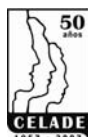

seminarios y conferencias

Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? Informe del Seminario-Taller

Santiago de Chile, septiembre de 2008



Este documento contiene los principales resultados del Seminario-Taller “Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?”, llevado a cabo en la sede de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), en Santiago de Chile, los días 25 y 26 de junio de 2007. El encuentro fue organizado por el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población de la CEPAL y el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FI), con el patrocinio del Gobierno de Francia y el co-patrocinio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA). La preparación de este informe estuvo a cargo de Fabiana Del Popolo, experta del CELADE, y Ana María Oyarce, consultora de la misma División, con el apoyo de Malva Pedrero, también consultora del CELADE.

Las opiniones expresadas en este documento, que no ha sido sometido a revisión editorial, son de exclusiva responsabilidad de las autoras y pueden no coincidir con las de la Organización.

Publicación de las Naciones Unidas

ISSN versión impresa 1680-9033 ISSN versión electrónica 1680-9041

ISBN: 978-92-1-323230-9

LC/L.2956-P

N° de venta: S.08.II.G.70

Copyright © Naciones Unidas, septiembre de 2008. Todos los derechos reservados

Impreso en Naciones Unidas, Santiago de Chile

La autorización para reproducir total o parcialmente esta obra debe solicitarse al Secretario de la Junta de Publicaciones, Sede de las Naciones Unidas, Nueva York, N. Y. 10017, Estados Unidos. Los Estados miembros y sus instituciones gubernamentales pueden reproducir esta obra sin autorización previa. Sólo se les solicita que mencionen la fuente e informen a las Naciones Unidas de tal reproducción.

Índice

Resumen	5
I. Antecedentes y justificación	7
A. Objetivos.....	9
II. Desarrollo del seminario-taller	11
A. Instancia de bienvenida	12
B. Sesión 1: Derechos, políticas públicas y salud de los pueblos indígenas	13
C. Sesión 2: Avances en políticas y programas nacionales.....	15
D. Sesión 3: Políticas y programas territoriales y autónomos.....	17
E. Sesión 4: Actores y elementos relevantes en políticas públicas de salud indígena.....	20
III. Reflexiones y principales puntos de debate	25
A. Concepto indígena de salud, derechos e interculturalidad.....	25
B. Políticas y programas de salud: avances y limitaciones	26
IV. Recomendaciones y puntos clave	29
Anexos	33
Anexo 1: Agenda	34
Anexo 2: Discurso de bienvenida	38
Anexo 3: Lista de participantes	40
Serie seminarios y conferencias: números publicados	43

Resumen

Este documento contiene los principales resultados del Seminario-Taller “Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?”, realizado en la sede de la CEPAL, en Santiago de Chile, los días 25 y 26 de junio de 2007. El encuentro, enmarcado en un proyecto de investigación que lleva adelante el CELADE acerca de los progresos en políticas y programas de salud dirigidos a los pueblos indígenas en América Latina, procuró generar un espacio de discusión, intercambio de ideas y experiencias entre especialistas indígenas y no indígenas de la región.

Tras una presentación de los antecedentes, la justificación y los objetivos de la actividad, el segundo capítulo sintetiza los principales temas abordados en las exposiciones y las discusiones generadas en torno a ellas, siguiendo el orden de las sesiones en las que fue organizado el taller. La primera sesión estuvo dedicada a los derechos, políticas públicas y salud de los pueblos indígenas. En ese espacio se reflexionó sobre un marco conceptual para la generación de políticas públicas que contribuyan a superar las brechas de equidad entre las condiciones de salud de las poblaciones indígenas y las no indígenas. La segunda sesión se ocupó de los avances en políticas y programas nacionales, presentándose los casos de Colombia, Brasil, la República Bolivariana de Venezuela y Chile. La tercera parte trató sobre políticas y programas territoriales y autónomos, con experiencias de Colombia, Ecuador, Chile y Nicaragua. La cuarta sesión estuvo dedicada a los actores y elementos relevantes en políticas públicas de salud indígena. El tercer capítulo analiza los principales puntos de debate y reflexión que se generaron a partir de esta instancia, en tanto que el cuarto realiza una serie de recomendaciones y sugiere puntos clave para la implementación de políticas públicas en salud para los pueblos indígenas.

I. Antecedentes y justificación

La constitución de los movimientos indígenas como actores políticos activos es uno de los fenómenos más notables de las democracias de América Latina en las dos últimas décadas. En efecto, a través de sus organizaciones y acciones han logrado impulsar su reconocimiento como pueblo, exigiendo nuevos estatutos que puedan garantizar su existencia y derechos. Los Estados latinoamericanos han realizado un reconocimiento progresivo de estas prerrogativas, aunque aún distan de reflejarse en sus condiciones de vida, ciertamente adversas.

A pesar que en los países de la región los avances jurídicos y legislativos todavía son insuficientes, en el derecho internacional se han alcanzado consensos en torno a un estándar mínimo de derechos de los pueblos indígenas, que resulta obligatorio para los Estados del mundo,¹ y que se resume en la Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, recientemente aprobada (septiembre de 2007). Este estándar se articula en torno a cinco grandes categorías: derecho de no discriminación; derecho a la integridad cultural; derechos de propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos; derecho al desarrollo y bienestar social, y derechos de participación política, consentimiento libre, previo e informado. Para generar condiciones que permitan cerrar las brechas de implementación de este estándar se requiere una ampliación de la ciudadanía y deben establecerse nuevos pactos sociales.

¹ CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2006), “Capítulo III: Pueblos indígenas de América Latina: antiguas inequidades, realidades heterogéneas y nuevas obligaciones para las democracias del siglo XXI”, en *Panorama social de América Latina 2006* (LC/G.2326-P/E), Santiago de Chile. Publicación de las Naciones Unidas, N° de venta: S.06.II.G.133.

En los países de América Latina y el Caribe se pueden apreciar distintos grados de avance en el reconocimiento, la promoción y la garantía de estos derechos. Algunos presentan un amplio reconocimiento de derechos, sin que ello se traduzca en políticas y programas que lo garanticen, y en otros pocos países se da la situación inversa.

En el ámbito de la salud, el estándar mínimo implica desde la necesidad de formulación de políticas nacionales que prioricen este aspecto, pasando por la creación de unidades técnicas específicas y el reconocimiento de las medicinas tradicionales indígenas, hasta la promoción y garantía de la autonomía en la gestión de la salud.

Dentro del marco jurídico internacional, el Convenio 169 “Sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes” de la OIT y las resoluciones CD37.R5 (1993), CD40.R6 (1997) y CD47.R13 (2006) de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ratificada por todos los países de la región, establecen directrices para abordar desde un enfoque intercultural la salud de los pueblos indígenas, propiciando la incorporación de las perspectivas, medicinas y terapias indígenas en la atención sanitaria.

El Convenio 169 de la OIT reconoce el derecho de los propios pueblos indígenas a mantener y promover su integridad cultural, lingüística y territorial. En este contexto, la protección de salud se inscribe en el marco general del reconocimiento de los derechos culturales, económicos y sociales de los pueblos indígenas. Por otro lado, en la recientemente aprobada Resolución CD47.R13 de la OPS, la salud es concebida como un derecho y su abordaje se contextualiza en el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), la renovación de la Estrategia de Atención Primaria de Salud y las metas del Segundo Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas del Mundo.

El Banco Interamericano de Desarrollo (BID), sobre la base del Convenio 169 de la OIT, propone tres dimensiones para evaluar el cumplimiento de estos propósitos: la existencia de una legislación especial y la garantía de acceso preferencial; la aceptación e integración de las prácticas tradicionales al sistema nacional de salud; las garantías de participación que se ofrecen a los pueblos indígenas y la autonomía en el manejo de los recursos de salud.²

Por su parte, el Programa de Salud de Pueblos Indígenas de la OPS se sustenta en cinco principios fundamentales: enfoque integral de la salud; derecho a la autodeterminación de los pueblos; respeto y revitalización de las culturas indígenas; reciprocidad en las relaciones y derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas.

Históricamente, los pueblos indígenas han sido víctimas de la introducción de epidemias y siguen sufriendo graves inequidades en materia sanitaria, lo que implica una violación a sus derechos humanos fundamentales. En la Declaración del Milenio, suscrita por todos los Estados miembros de las Naciones Unidas, un número significativo de objetivos se relaciona con la salud y el desarrollo. Existe consenso en América Latina que tales objetivos deben lograrse con equidad. Dado que los pueblos indígenas han estado ausentes en el proceso de definición de los ODM, estos pueden no incluir ni reflejar sus necesidades y preocupaciones específicas, situación que puede generalizarse a los objetivos de desarrollo que se fijan a nivel nacional. Por ello es que los Estados tienen un doble desafío: por un lado, los pueblos indígenas tienen el derecho a ser incluidos en los beneficios derivados de los esfuerzos globales por alcanzar los ODM, y por otro, se deben garantizar sus derechos colectivos, que suponen sus propias definiciones del bienestar.³ Asumir realmente estos desafíos implica generar condiciones que garanticen la plena participación de los pueblos indígenas en todas las políticas y programas que les afecten.

² BID (Banco Interamericano de Desarrollo) (2004), *Banco de datos de legislación indígena* [en línea] http://www.iadb.org/sds/ind/site_3152_s.htm.

³ Naciones Unidas (2006), *Informe de la Reunión internacional de un grupo de expertos sobre los objetivos de desarrollo del Milenio, la participación de los pueblos indígenas y la buena gobernanza* (E/C.19/2006/7), Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas, quinto período de sesiones, Nueva York, 15 al 26 de mayo.

En este contexto, el CELADE-División de Población de la CEPAL viene desarrollando una serie de actividades respecto de las poblaciones y pueblos indígenas de América Latina, sobre todo en respuesta a las nuevas demandas de información, y siguiendo además las recomendaciones emanadas del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas. Entre sus actividades cabe mencionar los estudios sociodemográficos de pueblos indígenas de Bolivia, Ecuador y Panamá y la realización de talleres nacionales con organizaciones indígenas en estos países (CEPAL-BID); el desarrollo de un Sistema de Indicadores de Poblaciones y Pueblos Indígenas (SISPPI), en conjunto con el Fondo Indígena; la elaboración de un capítulo central del *Panorama Social de América Latina 2006*, sobre condiciones de vida de los pueblos indígenas latinoamericanos bajo una perspectiva de derechos (con el apoyo del UNFPA).⁴ Desde entonces, los asuntos de población que aborda el CELADE consideran la diversidad cultural de la región, y en particular incorporan la perspectiva de los derechos de los pueblos indígenas.

Asimismo, y con el patrocinio del gobierno de Francia, el CELADE y el Fondo Indígena realizaron el Seminario Internacional sobre “Pueblos indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas”, que tuvo lugar en la sede de la CEPAL, del 27 al 29 de abril del 2005.⁵ La experiencia del seminario fue exitosa y permitió que expertos indígenas y no indígenas compartieran ideas y proposiciones, que se materializaron en una serie de recomendaciones tendientes a la generación de información y el perfeccionamiento de las políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas (disponible también en la página web del CELADE).

Tomando en cuenta las recomendaciones surgidas en el mencionado seminario, y una vez más con el patrocinio del Gobierno de Francia, el CELADE está llevando a cabo un proyecto acerca de los avances en políticas y programas de salud de los pueblos indígenas en América Latina, dentro del cual se enmarcó esta reunión. Con la finalidad de elaborar un panorama regional en esta materia, el CELADE envió una encuesta a los ministerios de salud y otros organismos pertinentes. Un análisis preliminar de sus resultados se presentó para la reflexión y el debate en este encuentro. La versión final del diagnóstico se publicó en la edición 2007 del *Panorama Social de América Latina* de la CEPAL.⁶

Es importante mencionar que, para la realización del evento, los recursos del Programa de Francia se complementaron con recursos del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (Fondo Indígena) y del UNFPA. Asimismo, se contó con la valiosa y sustantiva colaboración del Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de la OPS.

A. Objetivos

El propósito del seminario-taller fue generar un espacio de discusión, de intercambio de ideas y de aprendizajes entre especialistas indígenas y no indígenas, con el fin de:

- Actualizar el estado de conocimiento sobre las políticas y programas de salud de los pueblos indígenas en América Latina, describiendo los objetivos, áreas de aplicación, cobertura y logros, así como los mecanismos de coordinación institucional existentes y la asignación de recursos.

