte, el cuerpo biológico, social y relacional. Percepciones que a veces pueden ser incluso hasta contrapuestas” (1996).

En el terreno clínico y sanitario propusimos el concepto de medicina intercultural como aquella: “ Práctica y proceso relacional que se establece entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (sea consulta, intervención, consejería) sea satisfactorio para las dos partes.” (Campos-Navarro, 2004).

La salud intercultural significa el ejercicio activo de valores compartidos de respeto, comprensión, paciencia y adecuación de los actores sociales involucrados en las actividades médicas y sanitarias. Significa el reconocimiento y la aceptación de “la legitimidad del modelo de salud y enfermedad del paciente, considerando el contexto cultural del cual este modelo emerge, el cual a su vez es congruente con las explicaciones aprendidas en su grupo social.” (Alarcón et al, 2003)

Y es precisamente la no aceptación y el no reconocimiento del modelo explicativo del paciente y sus familiares por parte del personal de salud el que genera severos conflictos interpersonales e interculturales. Es la plena discriminación por ser indio, por no hablar el español, por no saber de medicina científica, por emplear su medicina ritual y herbolaria, por no saber comportarse en los centros de salud y hospitales. Es el desconocimiento e ignorancia de los doctores acerca del mundo indígena, de la cosmovisión amerindia, de las enfermedades populares como el susto o el empacho, de los recursos curativos contenidos en plantas medicinales, ceremonia y rituales curanderiles. Es el desencuentro y la asimetría entre enfermos y doctores. Es el ejercicio del poder y la hegemonía médica.

La salud intercultural pretende evitar la discriminación, disminuir brechas, crear aproximaciones, superar las discrepancias, crear un ambiente de re-conocimiento del otro, y por ende de uno mismo, lograr una convivencia digna, establecer una mutua aceptación de las semejanzas y las diferencias, buscar una interacción satisfactoria para las partes involucradas en el acto médico o sanitario y en la relación trabajador de la salud-paciente.

Ante la prepotencia e ignorancia médica se requiere de una radical transformación de la educación profesional en las escuelas y facultades de medicina, donde la enseñanza de la medicina brinde un equilibrado desarrollo de los contenidos biológicos, psicológicos y socioculturales. Donde se ofrezca una capacitación específica en el campo de la antropología médica, en especial de la noción y praxis adecuada de la salud intercultural.

En esta década, la interculturalidad en salud ha tenido experiencias positivas y alentadoras. Algunas de ellas son las que tienen que ver con la iniciativa, la creatividad y la constancia.

En cuanto a iniciativa, sin duda, Chile queda a la cabeza. Durante 1996 en Puerto Saavedra se da el escenario para el primer encuentro articulador entre el Ministerio de Salud y los pueblos indígenas cuya meta es la de organizarse en términos interculturales. Se multiplica la experiencia de los mediadores o facilitadores interculturales, cuya actividad se verá reproducida más tarde en oficinas similares en Bolivia, Perú y Venezuela. El Ministerio de Salud también avanzará en la difícil relación con los pueblos amerindios, en especial con los indómitos y aguerridos

indígenas mapuches, que tienen ahora (con sus buenas y malas) los hospitales interculturales modelo en Makewe y Nueva Imperial. Se promueve la investigación en epidemiología sociocultural.

En Bolivia con la presidencia de Evo Morales, se crea el primero y único Viceministerio responsable de la medicina indígena y la interculturalidad. El Ministerio de Salud ha implementado una política estatal basada en el llamado “Modelo de salud familiar, comunitaria e intercultural” que tiene -en proceso- su primera hornada de médicos especialistas con residencia en las más alejadas zonas rurales e indígenas del país.

En escasos tres años, Venezuela con un fuerte apoyo político y financiero, ha visto crecer en forma extraordinaria sus servicios de salud con enfoque intercultural. Y todo esto no es ajeno a la conducción creativa de una entusiasta y comprometida médica epidemióloga de origen wayuu. Ni tampoco es ajeno a una decisión política del presidente Hugo Chávez.

