



Imprimir artículo Exportar a PDF
Volver

Perú: Urge impulso real de la salud intercultural

Por Jahve Mescco

Servindi, 28 de junio, 2011.- El acceso a servicios de salud de calidad es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, pero en el país la gran mayoría está excluida del sistema sanitario. Como es usual, las poblaciones indígenas son los más afectados dada su extrema vulnerabilidad y escasa inclusión en las políticas gubernamentales.

En la última década el Gobierno impulsó diversas medidas para garantizar el acceso a los servicios de salud de estas poblaciones. No obstante, las 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 y recursos humanos en la promoción de la salud intercultural, así como en la ausencia de un enfoque transversal que considere las necesidades particulares de los pueblos indígenas.

Lento avance

La Estrategia Sanitaria Nacional Salud de los Pueblos Indígenas (2004) posibilitó un ligero avance en la búsqueda de implementar servicios de salud con pertinencia cultural. Establece, la “adecuación” de los servicios de salud para la atención del parto vertical.

Instaura “las casas de espera” a fin de facilitar el acceso a la atención del parto institucional y por profesional de la salud; la norma de la Transversalización del Enfoque de Género, Interculturalidad y Derechos en Salud o la Guía de Salud Reproductiva con Enfoque Intercultural.

En cuanto al diagnóstico de las condiciones de salud, la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (Minsa) recopiló evidencias de las brechas sanitarias de los pueblos originarios a través de los Análisis de Situación de Salud (ASIS).

Uno de los principales promotores, es sin duda, el Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi) (1), quien suscribió acuerdos con organizaciones indígenas de 12 regiones(2), que implica la sensibilización de profesionales de salud y su capacitación en salud intercultural, así como la elaboración de investigaciones en salud indígena (3).

El Censi logró además la aprobación de la Norma Técnica Salud y dos Guías Técnicas para la protección, relacionamiento y atención a pueblos indígenas en aislamiento, en contacto reciente o indígenas en contacto inicial con alto riesgo de morbilidad.

Si bien destaca la labor de los equipos itinerantes de atención sanitaria: la Atención Integral de Salud para Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED) (4) en la atención a las comunidades nativas (al 2006 atendían a 706 comunidades), su servicio se limita por las dificultades geográficas y escaso presupuesto.

Exclusión permanente

Tras cuatro años de aprobarse la Estrategia Sanitaria mencionada, fuentes oficiales (5) reconocieron que “no han logrado un posicionamiento importante en las diversas decisiones del sector que le permita institucionalizar la interculturalidad como la base en la que se sustentarían las intervenciones de salud en los pueblos indígenas”.

Observan además, que el concepto e implementación de la interculturalidad en salud ha sido



limitada al área de salud materna (6). Al respecto, la Defensoría del Pueblo publicó el Informe Defensorial 134: “La salud de las Comunidades Nativas: un reto para el Estado (7)” (2008), con resultados poco alentadores.

“La política de salud intercultural en el Sector Salud ha sentado las bases para un progresivo cambio de paradigma en la medicina. Sin embargo, su implementación se desarrolla con una débil articulación con el Centro Nacional de Salud Intercultural”.

Menciona que la Estrategia no es conocida por el personal de los establecimientos de salud en las comunidades nativas; y que el Estado no logra cumplir con su obligación de garantizar la disponibilidad, la accesibilidad y la adecuación cultural del servicio a la población de las comunidades nativas.

Por otra parte, el Plan Nacional Concertado de Salud (2007) y la nueva política de aseguramiento universal del 2009, no han previsto estrategias específicas para mejorar el acceso de los servicios de salud a las poblaciones indígenas dispersas de la selva.

Aunque se ha incorporado la población indígena al Seguro Integral de Salud (SIS), solo un 41% de dicha población estaría haciendo algún uso de ese sistema, según el Censi. El problema de la atención en salud a las comunidades indígenas se agudiza debido a las dificultades que afrontan para acceder a un servicio de salud, de calidad y oportuno.

A ello, se suma los pocos establecimientos de salud (mal implementados y con insuficientes medicinas); y la escasez de personal sanitario, por la falta de políticas e incentivos gubernamentales, así como la respectiva capacitación que hoy es mínima.

Otra arista de la problemática es la ausencia de sistemas de registros que muestren con especificidad la situación y retos de salud de las distintas etnias, a fin de desarrollar y priorizar estrategias más eficaces para mejorar su salud. Además de desglosar por etnia los datos, es preciso modificar las condiciones y criterios de registro (8).