⁴ Para revisar las diferentes actividades realizadas puede consultarse en la página web del CELADE: www.cepal.org/celade/indigena.

⁵ Este seminario fue organizado por el CELADE-División de Población de la CEPAL y el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FI), con el patrocinio del Gobierno de Francia, el co-patrocinio del UNFPA y la colaboración del Centre Population et Développement (CEPED).

⁶ CEPAL (Comisión Económica para América Latina y el Caribe) (2007), *Panorama social de América Latina 2007* (LC/G.2351-P/E), Santiago de Chile.

- Evaluar el grado de participación de los pueblos indígenas en el diseño, la aplicación y el monitoreo de las políticas públicas, así como el grado de autonomía en la gestión.
- Destacar y difundir las lecciones aprendidas en materia de políticas y programas de salud de pueblos indígenas, que permitan identificar los elementos necesarios para la construcción de un modelo de salud con enfoque de derechos.
- Proponer recomendaciones orientadas al diseño y mejoramiento de políticas y programas de salud de pueblos indígenas con un enfoque de derechos.

II. Desarrollo del seminario-taller

En términos generales, los participantes reconocieron en la CEPAL un ámbito propicio para la realización de encuentros como este, que permiten analizar tanto la situación de salud de los pueblos indígenas en América Latina, como las políticas y programas que se desarrollan para superar las brechas de equidad en la implementación del derecho a la salud.

El seminario-taller posibilitó un enriquecedor intercambio de experiencias, conducente a mejorar las políticas públicas en los países de la región, identificando ámbitos en que es posible que los diferentes actores involucrados aúnen esfuerzos. El diálogo generado permitió que representantes de gobiernos, organizaciones indígenas y la comunidad internacional avanzaran en la definición de una base conceptual compartida. Los participantes destacaron la necesidad de profundizar la reflexión en esta materia, considerando en mayor detalle las especificidades de cada país.

Pese a lo limitado del tiempo, durante los dos días en que se desarrolló el seminario las diversas exposiciones permitieron conocer la situación de las políticas públicas en varios países de la región, así como la posición y propuestas de las organizaciones indígenas al respecto.⁷

⁷ Véase la agenda del seminario en el Anexo 1 y la lista de participantes en el Anexo 3.

En este documento se sintetizan los principales aspectos abordados en las exposiciones y la discusión y análisis colectivo generado en torno a ellas.⁸ El seminario-taller se estructuró en las siguientes sesiones de trabajo:

- Sesión 1: Derechos, políticas públicas y salud de los pueblos indígenas.
- Sesión 2: Avances en políticas y programas nacionales.
- Sesión 3: Políticas y programas territoriales y autónomos.
- Sesión 4: Actores y elementos relevantes en políticas públicas de salud indígena.

A. Instancia de bienvenida

Dirk Jaspers_Faijer, Director del CELADE-División de Población de la CEPAL,⁹ señaló que si bien la inclusión de los grupos étnicos ha estado siempre presente en el quehacer de la CEPAL, las actividades vinculadas a este ámbito se han intensificado fuertemente desde hace unos cinco años, con el desarrollo de investigaciones sociodemográficas sobre pueblos indígenas en tres países de la región, basadas en los censos de población. A partir de entonces se han implementado iniciativas que buscan responder a las nuevas demandas de información, a través de la elaboración de un Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas de América Latina, desarrollado conjuntamente con el Fondo Indígena. Además, se han realizado estudios sobre las condiciones de vida de los pueblos indígenas, y actualmente se está llevando a cabo un proyecto respecto de los avances en políticas y programas de salud dirigidos a estos pueblos en América Latina, dentro del cual se enmarca esta reunión.

Como señaló Jaspers_Faijer, en este ámbito los Estados deben enfrentar un doble desafío: por un lado, los pueblos indígenas tienen el derecho a ser incluidos en los beneficios derivados de los esfuerzos globales por alcanzar los ODM, y por otro, se deben garantizar sus derechos colectivos, que incluyen sus propias definiciones del bienestar.

Resulta entonces oportuno evaluar el avance realizado en estos asuntos y construir recomendaciones de consenso entre los diferentes actores sociales, señaló el Director del CELADE. El reto para las políticas de salud pública consiste en incluir la diversidad étnica y cultural como un elemento constitutivo necesario para la construcción de una ciudadanía social que respete los derechos de los pueblos indígenas. Este es el desafío que, según su apreciación, convocó a los participantes del seminario-taller.

Jorge Fedrick, representante del **Fondo Indígena,** enfatizó la necesidad de elaborar “alianzas estratégicas” entre organizaciones indígenas, gobiernos y organismos internacionales, que propicien la participación de los pueblos indígenas en la toma de decisiones en todas aquellas materias que afectan su desarrollo. En el ámbito específico de la salud, destacó la necesidad de abrir y fortalecer espacios de diálogo entre los conocimientos médicos occidentales e indígenas. Por último, señaló que para los pueblos indígenas la salud no puede entenderse como desvinculada del territorio, por lo que el control y mantenimiento de los ecosistemas constituye un aspecto fundamental en las estrategias que se diseñen.

⁸ Se puede acceder al discurso inaugural, presentaciones y ponencias a través de la página web del CELADE: www.eclac.cl/celade/indigenas/.

⁹ La versión completa de este discurso inaugural se incluye en el Anexo 2.

B. Sesión 1: Derechos, políticas públicas y salud de los pueblos indígenas

En esta sesión se reflexionó sobre un marco conceptual para la generación de políticas públicas que contribuyan a superar las brechas de equidad entre las condiciones de salud de las poblaciones indígenas y las no indígenas. Se presentó un panorama de la situación de salud de los pueblos indígenas de las Américas en el contexto de la globalización, y se analizaron los avances alcanzados por los países de la región en la definición e implementación de políticas públicas específicas en esta materia.

Gabriel Muyui, representante de la **Defensoría del Pueblo de Colombia**, señaló que este tipo de encuentros permite visibilizar la situación de vulnerabilidad que afecta a los pueblos indígenas en materia de salud, reconociendo su papel como sujetos de derechos tanto individuales como colectivos. Destacó la diversidad de situaciones que viven actualmente los pueblos indígenas, ya que aún existen en los países de la región pueblos no contactados, otros que continúan habitando en territorios tradicionales, y aquellos que se han visto forzados a emigrar a los centros urbanos.

Tanto en esta presentación como en la de **Amílcar Castañeda**, consultor del **Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH)** de Costa Rica, se brindó un completo análisis del marco jurídico internacional relativo al derecho de los pueblos indígenas a la salud. Al respecto, los expositores señalaron que este es un derecho humano y fundamental que asiste a todas las personas sin distinción de género, etnia o religión, cuya implementación busca el bienestar personal, familiar y comunitario, en armonía con la naturaleza.

Indicaron, también coincidentemente, que los Estados tienen el desafío de reconocer los derechos indígenas, superando las relaciones de subordinación a las que han estado sometidos los pueblos originarios. Una serie de instrumentos internacionales sirve de base para el reconocimiento de los derechos indígenas relacionados con la salud (Convenio 169 de la OIT, Resolución CD37.R5 de la OPS, Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas, entre otros). Estos, en especial el Convenio 169, más allá de su carácter normativo, pueden ser considerados también como una guía o una orientación política para la relación entre los Estados y los pueblos indígenas. Tales instrumentos brindan fundamento para definir medidas que garanticen el acceso gratuito a los servicios de salud, el reconocimiento de las medicinas tradicionales indígenas, la protección de los conocimientos médicos y los recursos terapéuticos, y la adecuación de los servicios de salud a las particularidades culturales de los pueblos indígenas.

RECUADRO 1

LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS Y SU RELACIÓN CON LA SALUD

Derecho de no discriminación en el acceso y la atención en salud.

Derecho al desarrollo y bienestar social, que reconoce el derecho de las personas y comunidades indígenas a gozar del nivel más alto de salud física y mental, mediante el acceso oportuno y eficiente a atención de salud de calidad y pertinente en términos culturales.

Derecho a la integridad cultural, que involucra el reconocimiento que los pueblos indígenas tienen sus propios conceptos del proceso de salud-enfermedad-curación y que, en virtud de ello, tienen derecho a usar, fortalecer, desarrollar y controlar sus propios sistemas médicos.

Derecho de propiedad, uso, control y acceso a las tierras, territorios y recursos, que en el ámbito de la salud se relaciona con la conservación de las plantas, animales y minerales de uso terapéutico y la protección de los territorios en que esos recursos se localizan.

Derecho de participación política en el diseño, gestión y control social de las políticas y programas de salud.

Fuente: Naciones Unidas, *Declaración de las Naciones Unidas sobre los derechos de los pueblos indígenas*, adoptada por la Asamblea General mediante la Resolución 61/295, el 13 de septiembre de 2007.

Roberto Campos, de la **Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)**, expuso críticamente el cambio de enfoques experimentado desde el inicio del indigenismo, cuya finalidad como política pública era incorporar, asimilar e integrar a los “indios” a la vida nacional, considerándolos como “personas menores de edad”, hasta la transformación de la concepción del indígena como un sujeto de derechos y obligaciones. En el caso de México —con el zapatismo, surgido en 1994—, la política indigenista es confrontada y la emergencia de los movimientos sociales indígenas establece una nueva relación intercultural de reconocimiento y respeto. El concepto de interculturalidad se va afianzando en el terreno educativo y luego en el campo de la salud, de tal modo que ya no solo debe asociarse con los pueblos originarios sino también con los pueblos afroamericanos, mestizos y otros.

Rocío Rojas, del **Programa Regional de Salud de Pueblos Indígenas de las Américas** de la **OPS**, señaló que las políticas de salud e interculturalidad deben analizarse en el contexto de la globalización, caracterizada por el aumento de los flujos de capital financiero, la apertura indiscriminada de mercados y la revolución de la informática.

En este escenario, los pueblos indígenas sufren una grave inequidad: enferman y mueren más, en especial los niños. Los servicios de salud tienen problemas relativos a la accesibilidad (geográfica, económica, administrativa y cultural), la calidad en la prestación, el presupuesto, los recursos humanos, la adecuación de la información, entre otros. Por ello, es necesario formular políticas interculturales, adecuadamente financiadas, que respondan a contextos reales y aborden las necesidades de salud de pueblos diversos.

Para la definición de políticas interculturales se sugirió considerar el marco de principios generado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y posteriormente adaptado por la OPS en consulta con los propios pueblos indígenas. Tres son los principios incluidos:

- a) El respeto por los derechos humanos básicos, especialmente por el derecho a la vida.
- b) El reconocimiento de la existencia de los pueblos indígenas.
- c) La voluntad política de los Estados, empeñados realmente en promover la equidad entre todos los habitantes y pueblos que viven en sus territorios.

Cada uno de estos principios tiene un enfoque que guía las acciones transversales y criterios que posibilitan la identificación de indicadores para evaluar su implementación.

En este marco de principios, el enfoque intercultural se asume como una tarea política generadora de consensos y capacidades, cuya meta es lograr la equidad mediante el desarrollo de la ciudadanía sobre la base del respeto recíproco.

Fabiana Del Popolo y **Ana María Oyarce**, del **CELADE-CEPAL**, presentaron los resultados del diagnóstico preliminar elaborado a partir de una encuesta enviada a los países, que buscaba conocer los avances en cada uno de ellos en materia de políticas de salud y pueblos indígenas.¹⁰

En general, el panorama regional es heterogéneo, observándose diversos grados de avance en acuerdos internacionales, marcos jurídicos nacionales, armonización de sistemas de salud convencional e indígena y formación de recursos humanos. En algunos países, como Ecuador, México y la República Bolivariana de Venezuela, se ha materializado el reconocimiento constitucional a la salud de los pueblos indígenas; en otros se han generado algunas reformas legislativas específicas. Se destaca el hecho que la ratificación del Convenio 169 de la OIT no constituye necesariamente un factor determinante en la definición de medidas legislativas nacionales.

¹⁰ Un análisis detallado de estos avances puede verse en el *Panorama Social de América Latina 2007* de la CEPAL (www.cepal.org/celade/indigenas).