Como ejemplo de estancamiento, está México, que en la actualidad no tiene una oficina ministerial dedicada a la salud de sus más de 60 pueblos indígenas. Desde 2001 existe una Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural con muy escasa relación con los pueblos originarios. Existen cinco hospitales “mixtos” en el estado de Puebla, donde aparte de la biomedicina, se ofrece el servicio de terapeutas indígenas. Desde septiembre de 2006 se modifica la Ley General de Salud reconociendo la medicina tradicional indígena. Mientras que en la UNAM han surgido apoyos académicos relevantes para la capacitación y sensibilización intercultural en otras latitudes: Potosí, Bolivia; Ayacucho en Perú, y en la región Kuna de Panamá. (Campos y Citarella, 2004:

En La Habana, Cuba, se encuentra la Facultad Latinoamericana de Ciencias Médicas, que ofrece becas a estudiantes de toda América. En su plan de estudios no aparece el componente antropológico pese a que muchos de sus estudiantes provienen de regiones indígenas de América, y por tanto, la interculturalidad no está presente en su pensum curricular.

No debemos desesperar, la estrategia de salud intercultural en América Latina apenas comienza. En este sentido, es conveniente reforzar la idea de que la interculturalidad es una política inclusiva, no restrictiva, ni limitada, que no sólo concierne a los pueblos originarios, sino también a la población en general, sin olvidar las mayorías mestizas criollas y minorías afroamericanas, pues ellos también son parte fundacional de nuestra actual identidad latinoamericana, y que nos enriquecen con su diversidad. No está por demás recordar, que aún nuestros pueblos amerindios tienen diversos grados de mestizaje no únicamente en el terreno biológico sino, sobre todo, en el aspecto sociocultural.

Por otro lado, el corpus teórico-conceptual aún es precario. Existen ya los planteamientos iniciales pero la producción académica es escasa. Los libros, manuales y folletos son pocos y de distribución restringida: tenemos algunos textos generados por la OPS, los dos libros de Gerardo Fernández Juárez sobre *Salud e Interculturalidad en América Latina* (Abya Yala, 2004 y 2006), el de Amilcar Castañeda *Salud Indígena y Derechos Humanos* publicado por el Instituto Interamericano de Derechos Humanos (San José de Costa Rica, 2006), la producción de materiales para la investigación en

epidemiología sociocultural por el Ministerio de Salud chileno, los manuales para la atención intercultural del parto en Bolivia y Perú. Nos falta afianzar este rubro.

En el campo de la capacitación, los encuentros, talleres y seminarios se han extendido por toda América Latina. Los diplomados iniciales en Potosí se han extendido a La Paz, Sucre y Santa Cruz. De Ciudad de México a varios puntos de la geografía rural mexicana. De Ayacucho hacia Lima. Ya se inició el primero en Chile. Ahora viene la primera maestría en Nicaragua. El panorama es alentador pero debemos luchar porque los contenidos y prácticas subsidiarias no sean una simple barnizada de algunos elementos antropológicos (Menéndez, 2006:) para seguir pensando, diciendo y haciendo lo mismo de siempre en la práctica médica del centro de salud o del hospital, o en las oficinas ministeriales. Se debe generar y garantizar un compromiso personal, institucional y comunitario. De otro modo, nos estamos engañando, y creamos espejismos llenos de buenos deseos e intenciones.

Aquí –en estos dos días- estarán presentes los agentes del cambio: los y las poseedoras de la iniciativa, de la creatividad y de la constancia y el esfuerzo en proyectos de salud intercultural.

También estaremos académicos universitarios comprometidos desde hace tiempo con la descripción, análisis e interpretación de los fenómenos asociados con las medicinas indígenas y su interacción positiva con la biomedicina.

Finalmente, estarán los organismos patrocinadores y entidades financiadoras internacionales, que quieran, deban y puedan comprometerse con este nuevo empuje del movimiento intercultural adecuado en América Latina. Se trata de que el tema de salud intercultural sea incorporado de manera formal en las agendas de dichas organizaciones.

Aquí se podrá concertar una articulación entre aquellos dedicados a la administración pública de los ministerios de salud, los estudiosos del proceso intercultural y las instituciones que puedan proporcionar un sustento financiero a las que hemos llamado “locuras” interculturales. Al fin y al cabo que estas “locuras” tienen como finalidad última, mejorar las condiciones de vida de nuestros pueblos amerindios, disminuir las enfermedades y frenar la elevada mortalidad de nuestra gente originaria, afro y mestiza.

