



Imprimir artículo Exportar a PDF
Volver

Perú: Hacia una salud intercultural efectiva para los pueblos indígenas

Por Jahvé Mescco

Servindi, 7 de abril, 2011.- Los altos índices de enfermedades y epidemias en las poblaciones indígenas, la falta de acceso a servicios de salud y la poca valoración de la medicina tradicional, exigen repensar el modelo actual de atención en salud para las comunidades originarias. En el marco del Día Mundial de la Salud, una mirada a la problemática en el país.

Brechas en salud

Según el [Informe Defensorial 134, “La Salud de las Comunidades Nativas: Un reto para el Estado”](#) [1], de la Defensoría del Pueblo, las enfermedades que más afectan a las poblaciones indígenas son de tipo infeccioso (40 por ciento).

Entre estas destacan las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y las infecciones respiratorias agudas (IRA), causados por las malas condiciones de saneamiento básico y la falta de prácticas saludables en la población.

El estudio, que se realizó en el 2006, en base a la supervisión a establecimientos de salud en comunidades nativas de cuatro distritos de Amazonas, Loreto, Madre de Dios y Ucayali, también evidenció la presencia de enfermedades propias de centros urbanos como el VIH-SIDA, las enfermedades de salud mental y el alcoholismo.

“Estos males se asocian al mayor contacto que van experimentando las poblaciones indígenas amazónicas con los centros poblados urbanos y las ciudades intermedias, así como a la discriminación étnica y la destrucción de su sistema social, el cual se produce como consecuencia de estos procesos de interculturación”, dice el informe.

En salud, la situación de exclusión y marginación de estos pueblos, en su mayoría en extrema pobreza, se acentúa por la falta de diálogo entre los sistemas de salud tradicional y occidental, que imposibilita adecuar los distintos conocimientos, creencias y prácticas a las realidades de cada zona.

Parte del desencuentro entre ambas medicinas se refleja en los elevados índices de mortalidad infantil y materna, en zonas rurales. Muchas veces lo aducen a la práctica de costumbres como el parto vertical, pero no se mira la pertinencia cultural o la manera como se implementan iniciativas como las casas de espera.

Al respecto, Majed Velásquez, maestría en salud intercultural de la Universidad Regional Autónoma de la Costa Caribe Nicaragüense, explica que las casas de espera surgieron con el propósito de evitar la muerte materno-infantil, pero en la práctica muchas mujeres indígenas son víctimas de maltratos y marginación.

“El parto vertical y las casas de espera son políticas de buena forma pero que de fondo falta contextualizarlos, con un diálogo de saberes horizontal, y no vertical como sucede”, refiere.

El problema de la atención en salud a las comunidades indígenas se agudiza debido a las dificultades para acceder a un servicio de salud, de calidad y oportuno. A ello, se suma los pocos



establecimientos de salud (mal implementados y con escasas medicinas) y la escasez de personal sanitario, debido a la falta de políticas e incentivos.

Medidas gubernamentales

El derecho de las comunidades indígenas a contar con un servicio de salud intercultural en el Perú, se respalda en la Ley General de Salud, la Estrategia Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, así como en la Norma Técnica para la Atención del Parto Vertical con Adecuación Intercultural, entre otras medidas.

Sin embargo, estas disposiciones son el resultado de iniciativas aisladas, y la presión de organismos internacionales y de las comunidades nativas, antes que del propio Estado. La falta de voluntad política se evidencia en la falta de destinación presupuestal en la promoción de una salud intercultural y la revaloración de los saberes tradicionales.

Entes como el [Centro Nacional de Salud Intercultural \(Censi\)](#) [2] del Instituto Nacional de Salud (INS) realiza su labor con dificultad porque carece de presupuesto y de funciones normativas que le permitan incorporar el enfoque intercultural en la política integral de salud.

Desde su implementación y pese a las malas condiciones, el Censi ha obtenido importantes logros. Así, liderado por Neptalí Cueva, logró la aprobación de la Norma Técnica en Salud “Prevención, Contingencia ante el Contacto y Mitigación de riesgos para la salud en escenarios con indígenas en aislamiento y contacto reciente”.

Frente a la inexistencia de información para la atención de las distintas etnias, se prevé que en mayo inicie un piloto en Ucayali y Madre de Dios de registro de la población indígena, considerando variables como el auto-reconocimiento.

De manera paralela, elabora una propuesta de política pública intercultural en salud en coordinación con la Asociación Interétnica de Desarrollo de la Selva Peruana (Aidesep). “Para que esto no sea otro esfuerzo bien intencionado, lo ideal sería que exista una ley de consulta aprobada”, manifiesta Majed Velásquez.

Desarrolla protocolos de investigación sobre los sistemas de salud de los pueblos indígenas, enfatizando en las formas de prevención de los shipibo-conibo (Ucayali) y aimaras (Ilave) respecto a las IRAS. Y crea espacios para el intercambio de conocimientos entre comunidades y personal médico.