En los países de la región, los mayores avances se observan en la leyes relativas al acceso y la gratuidad de la atención; menores progresos se aprecian en el reconocimiento de los sistemas médicos indígenas (aunque con diferentes énfasis respecto del reconocimiento, la promoción y la protección de los derechos de los pueblos indígenas); y menores aún en leyes relativas a la participación y la autonomía.

Los programas y políticas de salud deben responder a tres problemas fundamentales: perfiles epidemiológicos complejos, con mayor vulnerabilidad y daño en los pueblos indígenas; inequidad en el acceso sanitario y ausencia de pertinencia cultural de los servicios de salud, y por último, falta de participación y representación política. Este aspecto es fundamental, dado que es necesario que las políticas públicas consideren a los pueblos indígenas como sujetos de derechos. En este sentido, el desafío es desarrollar modelos interculturales, integrales y complementarios de atención y gestión en salud, mediante un proceso de construcción colectivo y la negociación de significados culturales (epistemología y modelos de realidad distintos y concepciones diferentes sobre vida-muerte, cuerpo, persona, tiempo y espacio, etapas y ciclos de vida y salud-enfermedad-sanación).

Se describieron los avances en la región en torno a la existencia de programas específicos y actores sociales activos, señalando las debilidades (escaso enfoque intercultural, insuficiente formación de recursos humanos, precario financiamiento, entre otros) y los desafíos (información específica, monitoreo y evaluación de las políticas y programas, etc.).

C. Sesión 2: Avances en políticas y programas nacionales

En esta sesión se presentó la situación de las políticas y programas estatales de Colombia, Brasil, la República Bolivariana de Venezuela y Chile. Los principales elementos abordados se resumen a continuación.

Gina Carrioni, representante del **Ministerio de la Protección Social de Colombia**, constató la multiculturalidad de su país, en el que existen más de 87 pueblos indígenas, que representan el 3,4% del total de la población. A partir de 1993 existe en Colombia un Sistema de Seguridad de la Salud (SSS) con afiliación subsidiada, contributiva o “vinculado” a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), que administran y contratan a las Instituciones Prestadoras de Servicios (IPS). La participación de los pueblos indígenas en el sistema se concreta principalmente a través de la creación, por parte de las autoridades tradicionales, de EPS e IPS indígenas a las que el Estado entrega recursos. Actualmente, existen seis EPS-I y 37 IPS-I.

A pesar de las normas vigentes y de experiencias de adecuación de algunas empresas de salud y comunidades indígenas, persisten los problemas: no se cuenta con un modelo de atención integral e intercultural en salud; no se da el reconocimiento ni la articulación de acciones de medicina tradicional en los esquemas de atención en salud; se desconocen las necesidades de los pueblos indígenas; las respuestas son medicalizadas; hay debilitamiento de la medicina tradicional y falta de reconocimiento de los derechos colectivos de los pueblos indígenas; se presentan altos niveles de conflicto armado; existe pobreza y marginalidad, y se observa un escaso desarrollo de estudios de epidemiología sociocultural.

Como una forma de enfrentar los problemas descritos, se han abierto espacios para la participación de los pueblos indígenas en el diseño de una política de protección social que dé cuenta de las necesidades de los distintos grupos étnicos del país (pueblos indígenas, población afrocolombiana, raizales y pueblo Rom), así como en la definición de estrategias de atención diferencial para grupos en situación de desplazamiento y ubicados en zonas fronterizas. Para ello, se están realizando reuniones de concertación y elaborando diagnósticos epidemiológicos con participación de los grupos étnicos.

Federico Monteiro, de la **Fundación Nacional de Salud (FUNASA)**, presentó el Modelo de Atençaõ Diferenciado a Saúde Indígena de Brasil. Señaló que en el extenso territorio de su país residen más de 210 pueblos indígenas, hablantes de unas 170 lenguas. Destacó la existencia de una Política Nacional de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas, que ha posibilitado el establecimiento de 34 Distritos Sanitarios de Salud Indígena a lo largo de todo el país, respetando los límites territoriales y étnico-culturales de los diferentes pueblos (que no necesariamente coinciden con los límites político-administrativos), con un esquema que utiliza las redes sociales existentes para la gestión de salud.

Una de las principales dificultades que se han enfrentado en la implementación efectiva de la Política Nacional de Atención de Salud de los Pueblos Indígenas son los enormes costos asociados a la atención, producto de las grandes distancias que deben cubrirse, lo que obliga a utilizar aviones, barcos, camionetas y helicópteros.

Sobre los resultados, se mostraron cifras que evidencian una disminución de la mortalidad general e infantil, así como un aumento del presupuesto asignado para las acciones médicas y sanitarias. Es el único país que presentó indicadores de monitoreo de la situación de salud de los pueblos indígenas, basados en un sistema de información que forma parte de la propia Política, y que se alimenta a partir de datos básicos generados por las comunidades indígenas. Entre los desafíos se enfatizó la complejidad de la decisión sobre el costo-beneficio en cada acción de salud.

Noly Coromoto Fernández, de la **Dirección Nacional de Salud Indígena del Ministerio del Poder Popular para la Salud de la República Bolivariana de Venezuela**, señaló que en el país existen al menos 40 pueblos indígenas, que representan un 2% de la población total venezolana.

El contexto jurídico en Venezuela ha cambiado mucho desde 1961 hasta la Constitución de 1999, que posibilitó la ampliación de los derechos y la formulación de leyes específicas para los pueblos indígenas, involucrando el reconocimiento a su medicina, la protección de sus recursos terapéuticos, la formación de recursos humanos, la participación de los indígenas en el sistema de salud y el uso de sus idiomas, entre otros avances.

En este marco, se ha producido un crecimiento vertiginoso de la Dirección de Salud Indígena y de las unidades regionales. Los avances se pueden sintetizar en cambios legislativos favorables para los pueblos indígenas en los últimos ocho años, que han posibilitado la definición de políticas de salud que incorporan una orientación intercultural, y operativamente en el logro de la inclusión de la variable "etnia" en la mayoría de los registros de salud.

Los resultados más importantes del proceso que se ha vivido en los últimos ocho años en este país se relacionan con el diseño de políticas específicas en salud, seguridad social y medicina tradicional en consulta directa con los pueblos indígenas, la acreditación de médicos indígenas, la complementariedad entre las medicinas indígena y oficial, y la contraloría social.

Entre las iniciativas específicas que se han implementado se destacan los cursos de inducción intercultural para médicos, la formación de profesionales de la salud en Cuba y médicos de los Batallones 14, 51 y 80; cursos de formación de paramédicos interculturales; formación de defensores en salud indígena; oficinas de salud intercultural; hospedaje a familiares de hospitalizados; proyecto madre basado en la cosmovisión de las abuelas; plan de salud Yanomami; Plan Delta; articulación interinstitucional, planes binacionales (con Colombia), y formación de agentes de salud indígena Yukpa Bari.

Los principales desafíos que se deben afrontar son el fortalecimiento del compromiso comunitario y académico y el mantenimiento del entusiasmo, a pesar de los graves riesgos que se asumen, pues ya existen mártires del proceso intercultural. Por último, se destacó la unión cívico-militar como un fenómeno social insólito en América Latina.

Margarita Sáez, del Programa de Salud y Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud de Chile, señaló que en el país se reconoce legalmente la existencia de ocho pueblos indígenas, que representan un 4,6% de la población nacional. Producto de la creciente migración rural-urbana que han experimentado, los pueblos indígenas se concentran mayoritariamente en las ciudades.

Si bien desde 1993 existe una Ley de Protección, Fomento y Desarrollo de los Pueblos Indígenas (N° 19.253), esta no incorpora normas relativas a la salud. Ello, sin embargo, no ha sido impedimento para avanzar en la construcción de una política de salud específica para los pueblos indígenas, proceso en el cual se ha contado con un importante apoyo de organismos internacionales como la OPS.

Entre los avances realizados, se destacan la existencia de un marco de referencia teórico, estratégico y metodológico, construido colectivamente con los pueblos indígenas; la ampliación del Programa Nacional de Salud y Pueblos Indígenas, que actualmente tiene presencia en 24 Servicios de Salud; el funcionamiento de Oficinas de Facilitadores Interculturales en 61 establecimientos de salud; la formación de recursos humanos; el desarrollo de una línea de investigación epidemiológica, y la implementación de diversas experiencias interculturales de salud. Un aspecto relevante ha sido el desarrollo reciente de una norma sobre interculturalidad en los Servicios de Salud.¹¹ Desde los anuncios de gobierno se ha propuesto además, en el marco de la reforma del Estado, un reconocimiento de los saberes indígenas en la Ley de Derechos y Deberes de los Usuarios. También se valora la oportunidad de colaboración entre países a través de la Comisión Andina de Salud Intercultural.

Las principales dificultades enfrentadas, según la expositora, se relacionan con la propia complejidad de los procesos, impulsados en ausencia de un marco jurídico que asegure la continuidad y consolidación de los modelos que actualmente se desarrollan.

Los desafíos que aún deben abordarse en Chile se vinculan con el escaso desarrollo de estrategias de comunicación social; la consolidación y ampliación de los Planes de Salud Intercultural; la profundización de la complementariedad entre los sistemas médicos indígena y oficial; el reconocimiento de la medicina tradicional, así como el logro de un cambio de paradigmas, la superación de las desconfianzas, el logro de la equidad, el aumento de la participación social y la mejora de los procesos de descentralización.

Se señaló que se trata de tareas compartidas entre el Estado y los pueblos originarios, y con el aporte de organismos internacionales. Finalmente, se constató la existencia de voluntades políticas por parte del gobierno, ya que se continúa instando a la ratificación del Convenio 169 de la OIT en el parlamento, así como a realizar cambios constitucionales y legislativos favorables.

D. Sesión 3: Políticas y programas territoriales y autónomos

En esta sesión se presentaron experiencias de Colombia, Ecuador, Chile y Nicaragua.

Benereza Márquez, representante de **Dusakawi EPSI**, Empresa de Salud Indígena Subsidiada de Colombia, sostuvo que la experiencia de este emprendimiento constituye un ejemplo de apropiación de un modelo de gestión impulsado desde el Estado que se pone al servicio de los intereses y necesidades de los pueblos indígenas, factible en un contexto de gobierno propio y autonomía territorial.

Afirmó que, en términos generales, la política y los programas estatales no comprenden realmente la cosmovisión indígena, a lo sumo la respetan, y en este sentido se ha avanzado poco, apreciación que coincide con lo expresado por la representante del Ministerio de Salud del país.

¹¹ Se alude a la Norma General Administrativa N° 16 sobre Interculturalidad en los Servicios de Salud, Resolución Exenta N° 261, del 26 de abril de 2006.

Dusakawi EPSI se crea a través de la Asociación de Cabildos Indígenas del César y la Guajira, y es una herramienta de trabajo para la salud indígena en el Norte de Colombia. Atiende a 12 pueblos indígenas localizados en la Sierra Nevada de Santa Marta. El “orden ancestral para la vida” es el pilar fundamental para el modelo de atención en salud indígena; así, desde su cosmovisión, el territorio y los sitios sagrados son muy importantes para la salud integral.

El eje central para la construcción de políticas públicas en salud debería ser, según la expositora, el reconocimiento de la salud indígena tal como los propios pueblos la conciben; la medicina occidental sería vista entonces como un complemento. Esto siempre ha sido considerado en Dusakawi EPSI, ya que desde sus inicios la experiencia se construyó sobre un proceso de consulta amplia. Los principios, valores, conceptos y programas se desarrollan desde esta cosmovisión y la noción de interculturalidad, con reconocimiento de la medicina tradicional, la educación en salud indígena, la autonomía alimentaria y nutricional, la infraestructura (casas de recuperación de pacientes y familiares que provienen de zonas alejadas), la adecuación de la medicina occidental y programas específicos (hipertensión arterial, salud oral y tuberculosis).