Recordar que el financiamiento grande o pequeño, no es una caridad ni una dádiva, es el pago a una deuda añeja con los pueblos originarios del continente. Es una deuda convertida hoy en derechos.

Así como nuestros padres de la independencia pensaban en una gran patria independiente, nosotros debemos soñar y luchar por una América multiétnica, pluricultural, inclusiva y democrática, donde sus servicios de atención médica y sanitaria estén a la altura de las necesidades y demandas de nuestros pueblos en especial de aquellos que han sido discriminados por siglos.

No deseo finalizar esta presentación sin las palabras de ellos. En 1974 la declaración tzotzil de salud elaborada por el Primer Congreso Indígena de Chiapas, expresaba la pesadumbre porque se desconfiaba de la biomedicina:

Los médicos están concentrados en las ciudades y nunca salen al campo. Ignoran la lengua tzotzil, no conocen nuestras costumbres y sienten gran desprecio por el indígena. En los centro de salud nos tratan mal, no hay comunicación posible con el doctor, y así aunque sea muy buen médico no nos puede curar. Por eso no le tenemos confianza. Así mismo las enfermeras nos tratan como si fuéramos cosas. Por eso para nosotros la medicina del doctor es como si no existiera.

Los programas de salud no son realistas, pues no conocen nuestra costumbre y nunca tienen en cuenta la medicina de las yerbas. Un programa muy bien pensado que no lo lleva a efecto el personal preparado es inútil. Ni los médicos ni las enfermeras se preparan para tratar con nosotros. Si nos enfermamos somos de segunda categoría. Además la medicina es muy cara. Es un negocio, A veces sólo tenemos dinero para pagar la ficha pero no para la medicina. Se nos vende medicina mala o ya pasada que es ineficaz. Por eso nosotros no confiamos en la medicina de los doctores. (Lozoya y Zolla, 1984:11-12)

Esta desconfianza y discriminación se vive en forma directa y constante durante la hospitalización. Son horas de tristeza, amargura y soledad. Que mejor descripción que la que nos ofrece un joven poeta tojolabal aquejado de una enfermedad cancerosa en sangre que finalmente le llevó a la muerte. Antes tuvo tiempo de escribir un poema a sus amigos y familiares:

EN EL HOSPITAL

Escuchen mis hermanos // el cuento que les digo // las cosas que yo veo // estoy en Comitán.
Enfermo estoy aquí // en este hospital // así lo veo bien // el modo de su hacer.
Pues en el hospital // enfermos muchos hay // de diferentes pueblos // con males muy diversos.
Hermanos nuestros sufren // muy fuerte es su dolor // y otros sin dolor // según la enfermedad
En este hospital // si llega un patrón // con gusto lo reciben // pues sí se caen bien.
Si llega un hermano // que es tojolabal; // andamos bien perdidos // dentro del hospital.
La lengua no entendemos // que los doctores hablan // tampoco nos entienden // ni nuestra enfermedad
Y si no nos entienden // tampoco nos respetan // su corazón les dice // que no sabemos nada
La lengua de nosotros // no quieren aprender // porque ellos no respetan // así como hablamos
Escuchen mi palabra // del corazón nació // los meros ignorantes // son ellos de verdad
En este mundo, digo // iguales son los cuerpos // hermanos somos todos // de una humanidad
Hay blancos y morenos // bambaras, chinos, indios // hermanos somos todos // de una humanidad.
Por ello ya nosotros // debemos aprender // la lengua que es de ellos // que nos respeten ya.
También les toca a ellos // el mismo aprender // la lengua que es la nuestra // hermanos, pues, seremos.
Hermanos, me despido // y que les vaya bien // y no les pase nada // por sendas y veredas.

Nos vemos, nos hablamos, // en otra ocasión // platicaremos cómo // estamos por acá.

El poeta murió pocos meses después de leucemia aguda

Recojamos el mensaje de nuestros hermanos. Estemos trabajando, ya no *para* ellos sino *con* ellos.