“Es una experiencia local que contribuye a planificar acciones, a que exista mejor comunicación y entendimiento, a que el personal de salud reconozca los valores de la medicina tradicional, y actúe de manera más comprometida con el indígena como el pobrecito, sino como un ser humano”.

Cabe destacar la labor de los equipos itinerantes de atención sanitaria: la Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED) en la atención a las comunidades nativas (al 2006 atendían a 706 comunidades). No obstante, el servicio que brindan es limitado por las dificultades geográficas y pocos recursos disponibles.

Aportes indígenas

El abordaje de una salud intercultural comienza por revalorar la medicina tradicional y a los agentes tradicionales de la salud como la partera, la comadrona, el chamán, el curandero, el huesero, el yerbero, la vaporadora.

Hay evidencia del aporte científico de plantas que se usan en la medicina tradicional, que contribuyen eficazmente a la curación de enfermedades, como la uña de gato, la ayahuasca, la castaña, la sangre de grado entre otros.



Además, otro gran aporte de la medicina tradicional es la práctica social orientada a la prevención de enfermedades –evidentes en las reglas como las prohibiciones de entrar al agua en fechas determinadas, o las yerbas que empleas–, así como a la promoción de la salud que implica también el abordaje de lo espiritual.

A nivel internacional, se produce un progresivo reconocimiento de la medicina tradicional. Este aspecto se abordó en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, en la ciudad de Alma Ata en 1978; y en la 56a Asamblea Mundial de la Salud (WHA), en el 2003.

Además, de considerarse en el conocido Convenio sobre Pueblos Indígenas N° 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas.

En el desarrollo del diálogo intercultural, le compete a las organizaciones indígenas proponer y vigilar el proceso, mientras que es responsabilidad del Estado implementar políticas concretas con visión transdisciplinaria y específica. Con la descentralización, son los gobiernos locales y regionales quienes deben garantizar los derechos de los PPII.

El tema es complejo pero no imposible. En América Latina ya existen experiencias de salud intercultural de las cuales es posible aprender y adaptar como las de Nicaragua y la de los indígenas wayuu en Maracaibo (Venezuela).

Datos:

- La Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud elaboró Análisis de Situación en Salud (ASIS) de los pueblos Matsigenka, Shipibo-Konibo y Achuar.
- En el 2001, durante el Gobierno de Transición de Valentín Paniagua se formó una Mesa de Diálogo y Cooperación para las Comunidades Nativas, en la que se estableció un Plan de Acción para los Asuntos Prioritarios. En la propuesta se incluyen lineamientos consensuados para una salud intercultural. Pese a que se establecieron acuerdos y compromisos, con el cambio de gobierno todo quedó en nada.

Enlaces:

- Análisis de la situación en salud en poblaciones excluidas. El caso de las Poblaciones Indígenas Amazónicas:
http://www.minsa.gob.pe/dgps/actividades/2009/ISEM_INTERN_DERECH_INTERCULT_GENRO/2_PONENCIAS/IDENTIF_BRE_EJERC_DERECHOS_SERV_SALUD/Gladys_Ramirez_ASIS_poblaciones_excluidas_caso_Indigena.pdf [3]
- Etnia, cultura y salud: la experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua”, de Myrna Cunningham:
<http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/ETN/MCunninghamConf.pdf> [4]
- Extensión de la Protección Social en Salud con interculturalidad a favor del pueblo Wayuu en Colombia y Venezuela: <http://eurosocialsalud.eu/files/docs/00554.pdf> [5]



Tags relacionados: [censi](#) [6]
[medicina tradicional](#) [7]
[salud indigena](#) [8]
[salud intercultural](#) [9]

Valoración: 0

Sin votos (todavía)

Source URL: <https://www.servindi.org/actualidad/42779>

Links

- [1] http://servindi.org/pdf/DP_informe_134.pdf
- [2] <http://www.ins.gob.pe/portal/home-censi/>
- [3] http://www.minsa.gob.pe/dgps/actividades/2009/ISEM_INTERN_DERECH_INTERCULT_GENRO/2PO_NENCIAS/IDENTIF_BRE_EJERC_DERECHOS_SERV_SALUD/Gladys_Ramirez_ASIS_poblaciones_excluidas_caso_Indigena.pdf
- [4] <http://www.paho.org/Spanish/HDP/HDD/ETN/MCunninghamConf.pdf>
- [5] <http://eurosocialsalud.eu/files/docs/00554.pdf>
- [6] <https://www.servindi.org/etiqueta/censi>
- [7] <https://www.servindi.org/etiqueta/medicina-tradicional>
- [8] <https://www.servindi.org/etiqueta/salud-indigena>
- [9] <https://www.servindi.org/etiqueta/salud-intercultural>