Dusakawi EPSI adopta como estrategia el modelo intercultural, la planificación amplia y la entrega de servicios de manera garantizada. También realiza vigilancia epidemiológica. La expositora señaló que la pérdida del territorio, la guerra, la tala forestal, así como la pérdida de autonomía, llevan a la aparición de enfermedades como la hipertensión, la desnutrición y la tuberculosis en esta población. Se hizo notar que el sufrimiento de los pueblos indígenas ha sido tan grande, que es necesario realizar enormes esfuerzos para lograr otra vez la paz, la tranquilidad y la salud.

Lily Rodríguez, representante del UNFPA, presentó la experiencia de Jambi Huasi en Ecuador, a través de la proyección de un video. Contextualizando, indicó que un 77,7% de los 12 millones de habitantes del país se autoidentifica como mestizo y un 6,1% como indígena, según datos del censo de 2001. Agregó además que múltiples estudios muestran una fuerte asociación entre pobreza y zonas indígenas. La pieza audiovisual consideró también el problema de la discriminación y el desprestigio de los pueblos indígenas. Sin embargo, planteó que se ha iniciado un ciclo de empoderamiento y de reivindicación indígena, demandando control territorial, educación, salud y el reconocimiento de autoridades indígenas tradicionales.

El Centro de Salud Jambi Huasi surge como una iniciativa de los pueblos indígenas de Imbabura. Es un centro de medicina alternativa, que incluye prestaciones de medicina general, odontología, medicina indígena, partos, con un modelo de atención intercultural. También realiza la atención a mujeres, mediante visitas domiciliarias en las comunidades, en temas de salud reproductiva con eje en la equidad y la interculturalidad. Brinda además atención a los adolescentes, en particular en temas de sexualidad y matrimonio. En el Centro atienden tanto médicos occidentales como tradicionales indígenas, con un sistema de derivación, contradervación y consulta complementaria.

Aunque se reconoce la persistencia de inequidades y exclusiones de los pueblos indígenas en materia de salud, no se cuenta con indicadores sistemáticos al respecto, puesto que la variable “etnia” se ha incorporado en forma reciente a los registros de salud.

La exposición puso énfasis en las brechas en el ejercicio de los derechos de los pueblos indígenas, así como en el desconocimiento de su cosmovisión, entre otros aspectos relevantes para la salud, como las diferentes percepciones del cuerpo. Para garantizar derechos en salud para todos los ciudadanos, reconociendo la diversidad cultural de la población, se debe trabajar en la sensibilización con modelos interculturales, acentuando la necesidad de incorporar las concepciones de las mujeres y redefiniendo los servicios de salud.

Se propuso la realización de experiencias similares a Jambi Huasi, pero sobre todo la incorporación del enfoque intercultural en todos los ámbitos estatales. Para ello, es fundamental la participación indígena, y que la salud forme parte de la agenda de los movimientos indígenas. Es

preciso que se avance en la complementariedad de los sistemas de salud occidental e indígena, reconociendo y valorando ambos tipos de conocimientos.

Doraliza Millalén y Juana Calluil, de la **Asociación Mapuche Newentuleaiñ**, presentaron la experiencia del Centro de Salud Mapuche del Hospital de Nueva Imperial, en la Región de la Araucanía de Chile.

El Centro tiene un área de cobertura amplia, atendiendo a población proveniente de al menos ocho comunas, tanto mapuches como no mapuches. Es administrado por la Asociación Indígena Newentuleaiñ, y es el resultado de un proceso que se inicia en 1995, impulsado por la oficina Amuldungun, y culmina con su creación, a fines de 2005. Durante este proceso, liderado por organizaciones indígenas, hubo un arduo trabajo de coordinación con organizaciones mapuches, hospitales y consultorios.

Con el Centro de Salud Mapuche del Hospital de Nueva Imperial se busca responder a los principales problemas manifestados por los enfermos mapuches, esto es, la no consideración de la cultura, la falta de pertinencia cultural de la infraestructura, la deficiente comunicación entre el personal de salud y los pacientes, entre otros. La experiencia considera a las organizaciones funcionales de las comunidades, las autoridades tradicionales, especialistas de salud, dirigentes de comunidades de base, organizaciones no mapuches y usuarios en general. El modelo de atención parte de la constatación de la coexistencia de sistemas médicos distintos, situación a la que se responde con la complementariedad de medicinas.

Un balance del proceso identifica como principales obstáculos la falta de espacios de participación, una contraparte desigual sin recursos, la carencia de lenguaje común, la no aceptación de la diversidad, el paternalismo institucional, la relación asimétrica y una difícil relación con los médicos alópatas. Además, se enfrentan grandes dificultades en la incorporación al sistema oficial de dimensiones relevantes como la religión y la espiritualidad, el territorio, los sistemas y modelos de salud y la misma interculturalidad.

Un aspecto evaluado críticamente por las expositoras es la inexistencia de garantías estatales para la continuidad de este tipo de experiencias, dado que no hay un marco normativo que las sustente. La Ley 19.253 no incorpora medidas relativas a la salud, no se ha ratificado el Convenio 169 de la OIT, no se ha concretado el reconocimiento constitucional de los pueblos indígenas, entre otras ausencias. Por ello, se requiere avanzar mucho más en una relación horizontal entre los pueblos indígenas y el Estado, explorando también la viabilidad de desarrollo de una institucionalidad indígena en el Ministerio de Salud, como la Dirección Nacional de Salud Indígena de la República Bolivariana de Venezuela, que tiene rango de viceministerio.

Carolina Manque presentó la experiencia que desarrolla la **Organización Mapuche de Salud Intercultural Boroa Filulawen** en su Centro de Salud Intercultural, localizado en la comuna de Nueva Imperial. El centro cubre aproximadamente a 50 comunidades rurales, en las que reside una población de alrededor de seis mil personas, la mayoría de las cuales son mapuches (80%).

La iniciativa surge de la articulación comunitaria para hacer frente a la excesiva fragmentación territorial, manteniendo la identidad cultural y evitando la imposición de modelos externos y el debilitamiento de la cultura mapuche. También se trata de un proceso de reorganización mapuche comunitaria, creando un comité de salud intercultural, con acciones diversas iniciadas antes del año 2000. Fruto de este proceso, se cuenta desde 2003 con un establecimiento de salud propio, compuesto por una ruka (casa mapuche) y un espacio occidental, en el que se brinda atención tanto de medicina mapuche como oficial desde 2004. Actualmente se proyecta la construcción de un espacio exclusivo para la atención de la medicina mapuche.

El equipo de salud incluye a sanadores tradicionales (machi, lawentuchefe, ngütamchefe), un promotor cultural y profesionales y técnicos del sistema médico oficial (médico, matrona, trabajadora social, dentista y auxiliares paramédicos), que en su mayoría pertenecen al pueblo mapuche.

Manque enfatizó que en Chile la política de salud intercultural se ve limitada por la ausencia de un reconocimiento explícito a las medicinas indígenas, y por las aún precarias garantías para el cumplimiento de derechos de los pueblos indígenas. Hasta ahora solo se han podido desarrollar experiencias puntuales, que aunque cuentan con apoyo del Estado, están fuertemente basadas en la autogestión. En lo específico, se señaló que las normas administrativas que rigen a estos centros de salud no permiten dar cuenta de la integralidad de la medicina mapuche, por lo que no se logra una adecuada valorización económica de sus prestaciones. Una limitación que se ha hecho evidente es que las metas y normativas en salud vienen definidas desde el nivel central y no necesariamente responden a las necesidades de la comunidad. Por ello, en la asignación de recursos financieros no siempre se consideran las múltiples actividades que se realizan desde la concepción de salud indígena.

Jorge Fedrick presentó la experiencia de las Regiones Autónomas del Atlántico Norte (RAAN) y del Atlántico Sur (RAAS) en Nicaragua. Señaló que en el país existe una Ley de Autonomía, que establece que aproximadamente la mitad del territorio nicaragüense es comunitario. Desde 1987 estos territorios cuentan con un parlamento y con dos diputados en la Asamblea Nacional. En el país ninguna ley puede ser aprobada sin la presencia de los representantes de las regiones autónomas.

La implementación del Modelo Regional de Salud, enmarcado en el proceso general de descentralización del Estado, tiene por estrategias el fortalecimiento institucional del sistema de salud regional y el desarrollo de un marco jurídico que sustente su implantación. Este modelo de salud considera reproducir y compartir solidariamente hacia la base social los conocimientos adquiridos durante su proceso de construcción; generar consenso entre los actores que han contribuido a difundir la visión de salud intercultural; coordinar acciones con las comisiones de salud de los municipios y las comunidades indígenas; conformar el Consejo Regional de Salud (CRS); identificar las fuentes de financiamiento; participar en la modernización legislativa del sector salud; incidir en los contenidos del Reglamento del Estatuto de Autonomía; participar de manera continua en la elaboración de los planes, programas y proyectos impulsados por el Ministerio de Salud; institucionalizar espacios regionales y nacionales de concertación y diálogo y dar un impulso sostenido a los programas de formación.

Existe un abordaje conjunto de los asuntos de salud y de autonomía alimentaria como derechos fundamentales. Este modelo está en proceso de implementación y enfrenta aún algunas limitaciones. Entre ellas se destacan la falta de consenso sobre la descentralización, sus propósitos y medios, la ausencia de una política nacional y de un marco normativo, la resistencia por parte del Estado, la burocracia gubernamental y la insuficiente regulación regional y asignación de recursos.

E. Sesión 4: Actores y elementos relevantes en políticas públicas de salud indígena

En esta sesión se analizaron algunos de los aspectos más relevantes para el diseño e implementación de políticas públicas de salud en pueblos indígenas: las concepciones de salud indígena desde los propios pueblos y las implicancias para las políticas públicas; el rol de la institucionalidad estatal, la coordinación sectorial y la participación indígena; la formación de recursos humanos y la información como elementos clave para la política pública. Las presentaciones estuvieron a cargo de representantes de organizaciones indígenas, instituciones de gobierno de asuntos indígenas y organismos internacionales.

Manuel Gualán, representante de la **Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE)**, **Dirigencia Nacional de Salud y Nutrición**, señaló para contextualizar que de los 12 millones de ecuatorianos, 5,4 son indígenas.

El CONAIE se crea en 1982 y alcanza su personería jurídica en 1988. Posee gobierno propio y su objetivo general es la lucha por los derechos reivindicatorios de los pueblos indígenas, buscando asimismo la unidad por la vía de la interculturalidad para la construcción de un Estado pluricultural. Es una entidad autónoma que no depende de partidos, organizaciones no gubernamentales ni del gobierno.

Entre los avances, mencionó la creación de diversas instituciones estatales, relacionadas con distintos ámbitos del desarrollo indígena, como por ejemplo la Dirección Nacional de Educación Intercultural Bilingüe (DINEIB), el Consejo de Desarrollo de las Nacionalidades y los Pueblos del Ecuador (CODENPE), el Fondo de Desarrollo de los Pueblos Indígenas (FODEPI), la Dirección Nacional de Defensa de los Pueblos Indígenas (DINAPIN), y la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas del Ministerio de Salud (DNSPI), en 1999.

La salud es un componente fundamental de las políticas de la CONAIE, puesto que los conocimientos de sanación y purificación son ancestrales, adquiridos o hereditarios, dados por los espíritus tutelares y la Pacha Mama, por lo que son parte del patrimonio cultural de los pueblos indígenas. Por ello, consideró que el principal desafío es proteger sus espíritus y forma de vida en estrecha relación con la naturaleza. En este contexto, propuso aunar esfuerzos con la DNSPI, e implementar una política de salud de las nacionalidades y los pueblos indígenas. En lo específico, sugirió la identificación y certificación de practicantes tradicionales por parte de las organizaciones de base y su acreditación estatal, y mejorar la formación, los procesos y los tratamientos de la medicina tradicional para que la atención sea más eficaz e integrada a los servicios de salud.

Se hizo énfasis en que la organización indígena es la garantía de todas las acciones en el tema de la salud, por lo mismo, se concluyó que es necesario su fortalecimiento. También se hizo notar que entre las múltiples amenazas que enfrentan los pueblos indígenas en el nuevo milenio se destaca el papel que juegan las empresas transnacionales, que destruyen día a día los recursos naturales, *“que son nuestros ojos, nuestros corazones, nuestra vida”*, dijo textualmente el expositor. Por un lado, se sostiene que la medicina tradicional es “primitiva”, pero por otro, la ciencia crea grandes industrias farmacéuticas con las plantas medicinales indígenas, y roban los conocimientos de los pueblos originarios para las grandes transnacionales farmacéuticas, que practican la biopiratería.