Aporte indígena

Para un impulso real de la salud intercultural, urge que el Gobierno comience a reconocer y revalorar la medicina tradicional y a los agentes tradicionales de la salud (como la partera y el curandero); y que promueva la participación de las comunidades originarias y sus organizaciones en el tema.

En ese sentido, debería tomar en cuenta las recomendaciones en materia de salud contenidas en el “Plan de Acción para los asuntos prioritarios de las comunidades indígenas (9) (2001); así como los especificados en la Propuesta Nacional de Desarrollo Amazónico (10) (2009).

Estos aportes cobran relevancia dado la vulnerabilidad de estas poblaciones. Según el estudio “Características Sociodemográficas de los Grupos Étnicos de la Amazonía Peruana y del Espacio Geográfico en el que residen (11)”, la tasa de mortalidad infantil en las comunidades nativas amazónicas fue 49,2 por cada mil nacidos vivos en el 2007.

A nivel nacional ese indicador fue de 18,5 por cada mil nacidos vivos. En ese mismo año, el índice de mortalidad en la niñez en las comunidades nativas amazónicas fue de 64 por cada mil nacidos vivos, mientras que a nivel nacional, ese mismo indicador fue de 27 por cada mil nacidos vivos.

Las altas tasas se deben principalmente a la falta de establecimientos de salud cercanos a estas comunidades nativas pues en muchos casos, los indígenas deben caminar varias horas para acceder a un establecimiento de salud y recibir atención médica.

Notas

(1) El Censi fue creado en el 2002 como parte del Instituto Nacional de Salud (INS).

(2) Ver <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/08ESN-Indigena/esn->



[indacuerdos.asp#](#) [1]

(3) En el contexto de la descentralización, las instancias locales y regionales, son actores claves en la toma de decisiones e implementación de acciones que beneficien a los pueblos originarios de la amazonía y el ande, generando mecanismos de inclusión participativa.

(4) La Dirección General de Salud de las Personas formuló la Norma Técnica sobre la AISPED. Este dispositivo establece una serie de mecanismos dirigidos a garantizar y mejorar la atención de salud de las poblaciones con inaccesibilidad geográfica en situación de pobreza o pobreza extrema.

(5) Plan General de la Estrategia 2009-2012, elaborado por el equipo técnico del Centro Nacional de Salud Intercultural –ente coordinador nacional de la Estrategia Sanitaria- y de los miembros de su Comité Técnico Permanente.

(6) Casas de espera y atención del parto vertical.

(7) <http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php> [2]

(8) Ver OGE: Análisis de la situación de salud del Pueblo Shipibo- Konibo. 2002, Lima. Disponible en http://www.oge.sld.pe/publicaciones/pub_asis/asis07.pdf [3]

(9) El Plan fue el resultado del trabajo conjunto de organizaciones indígenas y de otras organizaciones que les apoyan, junto con representantes del Estado, constituyendo la Mesa de Diálogo y Cooperación para las Comunidades Nativas constituida en el 2001, durante el Gobierno de Transición de Valentín Paniagua. Pese a que se establecieron acuerdos y compromisos, con el cambio de gobierno, estos se disolvieron.

(10) Este documento fue elaborado por el Grupo Nacional de Coordinación para el Desarrollo de los Pueblos

(11) Amazónicos, que se formó tras los lamentables sucesos de Bagua en junio del 2009. Conformaban el Grupo representantes del Ejecutivo, y de organizaciones indígenas amazónicas acreditadas, que contaron con el apoyo técnico del Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana (IIAP).

(12) La investigación fue realizada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). Fue elaborado en base a los Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda, y el II Censo de Comunidades Indígenas de la Amazonía Peruana del 2007.

Tags relacionados: [parto vertical](#) [4]

[salud indigena](#) [5]

[salud intercultural](#) [6]

Valoración: 0

Sin votos (todavía)

Source URL: <https://www.servindi.org/actualidad/47169>

Links

[1] <http://www.minsa.gob.pe/portal/03Estrategias-Nacionales/08ESN-Indigena/esn-indacuerdos.asp#>

[2] <http://www.defensoria.gob.pe/inform-defensoriales.php>

[3] http://www.oge.sld.pe/publicaciones/pub_asis/asis07.pdf



[4] <https://www.servindi.org/etiqueta/parto-vertical>

[5] <https://www.servindi.org/etiqueta/salud-indigena>

[6] <https://www.servindi.org/etiqueta/salud-intercultural>