Marciana Quira, de la **Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC)**, describió la participación de las organizaciones indígenas en el diseño, aplicación y monitoreo de la política pública de salud en su país.

El objetivo fundamental de la ONIC es brindar los lineamientos y ejes de acción a las organizaciones de base, entre ellos los relativos a la salud, siempre articulando todas las áreas. Es decir, estos lineamientos están interconectados y coordinados con otros programas. La consulta y concertación, el respeto y la coordinación con las autoridades son ejes constitutivos de sus acciones. Por ello, la ONIC define sus intervenciones desde las organizaciones locales, luego en el ámbito regional, y finalmente a nivel nacional. Los ejes sobre los que basa su trabajo son tierra, cultura y autonomía, y en este contexto la salud es vista de manera integral.

Entre sus avances se mencionan los mecanismos de exigibilidad, en el sentido que la ONIC hace un seguimiento de las leyes o el derecho marco, y a partir de la normativa vigente exige la consulta y concertación para trabajar en el territorio indígena.

Para esto resalta la importancia que las comunidades conozcan la organización. Existe una coordinación con todos sus actores (cabildos, autoridades tradicionales, entre otros), y llevan a cabo

congresos nacionales, en los cuales participan todos los pueblos indígenas. Allí se analizan y definen las políticas generales y particulares, y se establece su proceso de seguimiento.

En salud, las grandes orientaciones (desde lo local a lo nacional) son: i) la medicina tradicional como eje fundamental al interior de la comunidad, que incluye las distintas formas de ritualidad, la conservación de plantas medicinales y el enfrentamiento de las dificultades; ii) la autonomía alimentaria, en el entendido de decidir qué comer y cómo fortalecer los conocimientos tradicionales al respecto. En este ámbito, se trabaja en el tema de las semillas nativas, el intercambio con otras comunidades, todo ello de acuerdo a su cosmovisión, manteniendo la ritualidad según los ciclos de vida.

Un ejemplo ilustrativo de la falta de entendimiento de la integralidad de la salud indígena por parte del Estado es que estas actividades se asumen como programas de producción, por lo que son derivadas al Ministerio de Agricultura, pero para los pueblos indígenas corresponden a una política de salud.

La ONIC también desarrolla iniciativas de capacitación para enfrentar las enfermedades “de afuera” (tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual). En cuanto a las relaciones con el Estado, han alcanzado espacios de trabajo con el Ministerio de Protección Social, principalmente en relación a cambios en la normativa y la creación de las EPSI. No obstante, advierten lo difícil y complejo de estos sistemas, que funcionan bajo la lógica del mercado. Aunque, por otra parte, ofrecen una opción de autogestión en los programas de salud.

Entre los desafíos que se requiere abordar, señaló que deben resolverse problemas de atención, la forma de repensar sus acciones frente a las restricciones normativas, y de protegerse internamente; en lo específico, se hizo mención al modo de enfrentar el SIDA y los alimentos transgénicos (sobre todo en el caso del maíz).

Inés Quilici, del **Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI)** de Argentina, presentó los avances de las comunidades indígenas y la gestión de la salud comunitaria. Contextualizó históricamente la situación de los pueblos indígenas en el país, resaltando que durante el siglo XIX el Estado ocupó las tierras indígenas, aumentando sus fronteras en el Norte argentino y la Patagonia, desvalorizando lo indígena hasta la actualidad, con la imposición de patrones externos, relevando únicamente el aporte de los inmigrantes europeos en la configuración de la nación. Hay una imagen distorsionada de los mismos argentinos en cuanto a su identidad, desconociendo el componente indígena.

En este marco, los pueblos indígenas buscan sus reivindicaciones, lo que comienza a reflejarse en la jurisprudencia a partir de 1993. En 2000 se firma el Convenio 169 de la OIT. Así, se comienzan a implementar a nivel estatal programas incluyentes de salud para los pueblos indígenas.

Entre los avances se mencionó la inclusión del tema de los derechos indígenas en la agenda institucional; la conformación de organismos como el INAI, así como la promulgación de leyes que protegen las tierras de los pueblos originarios, hecho más relevante aún si se considera la escandalosa venta de tierras a extranjeros en los años noventa. Las líneas de acción desarrolladas se vinculan con el apoyo a las iniciativas tendientes a posibilitar que los pueblos originarios ejerzan el derecho de la ciudadanía a la salud; el apoyo al desarrollo de programas integrales de salud, gestionados en forma coordinada por las comunidades indígenas y los equipos locales de salud oficial (entre ellos, algunos destinados a mejorar la producción y calidad de la información); la articulación intersectorial, con el fin de facilitar la intervención de los organismos responsables de la resolución de los problemas estructurales que condicionan la salud de las comunidades y el fortalecimiento de los sistemas de salud tradicionales.

Pese a estos avances, subsisten múltiples dificultades. Entre ellas se destacan los problemas de sostenibilidad de los servicios de salud, que siguen siendo gratuitos. Además, persisten los

conflictos y desencuentros entre pueblos indígenas y organismos del Estado. A diez años de funcionamiento del Programa de Salud Indígena, no existe un fortalecimiento de la interculturalidad, ni se ha incorporado la variable “etnia” en los registros, por lo que no se cuenta con información sistemática sobre las condiciones de salud de los pueblos originarios. Se mantiene, además, la persecución hacia la medicina indígena, lo que se agudiza por el hecho que las denuncias no proceden en el sistema legal.

En términos institucionales, para el INAI la salud es un problema secundario, porque hay otras urgencias; no obstante, a nivel regional aparece como un tema central. Por lo tanto, el desafío es priorizarla a todo nivel. También se debe fortalecer a las organizaciones indígenas y su capacidad de gestión, así como instalar en la sociedad argentina la conciencia de la necesidad de un franco diálogo intercultural.

Daly Santa María, del Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base (PROHISABA), del gobierno de Bolivia, comenzó su presentación señalando que en el país existen múltiples leyes a nivel comunitario, municipal, departamental y nacional (en particular la Ley Lope, que formaliza el Viceministerio de Medicina Tradicional), que posibilitan la participación indígena y que promueven la interculturalidad en salud.

El PROHISABA tiene objetivos de saneamiento y mejoramiento de las condiciones de vida en Tarija y Potosí, incluyendo enfoques de integralidad, género e interculturalidad. En este último ámbito, se busca potenciar espacios de complementariedad y puentes de comunicación entre los sistemas de medicina oficial y tradicional.

En capacitación, se ha desarrollado el postgrado Willaqkuna, orientado a equipos de salud que trabajan en áreas indígenas, cuya malla curricular incluye, entre otros temas, experiencias de salud intercultural en América Latina, modelos y sistemas médicos, bases y prácticas de la medicina andina, eficacia terapéutica y enfoque biopsicosocial de la enfermedad, farmacopea andina y remedios herbolarios, parto tradicional y hospitalario, enfoque intercultural y bilingüe en el desarrollo de programas de educación para la salud. En este mismo ámbito, se han fortalecido las competencias de los auxiliares de enfermería para la implementación del modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), se han desarrollado procesos de intercambio de conocimientos entre los sistemas médicos indígena y oficial, y se ha prestado apoyo directo a la medicina tradicional con el enfoque intercultural.

Entre las dificultades experimentadas se mencionó que los materiales de información no adoptan la cosmovisión de los pueblos indígenas. Los verdaderos representantes de la medicina tradicional se han mantenido aislados del entorno académico, por lo que existen dificultades de comunicación con este ámbito (idioma, cosmovisión, lecto-escritura). También se señaló la falta de acceso directo de la medicina tradicional a los fondos de investigación.

A nivel de desafíos, se planteó la necesidad de generar espacios de formación y acreditación para terapeutas tradicionales, y profundizar la investigación cuali-cuantitativa para mejorar los materiales, métodos y metodologías de educación en salud.

Jorge Fedrick, representante de Nicaragua ante el Fondo Indígena (FI), presentó la iniciativa de la Universidad Indígena Intercultural, orientada a la formación de recursos humanos en salud intercultural. La visión del FI se estructura en torno a una Cátedra Indígena Itinerante, a través de una Red de Centros Asociados (universidades y otras instituciones) y mediante alianzas y socios estratégicos —organismos internacionales como OPS, GTZ (Cooperación Técnica Alemana) y otros—. En particular, se describió la Maestría en Salud Intercultural, una de las iniciativas que conforman el Programa, que coordina y dirige la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN), en el municipio de Puerto Cabezas, Región Autónoma del Atlántico Norte de Nicaragua. Tiene una duración de 12 meses, con una modalidad combinada a distancia y presencial.

El objetivo general de esta iniciativa es formar recursos humanos altamente calificados y comprometidos, para asumir tareas de articulación y participación indígena en los sistemas de salud en sus respectivas sociedades, desde un enfoque de interculturalidad. Se hizo una presentación detallada de los principios pedagógicos, de los objetivos específicos, las competencias profesionales, el desempeño, el sistema de créditos y una descripción de los módulos y otros aspectos. El primer curso de esta maestría se inició en julio de 2007.

La sesión culminó con dos presentaciones en torno a la información como herramienta clave para el diseño, implementación y monitoreo de las políticas de salud y los pueblos indígenas. **Fabiana Del Popolo** describió los avances de un proyecto entre la OPS y el CELADE para la incorporación de la identificación étnica en las estadísticas vitales y registros de salud. Se expusieron los principales resultados de un reciente Taller Bi-nacional del Área Mapuche de Chile y Argentina,¹² así como las actividades en curso.

Se hizo énfasis en la necesidad de generar información sobre la situación de salud de los pueblos indígenas, como herramienta técnica y política fundamental para el diseño y monitoreo de políticas públicas. Los avances en esta materia se verifican en la ronda de 2000 de los censos de población, a partir de cuyos resultados el CELADE, junto con el Fondo Indígena, desarrolló un sistema regional de indicadores sociodemográficos “convencionales” de pueblos indígenas, cuya particularidad es la incorporación de un tópico de interpretación contextual y pertinencia para cada uno de los más de 50 indicadores que contiene.¹³ Se señaló que, en la producción y análisis de información, aún resta bastante por hacer en materia de participación indígena, así como en la definición de indicadores culturalmente pertinentes.

¹² Para más detalle véase www.eclac.cl/celade/indigenas/.

¹³ Puede accederse al sistema para procesar en línea o para descargar en el computador a través de www.eclac.cl/celade/indigenas/ o de www.sisppi.org/redatam/PRYESP/SISPP/.

III. Reflexiones y principales puntos de debate

A. Concepto indígena de salud, derechos e interculturalidad

Uno de los elementos que surgieron a lo largo de todo el seminario-taller fue la necesidad de profundizar la reflexión en torno al concepto de interculturalidad en salud, dotándolo de mayores contenidos. En el caso de las políticas de salud, se hizo mención a que lo intercultural implica comunicación, negociación y consenso cuando los diferentes actores sociales involucrados provienen de mundos culturales distintos, como es el caso de los pueblos indígenas y la población no indígena. En este sentido, reiteradamente se planteó que no es posible avanzar en el diálogo intercultural si no existe un verdadero reconocimiento de los sistemas de conocimiento, cosmovisión y conceptos de salud de los pueblos indígenas.

Un rasgo distintivo de los sistemas médicos indígenas es que la salud se entiende como el equilibrio entre fuerzas naturales y espirituales, entre los individuos y las comunidades. En consecuencia, la enfermedad es concebida como una alteración de ese equilibrio, y la curación como su restauración. Esta concepción holística implica que el derecho a la salud se relaciona directamente con otros derechos, entre ellos la integridad cultural, los derechos territoriales (que, por ejemplo, hacen posible el desarrollo de la medicina tradicional) y a la autonomía alimentaria.

Dado que existen diferentes procesos de desarrollo de la salud de los pueblos indígenas, y que los contextos nacionales también son heterogéneos en la región, no se puede hablar solo de un modelo intercultural de salud; mas bien hay que asumir que deberán desarrollarse modelos específicos que respondan a las necesidades particulares de cada pueblo indígena. Todos ellos, sin embargo, debieran ser fruto de la negociación de significados culturales entre las comunidades indígenas y los equipos de salud en torno a los conceptos de vida-muerte, persona-tiempo-espacio, salud-enfermedad-curación.

Los derechos de los pueblos indígenas fueron reiteradamente mencionados en la reunión, pero se cuestionó la escasa referencia a los deberes, tanto en relación a las obligaciones de los Estados como a las de los propios pueblos indígenas. Algunos representantes de los gobiernos hicieron alusión a la presencia de contradicciones entre el derecho consuetudinario indígena y los derechos humanos. Hubo consenso en que es necesario profundizar la reflexión en torno a estos temas —es decir, deberes y aparentes contradicciones—.

Dada la discriminación étnico-racial que impera en los países de la región, en la práctica resulta difícil el reconocimiento a los derechos colectivos de los pueblos indígenas, y por ende persisten su incumplimiento y violación.

B. Políticas y programas de salud: avances y limitaciones

Se enfatizó en la necesidad de un mayor desarrollo en el campo de los deberes de los Estados, puesto que ni la ratificación del Convenio 169 ni la promulgación de leyes especiales permiten por sí solas garantizar los derechos a la salud de los pueblos indígenas.

En materia legislativa, la situación regional es heterogénea. La ley orgánica de la República Bolivariana de Venezuela es muy avanzada y puede servir de guía a otros países. En políticas públicas el panorama regional es también diverso.

Junto con lo anterior, y tomando en cuenta experiencias locales que están funcionando, así como el desarrollo de buenas normativas en salud indígena, se identificaron situaciones en las que es necesario fortalecer la legislación nacional, precisamente para asegurar la continuidad y ampliación de estas experiencias.

Se hizo hincapié en la necesidad de abordar los temas de salud vinculados a los procesos de migración y urbanización, desterritorialización y pérdida/revitalización de la identidad de los indígenas, ya que no existen políticas para ellos en los nuevos espacios de vida.

Hubo disensos respecto al grado de avance en políticas y programas de salud. Algunos participantes plantearon discrepancias con los logros mencionados en la encuesta que enviara la CEPAL a los ministerios de salud, argumentando un mal funcionamiento de la institucionalidad a cargo de los asuntos indígenas. Este disenso también se debe, en parte, a una falta de difusión y comunicación social de las actividades gubernamentales en este ámbito, y principalmente a la falta de participación de los pueblos indígenas.

Asumiendo que el derecho a la participación y la autonomía de los pueblos indígenas en los asuntos que les afectan es fundamental en el diseño de políticas y programas, se insistió en que estas debieran aprovechar las grandes fortalezas que tienen las organizaciones indígenas. También es necesario abrir las puertas a los jóvenes para el trabajo en salud intercultural.

Aún persisten falencias en la efectivización de la participación indígena y comunitaria, en particular aquella que parte desde las bases de sus organizaciones y nacionalidades. Se plantearon dudas en torno a los roles de la institucionalidad indígena de gobierno y a la necesidad de mejorar los mecanismos de coordinación con las organizaciones indígenas; además, se observó la ausencia de personas indígenas dirigiendo instituciones (o unidades y divisiones) que tratan sus asuntos.

Asimismo, se evidenció la necesidad de promover jornadas de reflexión al interior de los pueblos indígenas, que permitan establecer algunos consensos en torno a posiciones ante los Estados, gobiernos y hacia la sociedad en general (por ejemplo, falta una discusión más profunda en relación a la incorporación de los médicos tradicionales en la institucionalidad pública, como centros de salud u hospitales).

La información también fue un tema recurrente en la discusión, ya que si bien se registran avances en algunos países, faltan datos “duros”. Con excepción de los censos de población, las fuentes de datos no incluyen la identificación étnica, especialmente las estadísticas vitales y los registros de salud. Difícilmente se pueden definir objetivos sanitarios o evaluar las políticas públicas sin información oportuna y de calidad.

Otros aspectos que limitan el buen diseño e implementación de políticas públicas en salud indígena son el escaso financiamiento, la discontinuidad por cambios de gobierno y la carencia de recursos humanos capacitados.

También se reflexionó en torno a las estrategias necesarias para avanzar en políticas públicas de pueblos indígenas con un enfoque de derechos. Al respecto, se mencionaron tres ámbitos centrales a considerar: lo cultural, lo político y lo estructural. Es preciso llevar las propuestas indígenas a nivel de lo político. En esta tarea, se reconoció que alianzas con la CEPAL pueden contribuir a ello; por ejemplo, podrían establecerse programas de inducción para aquellos que toman decisiones a nivel político; promover entre altos funcionarios del Estado los temas referidos a los derechos de los pueblos indígenas, el género, la interculturalidad, entre otros. También es preciso establecer una estrategia de abogacía en cada país, y a diferentes niveles.

Finalmente, y en términos generales, se describieron las políticas y programa de salud de pueblos indígenas, pero sin poder dilucidar cuánto se ha avanzado, con la excepción de un país. Las falencias en torno a la explicitación de los objetivos sanitarios con evaluación de alcances y consecuencias en salud se asocian, en parte, a la falta de información.

Otro campo que requiere más atención es la exigibilidad de los derechos, así como el control social, aspecto este último que estuvo prácticamente ausente en los análisis de los países. Los representantes indígenas insistieron en que, si bien reconocen que hubo avances, es preciso sincerarse con los problemas que persisten, buscando inclusive la cooperación horizontal entre países y pueblos de la región.

IV. Recomendaciones y puntos clave

El enriquecedor espacio de reflexión, debate e intercambio de ideas y experiencias generado por el seminario-taller, permitió elaborar algunas recomendaciones y puntos clave para la implementación de políticas públicas de salud para y con los pueblos indígenas:

- En el diseño de políticas públicas es importante tener en cuenta las causas fundamentales que afectan la salud de las comunidades y pueblos indígenas, como la tierra, el territorio, la cultura y las causas estructurales de la situación de pobreza. Ello implica la necesidad de construir políticas públicas integrales e intersectoriales.
- La sostenibilidad, a mediano y largo plazo, de las políticas públicas de salud indígena debe garantizarse mediante el desarrollo de un soporte jurídico y el empoderamiento de las comunidades.
- Garantizar el derecho a la participación directa de los actores indígenas en la definición e implementación de las políticas públicas es fundamental para avanzar en la interculturalidad, y se debe ir más allá de la consulta. Es preciso que los Estados implementen medidas tendientes a promover y garantizar este derecho, incluyendo los proyectos de autonomía.

- Los pueblos y comunidades indígenas deben avanzar en el ejercicio y la defensa del derecho a la salud, a pesar de las debilidades y limitaciones existentes al interior de las estructuras de los Estados.
- Asociado a lo anterior, es necesario que la agenda de la salud sea parte explícita de las reivindicaciones de las organizaciones indígenas.
- Si bien se registran significativos progresos en la política de atención en salud, estos se concentran en el nivel de servicios. Por lo tanto, es necesario avanzar en políticas que garanticen el derecho a la salud de los pueblos indígenas, incluyendo el uso y fortalecimiento de la medicina tradicional, la participación y la autonomía.
- Los recursos económicos son fundamentales para que la implementación de la política pública avance; se debiera tender a garantizar el acceso a la participación justa y equitativa en la distribución de los beneficios de la explotación de los recursos naturales en los territorios indígenas, que sirva para mejorar las condiciones de vida de manera integral.
- La formación de recursos humanos es otro requisito fundamental para la construcción de políticas públicas adecuadas. Los Estados debieran asumir esta tarea en conjunto con los pueblos indígenas, respetando los sistemas tradicionales de aprendizaje y transmisión de conocimiento.
- Existen experiencias positivas y exitosas de atención intercultural y comunitaria desde los propios procesos culturales y comunitarios de los pueblos indígenas (por ejemplo, Ecuador, Chile y la República Bolivariana de Venezuela). Se recomienda sistematizar este tipo de experiencias para conocer las lecciones aprendidas de estos procesos (qué debe hacerse y qué no).
- Ligado a lo anterior, es clave el rol de los organismos internacionales, como el CELADE-CEPAL, el Fondo Indígena, el UNFPA, la OPS, tanto para facilitar la sistematización de experiencias de diferentes países como para promover convocatorias a espacios de diálogo entre saberes. Esto último es fundamental para avanzar en los procesos de garantía del derecho de salud indígena, con visión integral y colectiva.
- El intercambio horizontal de experiencias de los procesos de implementación de planes, programas y proyectos que garanticen el derecho a la salud indígena puede ayudar a generar nuevas iniciativas que conduzcan a implementar políticas públicas más adecuadas.
- Es importante el soporte jurídico para implementar políticas públicas; sin embargo, se requiere de la voluntad política de los tomadores de decisiones, para que las normas se apliquen en la realidad.
- Es preciso reconocer, como parte de la realidad política, la vulnerabilidad de las políticas públicas de salud indígena, que se expresa en:
 - Poco avance en dotarlas de un marco normativo específico.
 - Carencia de un cuerpo institucional específico o, si existe, su invisibilización en el aparato de la salud pública por su bajo rango.
 - Las políticas públicas de salud indígena, por lo general, son políticas de gobierno de turno y no políticas de Estado.
 - El reto de convertir la política pública de salud indígena en realmente intercultural, en un marco de derechos.

- Las políticas públicas de salud indígena tienden a no reconocer o descuidar las necesidades y derechos de la salud de los pueblos indígenas en los espacios urbanos (migración y urbanización).
- A pesar de la existencia de marcos legales a favor de la salud indígena, se puede apreciar en la generalidad una brecha marcada en su implementación, por lo que urge explorar diversas estrategias de seguimiento y exigibilidad de estos derechos consagrados.
- Asociado a lo anterior, se propone hacer un uso creativo de los recursos institucionales de los defensores del pueblo, en función de acortar la brecha mencionada (informes especiales sobre salud indígena, iniciativas de ley, rendición de cuentas, llamadas de atención al poder ejecutivo, entre otras). Asimismo, puede apelarse a la judicialización de las situaciones de incumplimiento de los derechos indígenas, como por ejemplo a través de recursos de inconstitucionalidad y la elaboración de informes sombra sobre el cumplimiento de los derechos indígenas de la salud (ante la Organización Internacional del Trabajo, la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y otros organismos).
- Se sugiere propiciar en el Sistema de las Naciones Unidas informes especializados y continuos acerca de la situación de la salud indígena en el marco de sus derechos y de las políticas públicas al respecto. En particular, se recomienda esta tarea al Relator Especial sobre la situación de los derechos humanos y libertades fundamentales de los indígenas y al Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas.
- Debería incorporarse, de manera sistemática, el tema de la salud indígena en los Informes nacionales sobre los Objetivos del Milenio del Sistema de las Naciones Unidas.
- Es importante promover la creación de un Observatorio de la Salud Indígena en América Latina, que incluya la perspectiva de los derechos humanos, y en consecuencia el abordaje de la salud como un derecho individual y colectivo de los pueblos.
- Es preciso fortalecer las actividades vinculadas a la producción de información sobre pueblos indígenas, considerando la inclusión de la identificación étnica en las fuentes de datos, el procesamiento y difusión de datos desagregados, la construcción de sistemas de indicadores, la elaboración de estudios, entre otras acciones, así como desarrollar indicadores sobre la salud colectiva y las metodologías necesarias para su medición.
- Considerando que los sujetos de las políticas públicas sobre salud indígena son los mismos pueblos indígenas, se requiere llevar a cabo jornadas de reflexión a su interior para la construcción de conceptos propios, acciones y estrategias de consenso en torno a la salud.

Anexos

Anexo 1

Agenda

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.

Organizado por el CELADE-División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) y el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe (FI), con el patrocinio del Gobierno de Francia y el co-patrocinio del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Lunes 25 de junio

8:30-9:00 Registro de participantes

9:00-9:30 Bienvenida

- Dirk Jaspers_Fajjer, Director del CELADE-División de Población de la CEPAL.
- Mateo Martínez,¹⁴ Secretario Técnico del Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe.
- José Llancapan, Delegado de Chile ante el Fondo para el Desarrollo de los Pueblos Indígenas de América Latina y el Caribe.

Sesión 1

Derechos, políticas públicas y salud de los pueblos indígenas

- 9:30-10:30
1. *Los derechos de los pueblos indígenas y la política pública.* Gabriel Muyuy, Defensoría del Pueblo de Colombia.
 2. *Salud indígena y derechos humanos.* Amílcar Castañeda, Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH), Costa Rica.

10:30-10:45 Café.

Continuación de la sesión 1

- 10:45-13:00
3. *Políticas públicas y salud intercultural en el marco de los derechos humanos e indígenas en América Latina.* Roberto Campos, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), México.
 4. *Los desafíos en la formulación de políticas de salud e interculturalidad en el*

¹⁴ No pudo asistir, por lo que Jorge Fedrick, delegado de Nicaragua ante el Fondo Indígena, dio las palabras inaugurales.

contexto actual de la Américas. Rocío Rojas, Organización Panamericana de la Salud (OPS).

5. *La salud de los Pueblos Indígenas en América Latina, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* Fabiana Del Popolo, Ana María Oyarce y Sandra Lafosse, CELADE/CEPAL.

Preguntas y comentarios del público y los expositores.

13:00-14:30 Almuerzo.

Sesión 2

Avances en políticas y programas nacionales

- 14:30-16:30 1. *Mecanismos de participación de los pueblos indígenas de Colombia en las políticas públicas de salud,* Gina Carrioni, Ministerio de la Protección Social, Colombia.
2. *Modelo de atenção diferenciado a Saúde Indígena,* Frederico Monteiro, Fundación Nacional de Salud (FUNASA), Brasil.
3. *Pueblos Indígenas de América Latina, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?* Noly Coromoto Fernández, Ministerio del Poder Popular para la Salud, República Bolivariana de Venezuela.
4. *Salud y Pueblos Indígenas: Políticas, Programas y Planes en un proceso de negociación y acuerdos.* Margarita Sáez, Ministerio de Salud, Chile.
5. *Pueblos Indígenas y Originarios y Salud Intercultural.* Oscar Laguna,¹⁵ Viceministerio de la Medicina Tradicional y de la Interculturalidad, Bolivia.

Preguntas y comentarios del público y los expositores.

16:30-16:45 Café.

Sesión 3

Políticas y programas territoriales y autónomos

- 16:30-18:00 1. *Orden ancestral para la vida, modelo de atención en salud Dusakawi,* Empresa Promotora de Salud Indígena, Colombia. Benerexa Marquéz.
2. *Avances en el Proceso de Descentralización, Implementación del Modelo Regional de Salud.* Alta Hooker,¹⁶ Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense (URACCAN).
3. *Enfoque intercultural en las políticas de salud materna.* Lily Rodríguez, Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

Preguntas y comentarios del público y los expositores.

¹⁵ No pudo asistir, pero envió su presentación y ponencia.

¹⁶ No pudo asistir. Jorge Fedrick, presidente del Movimiento Indígena de Nicaragua, hizo la presentación.

Martes 26 de junio*Continuación Sesión 3*

- 9:00-09:45
4. *El Centro de Salud Mapuche del Hospital de Nueva Imperial*, Chile. Juana Calluil, Doraliza Millalen y Víctor Caniullon.
 5. *El Centro de Salud Intercultural de Boroa-Filulawen*, Chile. Antonio Huircán y Carolina Manque.

Preguntas y comentarios del público y los expositores.

*Sesión 4**Actores y elementos relevantes en políticas públicas de salud indígena*

- 09:45-11:00
1. *Políticas de Salud de las Nacionalidades y Pueblos Indígenas del Ecuador*. Manuel Gualán, Confederación de las Nacionalidades Indígenas del Ecuador (CONAIE).
 2. *La participación de las organizaciones indígenas en el diseño, aplicación de la política pública en salud de los pueblos indígenas de Colombia*. Marciana Quira, Consejo Regional Indígena del Cauca, Organización Nacional Indígena de Colombia (ONIC).
 3. *Comunidades indígenas y gestión de la salud comunitaria*. Inés Quilici, Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI), Argentina.

Preguntas y comentarios del público y los expositores.

11:00-11:15 Café.

Continuación Sesión 4

- 11:15-13:00
4. *Maestría en salud intercultural*, Jorge Fedrick, Fondo Indígena.
 5. *Políticas públicas y formación de recursos humanos en salud intercultural*. Daly Santamaría, Programa de Apoyo al Sector de la Higiene y Salud de Base (PROHISABA), Bolivia.
 6. *La información como herramienta clave*, Alejandro Giusti,¹⁷ Organización Panamericana de la Salud (OPS).
 7. *Medicina tradicional del pueblo Kallawaya*. Juan Pascual Chura, Centro Integral de Capacitación y Desarrollo Kallawaya (CICADEKA).

Preguntas y comentarios del público y los expositores.

13:00-14:30 Almuerzo.

¹⁷ No pudo asistir. Fabiana Del Popolo, del CELADE, hizo la presentación en relación a las actividades conjuntas OPS-CELADE.

Sesión 5

Hacia la construcción de políticas públicas de salud en el marco de los derechos

14:30-16:00 Trabajo de grupo.

16:00-16:15 Café.

Sesión final

- 16:15-18:00
1. Presentación de la relatoría.
 2. Reflexiones finales y recomendaciones.

Anexo 2

Discurso de bienvenida

Palabras de bienvenida de Dirk Jaspers_Faijer, Director del CELADE-División de Población de la CEPAL, con ocasión de la inauguración del Seminario-Taller “Pueblos Indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado?”, llevado a cabo en Santiago de Chile, los días 25 y 26 de junio de 2007.

Saludo a los miembros de la Mesa

Representante del Fondo Indígena

José Llancapan, Delegado de Chile ante el Fondo Indígena

Distinguidos participantes

Tengo el gran placer de darles la bienvenida a esta casa, particularmente en este año en que celebramos nuestro cincuentenario, y quisiera expresarles nuestro beneplácito ante el hecho que especialistas de América Latina se reúnan para analizar la situación de salud de los pueblos indígenas, en particular los avances en materia de políticas y programas.

Los pueblos indígenas se han convertido en uno de los grupos sociales que han cobrado protagonismo a nivel mundial, logrando incluir sus demandas de reconocimiento como colectivos diferenciados —como pueblos— en el debate público, lo cual implica establecer nuevos pactos sociales y avanzar hacia una ampliación de la ciudadanía.

A través de esta reunión esperamos contribuir a los procesos de reformas estatales, necesarias para dar cumplimiento a los derechos individuales y colectivos de los pueblos indígenas, y agradecemos una vez más al Gobierno de Francia y al Fondo de Población de las Naciones Unidas por permitir la concreción de este evento.

Asimismo, este seminario-taller constituye un esfuerzo conjunto con el Fondo Indígena, organismo con quien venimos trabajando intensamente desde hace ya unos años. En 2005 realizamos en conjunto, también con el patrocinio del Gobierno de Francia y del UNFPA, el Seminario Internacional sobre “Pueblos Indígenas y afrodescendientes de América Latina y el Caribe: relevancia y pertinencia de la información sociodemográfica para políticas y programas”. Se trató de una experiencia exitosa, que permitió a los expertos indígenas y no indígenas compartir sus ideas y sus proposiciones, llegando a una serie de recomendaciones tendientes a la generación de información y al perfeccionamiento de las políticas públicas dirigidas a los pueblos indígenas.

Aunque la inclusión de los grupos étnicos no ha sido un tema ausente del quehacer de la CEPAL, puede decirse que las actividades vinculadas a él se han intensificado fuertemente desde hace unos cinco años, cuando empezamos a desarrollar investigaciones sociodemográficas de pueblos indígenas en tres países de la región a partir de los censos de población, y a realizar talleres de difusión para la aplicación de sus resultados en políticas y programas, que contaron con una amplia participación de actores indígenas.

Por otra parte, continuamos realizando esfuerzos para responder a las nuevas demandas de información, en especial atendiendo a una de las recomendaciones del Foro Permanente para las Cuestiones Indígenas de las Naciones Unidas. Recientemente hemos dado a conocer el Sistema de Indicadores Sociodemográficos de Poblaciones y Pueblos Indígenas de América Latina,

desarrollado conjuntamente con el Fondo Indígena, que puede consultarse en nuestra página web (y del cual ustedes recibirán un CD). Este sistema contiene más de 50 indicadores, algunos de ellos directamente vinculados a la salud materno-infantil y al saneamiento ambiental, y en su elaboración se ha aplicado un enfoque que permite identificar brechas étnicas, generacionales y de género.

También se han realizado estudios sobre las condiciones de vida de los pueblos indígenas, entre los que destaca el capítulo incluido en la edición 2006 del *Panorama social de América Latina* de la CEPAL, titulado “Pueblos indígenas de América Latina: antiguas inequidades, realidades heterogéneas y nuevas obligaciones para las democracias del siglo XXI”. Se trata de un estudio inédito en la región, tanto por la producción de información como por los análisis en que se basa. En el texto se hace hincapié en las desigualdades sociodemográficas que afectan a los pueblos indígenas, en el marco de la discriminación estructural y las especificidades culturales, desde la perspectiva que otorga la nueva normativa internacional sobre derechos individuales y colectivos de dichos pueblos (se ha incluido una copia de este capítulo en el material del seminario).

Actualmente, nuevamente con el patrocinio del gobierno de Francia, y tomando en cuenta las recomendaciones surgidas en el seminario de 2005, estamos llevando a cabo un proyecto acerca de los avances en políticas y programas de salud de pueblos indígenas en América Latina, dentro del cual se enmarca esta reunión. A fin de elaborar el panorama regional en esta materia, el CELADE envió una encuesta a los ministerios de salud y otros organismos pertinentes de 16 países de la región, la cual fue respondida por todos ellos, gracias a la colaboración de muchos de los que están aquí presentes. Se van a presentar resultados preliminares de este diagnóstico, el cual será enriquecido con el intercambio de experiencias y debates que se produzcan durante esta actividad, y cuyas principales conclusiones serán incluidas en la edición 2007 del *Panorama Social de América Latina*.

Históricamente los pueblos indígenas han sido víctimas de la introducción de epidemias y siguen sufriendo de graves inequidades en materia sanitaria, lo que implica una violación a los derechos humanos fundamentales. Asimismo, en la Declaración del Milenio, suscrita por todos los Estados miembros de las Naciones Unidas, un número significativo de los objetivos del milenio (ODM) se relaciona con la salud y el desarrollo. Existe consenso en América Latina que estos objetivos deben lograrse con equidad. Dado que los pueblos indígenas han estado ausentes en el proceso de definición de los ODM, estos pueden no incluir ni reflejar sus necesidades y preocupaciones específicas, situación que puede generalizarse a los objetivos de desarrollo que se fijan a nivel nacional. No obstante, se tiene un doble desafío para los Estados: por un lado, los pueblos indígenas tienen el derecho a ser incluidos en los beneficios derivados de los esfuerzos globales por alcanzar los ODM y, por otro, se deben garantizar sus derechos colectivos, que incluyen sus propias definiciones del bienestar. Y es por ello que resulta clave la plena participación de los pueblos indígenas en todas las políticas y programas que les afecten.

Resulta entonces oportuno evaluar el avance realizado en estos asuntos y construir recomendaciones de consenso entre los diferentes actores sociales. El reto para las políticas de salud pública consiste en incluir la diversidad étnica y cultural como un elemento constitutivo necesario para la construcción de una ciudadanía social que respete los derechos de los pueblos indígenas. Este es el desafío que nos convoca.

Agradezco la participación de todos ustedes, y les deseo mucho éxito en la reunión y una feliz estadía en Chile.

Muchas gracias.

Anexo 3

Lista de participantes

		País	Nombre	Cargo	Institución	Correo electrónico
1	E Ses 4	Argentina	Inés Quillici	Responsable Técnica de Salud Intercultural	Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI)	iquillici@inai.gov.ar
2	E Ses 4	Bolivia	Daly Santa María	Coordinadora Departamental Potosí	Programa de Apoyo al Sector de Higiene y Salud de Base, PROHISABA – Potosí	Dsm_prohisaba@entelnet.bo
3	P	Bolivia	Juan Pascual Chura	Secretario de Relación	Asociación de Integración y Protección a la Cultura y Medicina Kallawayá, ASIPCMEK	cicadeka@hotmail.com
4	P	Bolivia	Oscar Viscarra	Oficial de Programas en Salud Reproductiva	UNFPA – Bolivia	oviscarra@unfpa.org.bo
5	P	Bolivia	Oscar Laguna	Asesor	Viceministerio de la Medicina Tradicional e Interculturalidad	oslaqui@yahoo.com
6	P	Bolivia	Mateo Martínez	Secretario Técnico	Fondo Indígena – Bolivia	mmartinez@fondoindigena.org
7	E Ses 2	Brasil	Frederico Monteiro	Coordinador General de Planeamiento y Salud Indígena	Ministerio da Saúde FUNASA	frederico.monteiro@funasa.gov.br
8	P	Brasil	Eliana Nogueira	Abogada	Banco Central, Brasil	Ninal02@terra.com.br
9	E Ses 3	Colombia	Benerexa Marquez	Asesora Modelos de atención salud	Asociación de Cabildos Indígenas del César y Guajira Dusakawi	zarkuati@yahoo.com, Trinomora_22@yahoo.es
10	E Ses 4	Colombia	Marciana Quira	Coordinadora	Organización Nacional Indígena, ONIC	onic@onic.org.co, marcianaquiria@hotmail.com
11	E Ses 2	Colombia	GinaCarrioni	Coordinadora Grupo Asuntos Étnicos y Género	Ministerio de la Protección Social	gcarrioni@minproteccionsocial.gov.co, gcarrioni@yahoo.com, gcarrioni@gmail.com
12	E Ses 1	Colombia	Gabriel Muyuy	Defensor Delegado para Indígenas y Minorías Étnicas	Defensoría del Pueblo	gamuyuy@defensoria.org.co
13	E Ses 1	Costa Rica	Amílcar Castañeda	Consultor en Derechos Indígenas	Instituto Interamericano de Derechos Humanos	acastaneda@iidh.ed.cr
14	E Ses 3	Chile	Juana Calluil	Directora Centro Medicina Mapuche	Asociación Mapuche Newentuleaiñ	jcalluil@hotmail.com
15	E Ses 3	Chile	Doraliza Millalen	Presidenta	Asociación Mapuche Newentuleaiñ	doris_millalen@yahoo.es
16	E Ses 3	Chile	Carolina Manque	Coordinadora Técnica	Organización Mapuche de Salud Intercultural Boroa Filulawen	carolina.manque@gmail.com
17	P	Chile	Antonio Huircán	Presidente	Organización Mapuche Boroa Filulawen	filu_lawen@hotmail.com
18	P	Chile	Dirk Jaspers_Fajier	Director	CELADE-CEPAL	Dirk.jaspers@cepal.org

		País	Nombre	Cargo	Institución	Correo electrónico
19	E Ses 1	Chile	Fabiana Del Popolo		CELADE-CEPAL	fabiana.delpopolo@cepal.org
20	E Ses 1	Chile	Ana María Oyarce		CELADE-SEPAL	anamaria.oyarce@cepal.org
21	E Ses 1	Chile	Sandra Lafosse		CELADE-CEPAL	sandra.lafosse@cepal.org
22	E Ses 2	Chile	Margarita Sáez	Encargada Prog. Salud y Pueblos Indígenas	Ministerio de Salud	msaez@minsal.gov.cl
23	P	Chile	Morgane Bauer-Le Gal	Coordinadora	Programa Cooperación CEPAL-Gobierno de Francia	morgane.legal@cepal.org
24	P	Chile	Ana María Alarcón	Docente	Universidad de la Frontera	amalarc@ufro.cl
25	P	Chile	Cecilia Moya	Enfermera	Programa Orígenes, Ministerio de Salud	cmoya@minsal.cl
26	P	Chile	Albertina Jordán	Asistente Social	Programa Orígenes, Ministerio de Salud	ajordan@minsal.cl
27	P	Chile	Claudia Padilla	Enfermera	Unidad Salud de los Pueblos, Ministerio de Salud	cpadilla@minsal.cl
28	P	Chile	Malva Pedrero	Encargada Programa Salud y Pueblos Indígenas	Servicio de Salud Arica	malva.pedrero@redsalud.gov.cl
29	P	Chile	Pamela Meneses	Encargada Unidad Salud y Pueblos Indígenas	Subsecretaría de Redes, Ministerio de Salud	pameneses@minsal.cl
30	P	Chile	Mónica Zegarra		Universidad Academia de Humanismo Cristiano	mitilus3@hotmail.com
31	P	Chile	Bárbara Bustos	Responsable Programa Salud Mapuche	Servicio de Salud Araucanía Norte	barbara.bustos@hotmail.com
32	P	Chile	Yolanda Nahuelche	Coordinadora Regional Salud Intercultural	SEREMI de la Araucanía – Temuco	yolanda.nahuelcheo@redsalud.gov.cl
33	P	Chile	Ivonne Jelves	Antropóloga Programa de Salud con Población Mapuche	Servicio de Salud Araucanía Sur	ivonnejm@gmail.com
34	P	Chile	Víctor Caniullan	Machi	Asociación Mapuche Newentuleaín	
35	P	Chile	Mara Rojas	Asesora	Servicio de Salud Metropolitana Sur Oriente	marojas@ssmsol.cl, mara.rojas@gmail.com
36	P	Chile	Marcia Paillalef	Coordinadora Regional	Secretaría Regional Ministerial de Salud Región del Bío-Bío	marcia.paillalef@redsalud.gov.cl
37	P	Chile	Rubén Sánchez	Investigador	Observatorio de Derechos de Pueblos Indígenas – Temuco	netmapu@gmail.com
38	P	Chile	Alejandro Herrera	Director Instituto de Estudios Indígenas	Universidad de la Frontera – Temuco	aherrera@gmail.com
39	P	Chile	José Llancajón	Delegado en Chile	Fondo Indígena Bolivia	josellancapan@hotmail.com
40	P	Chile	Pedro Llancajón	Coordinador	Comisión Regional Salud Intercultural de la Región Metropolitana	
41	P	Chile	Marta Panera	Consultora	CEPAL	martapanera@hotmail.com
42	P	Chile	Elisa Heynig	Socióloga	CEPAL	elisa.heyntag@cepal.org

		País	Nombre	Cargo	Institución	Correo electrónico
43	P	Chile	Javier Vargas	Practicante CEPAL	CEPAL	javier.vargas@cepal.org, jajavito@hotmail.com
44	P	Chile	M. Eugenia Vilches	Asesora Educación	Comunidad Memorias Étnicas, COMINET	ceremoniasindigenas@hotmail.com
45	P	Chile	Soledad Pérez	Consultora	FLACSO	solep70@yahoo.es
46	P	Chile	Irma Arriagada	Experta en Desarrollo Social	CEPAL	Irma.arriagada@cepal.org
47	E Ses 3	Ecuador	Lily Rodríguez	Oficial de Población	UNFPA	lrodriguez@unfpa.org
48	E Ses 1	Ecuador	Rocío Rojas	Asesora Regional	Programa Salud Pueblos Indígenas, OPS	rorojas@ecu.ops-oms.org
49	P	Ecuador	Letty Viteri	Directora Medicina Intercultural	Ministerio de Salud Pública	lviteri@msp.gov.ec
50	E Ses 4	Ecuador	Manuel Gualán	Dirigente Nacional de Salud	CONAIE	tupacisau@yahoo.com
51	P	Francia	Annick Manuel	Coordinadora en Salud e Investigación	Delegación regional Cooperación para Cono Sur y Brasil, Embajada Francia	annickmanuel@diplomatie.gouv.fr
52	E Ses. Inaug.	México	Roberto Campos		Universidad Nacional Autónoma de México	rcampos2000@yahoo.com.mx
53	P	Nicaragua	Jorge Fedrick	Presidente	Movimiento Indígena de Nicaragua	jtfedrick@gmail.com
54	P	Nicaragua	Alta Hooker	Rectora	Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe, URACCAN	altahooker@yahoo.com.mx
55	P	Paraguay	Augusto Fogel	Presidente	Instituto Paraguayo del Indígena	afogelp@gmail.com
56	P	Paraguay	Francisca Peralta	Coordinadora	Coordinación Nacional de Pastoral Indígena, CONAPI – CEP	conapi@episcopal.org.py
57	P	Paraguay	Silvio Ortega	Asesor Viceministerio de Salud	Ministerio de Salud	silvioortega@hotmail.com
58	E Ses 2	Rep. Bolivariana de Venezuela	Noly Coromoto Fernández	Directora Nacional de Salud Indígena	Ministerio del Poder Popular para la Salud	nolyepiayuu@gmail.com
59	P	Rep. Bolivariana de Venezuela	Ernesto Fernández	Médico	Ministerio de Salud	egfernandez@cantv.net

E: expositor, P: participante/público.



NACIONES UNIDAS

Serie

C E P A L

seminarios y conferencias

Números publicados

El listado completo de esta colección, así como las versiones electrónicas en pdf están disponibles en nuestro sitio web: www.cepal.org/publicaciones

53. Pueblos indígenas de América Latina: políticas y programas de salud, ¿cuánto y cómo se ha avanzado? Informe del Seminario-Taller, Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE)-División de Población, (LC/L.2956-P), N° de venta: S.08.II.G.70 (US\$ 20.00), 2008.
52. Futuro de las familias y desafíos para las políticas, Irma Arriagada (editora), (LC/L.2888-P), N° de venta: S.08.II.G.25 (US\$ 20.00), 2008.
51. Planificar y presupuestar en América Latina, Ricardo Martner (LC/L.2859-P; LC/IP/L.287), N° de venta: S.08.II.G.4 (US\$ 20.00), 2008.
50. Integración de políticas, sostenibilidad y agroclaturización en la pampa argentina y áreas extrapampeanas, Santiago de Chile, 10 de abril de 2006, David Manuel-Navarrete y Gilberto Gallopín (LC/L.2744-P), N° de venta: S.07.II.G.80 (US\$ 10.00), 2007.
49. Gestión y financiamiento de las políticas que afectan a las familias, Irma Arriagada (LC/L.2648-P), N° de venta: S.06.II.G.174 (US\$15.00), 2007.
48. Reunión de expertos sobre insumos sociodemográficos para la gestión y el desarrollo local, Jorge Rodríguez (editor), (LC/L.2581-P), N° de venta: S.06.II.G.111, (US\$15.00), 2006.
47. Reformas constitucionales y equidad de género. Informe final del Seminario internacional Santa Cruz de la Sierra 21, 22 y 23 de febrero de 2005, Sonia Montañó y Verónica Aranda, (LC/L.2489-P), N° de venta: S.06.II.G.22 (US\$20.00), 2006.
46. Políticas hacia las familias, protección e inclusión sociales, Irma Arriagada (editora), (LC/L.2373-P), N° de venta: S.05.II.G.118 (US\$ 20.00), 2005.
45. Lógica y paradoja: libre comercio, migración limitada. Memorias del Taller sobre Migración Internacional y Procesos de Integración y Cooperación Regional, 6 y 7 de diciembre del 2004, Jorge Martínez Pizarro y María Fernanda Stang Alva, (LC/L.2272-P), N° de venta: S.05.II.G.99 (US\$15.00), 2005.
44. Sustainable development: epistemological challenges to science and technology, Gilberto Gallopín, Cecilie Modvar (LC/L.2273-P), N° de venta: E.05.II.G.26 (US\$ 10.00), 2005.
43. Invertir mejor para invertir más. Financiamiento y gestión de la educación en América Latina y el Caribe, CEPAL/UNESCO, (LC/L.2246-P), N° de venta E.05.II.G.4 (US\$ 10.00), 2005.
42. Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces, Irma Arriagada y Verónica Aranda (LC/L.2030-P), N° de venta: S.04.II.G.150 (US\$ 20.00), 2004.

- El lector interesado en adquirir números anteriores de esta serie puede solicitarlos dirigiendo su correspondencia a la Unidad de Distribución, CEPAL, Casilla 179-D, Santiago, Chile, Fax (562) 210 2069, correo electrónico: publications@cepal.org.

Nombre:

Actividad:

Dirección:

Código postal, ciudad, país:

Tel.: Fax: E.mail: