Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Ministerio de Educación
Presidencia de la Nación

CONICET

Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación productiva
Presidencia de la Nación

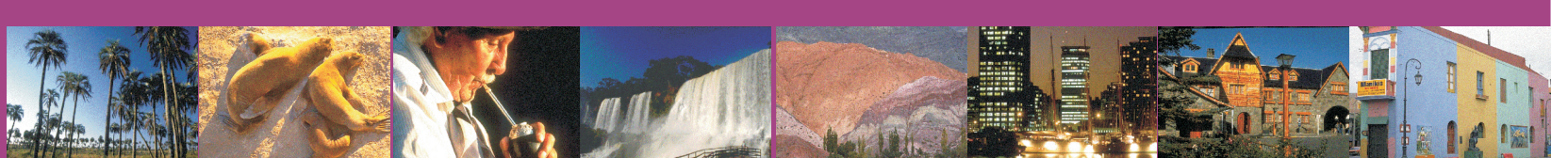
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Resumen Ejecutivo

Foro de Investigación en Salud de Argentina

Estado de conocimiento y agenda de prioridades para la toma de decisiones en **Situación de salud, intervenciones y líneas de investigación para la toma de decisiones en salud con pueblos indígenas en Argentina** en Argentina

[EISA] / [10/90 Gap]



2008

RESUMEN EJECUTIVO

Situación de salud, intervenciones y líneas de investigación para la toma de decisiones en salud con pueblos indígenas en Argentina*

"Siempre hemos sido interculturales,
tenemos nuestro idioma,
nuestra medicina"

Lic. Alejandro Capriati, Lic. Julia Anciola, Tec. Maria Adela Pastor, Dra. Graciela Abriata, Lic. Eugenia Barbieri, Dr. Martín Olmos, Dra. Estela Centurión, Dra. Constanza Salera, Lic. Andrés Cuyul, Dra. Silvia Kochen.

Ministerio de Salud Presidencia de la Nación
Ministerio de Educación Presidencia de la Nación
CONICET
Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación productiva Presidencia de la Nación
Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

1. Palabras pronunciadas en el plenario de cierre por una participante.

INDICE

Introducción | 5 |

La metodología | 5 |

Situación de la salud de los Pueblos Indígenas en América Latina | 6 |

Situación de los Pueblos Indígenas en Argentina | 7 |

Institucionalidad en materia de salud y pueblos indígenas en Argentina | 9 |

Necesidad de Fijar Prioridades de Investigación en Salud en Argentina | 9 |

Primer taller para el establecimiento de prioridades de investigación en salud con pueblos indígenas en argentina | 10 |

Líneas de Investigación | 12 |

Listado de Asistentes al Taller | 13 |

Introducción

El establecimiento de prioridades para la investigación es una instancia crítica en la distribución de recursos para el financiamiento de investigaciones y un elemento organizador de las políticas de investigación sanitaria. Es difícil imaginar una disminución de la brecha entre lo que se investiga y/o se utiliza como evidencia científica para el mejoramiento y la protección de la salud de la población si no se entiende el establecimiento de prioridades como un proceso a largo plazo, en constante revisión e iterativo, en el que participen diversos actores con diferentes intereses y en el que se asegure la participación de la comunidad de manera directa o a través de organizaciones que las representen.

A través de una estrategia de investigación-acción participativa se busca construir una herramienta que facilite la visualización de las prioridades y el financiamiento de los proyectos en diversas enfermedades y problemas socio-sanitarios. Esta actividad se viene llevando a cabo desde el año 2005 con el apoyo de la Comisión Nacional Salud Investiga del Ministerio de Salud de la Nación, y la Academia Nacional de Medicina y se inscribe en el marco del Foro de Investigación en Salud de Argentina (FISA). A partir del 2007, el equipo de trabajo está conformado por un grupo de becarios de diversas disciplinas[2]. Sin existir antecedentes de una experiencia similar en nuestro país, dicho grupo se constituyó a partir de un Estudio Colaborativo Multicéntrico "Metodologías de Fijación de Prioridades en la Selección de Investigaciones",

Este Estudio Colaborativo Multicéntrico para establecer las prioridades en investigación en salud tiene como objetivo construir, a través del consenso, una agenda pública nacional en investigación en salud y promover su uso en las organizaciones financiadoras.

La metodología

Un equipo técnico, constituido por economistas, politólogos, sociólogos, antropólogos, médicos, y epidemiólogos, se encargaron del desarrollo del protocolo que incluye el uso de técnicas cuali-cuantitativas para cumplir con los objetivos planteados.

Fijar prioridades en investigación en salud con pueblos indígenas constituye un verdadero desafío. La complejidad de la temática fue progresivamente aprehendida a partir de una revisión bibliográfica sobre sus avances en América Latina y a través de encuentros con diversos actores. El abordaje implicó cambios considerables en el modo de trabajo que se venía desarrollando. Por un lado, se evitó inscribir esta problemática en el plano de la enfermedad. Por otro, se advirtió la imposibilidad de pensar la salud de los pueblos indígenas sin la participación de las propias comunidades y representantes. En definitiva, el camino recorrido tiende a la construcción de una matriz socio-cultural que posibilite reconocer la heterogeneidad de las comunidades y evite generalizaciones que encubren el quiebre de los indicadores.

Durante el año 2007, el Equipo Multicéntrico realizó una recopilación de la información disponible sobre el tema de salud con pueblos indígenas, tanto de nuestro país como del extranjero para poder avanzar hacia la realización del taller de prioridades en salud con pueblos indígenas en Argentina.

Se plasmaron así diferentes jornadas de trabajo con representantes de instituciones nacionales y extranjeras, que pusieron en común sus experiencias y formas de abordar la temática[3].

- Jornada de trabajo con representante del Centro para la

2. Dra. Graciela Abriata, Lic. Julia Anciola, Lic. Maria Eugenia Barbieri, Lic. Alejandro Capriati, Dra. Estela Centurión, Dr. Marcelo García Dieguez, Dr. Martín Olmos, Dra. Constanza Salera. Coordinadora: Dra. Silvia Kochen
3. Jornadas de Trabajo se describen en profundidad en el documento titulado: "Abordaje en salud con pueblos indígenas: fijación de prioridades en investigación". Disponible en www.fisa.anm.edu.ar

Investigación en Salud Aborigen (Manitoba, Canadá).
• Jornada de trabajo con el Director de la Unidad de Salud Colectiva Chiloé (Ministerio de Salud, Chile).
• Jornada de trabajo con la Jefa de Salud Indígena del Ministerio para el Poder Popular en Salud de Venezuela.
• Jornada de trabajo con Comunicadores Indígenas del Pueblo Qom (Toba) de Argentina.
• Jornada de trabajo con representantes de la Organización de Naciones y Pueblos Indígenas en Argentina (ONPIA).
• Jornada Nacional, preparatoria para el Taller de Fijación de Prioridades en Investigación en Salud con Pueblos Indígenas.

A partir de la realización de estas jornadas y en base a la información de fuentes primarias, secundarias y terciarias disponibles en nuestro país, el equipo interdisciplinario elaboró un estado de situación respecto del abordaje de la salud y pueblos indígenas en América Latina y en especial en nuestro país.

Situación de la salud de los Pueblos Indígenas en América Latina

El surgimiento de los movimientos indígenas como actores políticos, en una América Latina en democracia y más abierta a la creación de estados pluriétnicos y pluriculturales, así como la incorporación de un marco de derechos humanos para las políticas públicas han permitido el reconocimiento de los pueblos indígenas como sujetos de derecho colectivo.

El derecho a la salud de los pueblos indígenas está mencionado en diversos instrumentos jurídicos internacionales y en las legislaciones de algunos países de la región. No obstante, el cumplimiento del mismo implica el desafío de reconocer, promover, proteger y garantizar un abordaje de la salud acorde a las concepciones y prácticas del proceso salud-enfermedad-sanación propio de los pueblos indígenas.

Se registran avances en términos del reconocimiento de los derechos de los pueblos indígenas en el ámbito internacional y en las legislaciones y constituciones de varios países latinoamericanos.

El derecho a la salud en el Convenio Nº 169 de la Organización Internacional del Trabajo[4] (OIT) constituye uno de los instrumentos de derechos humanos de carácter vinculante más avanzados en la temática. Los Estados Miembros que han ratificado el convenio se han comprometido a adecuar la legislación nacional a las nuevas disposiciones[5]. Los artículos 25 y 30 expresan lineamientos para que los pueblos indígenas sean partícipes y partes cooperantes de las decisiones en materia de servicios de salud, administración y prestación de servicios ateniendo y respetando sus tradiciones y culturas.

Dado que el concepto de salud indígena incorpora como elementos constitutivos la espiritualidad, el colectivismo y la estrecha relación con el ecosistema, el derecho a la salud de los pueblos indígenas se relaciona con otros derechos, siendo dimensiones clave el control de sus territorios, el mantenimiento de sus ecosistemas y la integridad cultural. La evidencia disponible (Comisión Económica para América Latina y el Caribe, CEPAL) identifica tres desafíos que los programas de salud deben afrontar para comenzar a cumplir y respetar el derecho a la salud de los pueblos indígenas:

1. Perfil epidemiológico complejo: sobre-mortalidad, mayor vulnerabilidad y daño en las poblaciones indígenas que en el resto de la población;
2. Inequidades en el acceso a la atención sanitaria y poca pertenencia cultural de la misma y;
3. Falta de participación política.

El Instituto Interamericano de Derechos Humanos (IIDH)[6], la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Agencia Sueca de Cooperación Internacional para el Desarrollo (ASDI) establecen que el acceso de los pueblos indígenas a la salud integral e intercultural es todavía un asunto pendiente de resolver.

Según la OPS[7] el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas guarda relación con los altos índices de pobreza, desempleo, analfabetismo, migración, falta de tierra y territorio, destrucción del ecosistema y la marginación que viven estos pueblos como

4. Convenio Nº 169 de la OIT sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. Adoptada el 27 de Julio de 1989 por la Conferencia General de la OIT en su septuagésima sexta reunión. Fecha ratificación en Argentina: 03/07/2000.
5. Para mayor información sobre el estado de incorporación del derecho específico de los pueblos indígenas a la salud en los instrumentos normativos de los países de América Latina se puede consultar la Base de Datos sobre legislación Indígena del Banco Interamericano de Desarrollo (http://www.iadb.org./sds/ind/ley/leyn/datamap.cfm), y la sección especializada de diversidades de la página del IIDH: www.iidh.ed.cr
6. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, Campaña Educativa sobre Derechos Humanos y Derechos Indígenas, salud indígena y derechos humanos: manual de contenidos. Instituto Interamericano de Derechos Humanos, San José, 2006.
7. Organización Panamericana de la Salud, Propuesta de Lineamientos Estratégicos y Plan de Acción 2005-2010. Programa Salud de los Pueblos Indígenas, septiembre, 2004.

factores estructurantes. Como afirma dicho documento, en la mayoría de las comunidades indígenas de América Latina están presentes la mortalidad materna, la mortalidad infantil, la malaria, la tuberculosis, el VIH/SIDA, los problemas derivados de la falta de acceso a los servicios básicos (salud, agua, vivienda, saneamiento básico), la seguridad alimentaría y la salud mental.

La Iniciativa de Salud de los Pueblos Indígenas[8] (SAPIA) de la OPS/OMS ha definido cinco principios para el trabajo con las comunidades indígenas: abordaje integral de la salud, autodeterminación de los pueblos indígenas, participación sistemática, respeto y revitalización de las culturas indígenas y reciprocidad en las relaciones. En este camino, el concepto de interculturalidad[9] presenta las siguientes dimensiones: diálogo permanente en el respeto a la diferencia, tolerancia a las contradicciones que conduzcan a la desigualdad, democracia cultural, participación con representación y consulta, construcción de consenso y convergencia de objetivos.

En suma, la interculturalidad exige un canal permanente de comunicación y aprendizaje en condiciones de respeto y simetría. Es una práctica y una meta que demanda voluntad de cambio global desde la premisa del reconocimiento de la diversidad étnica y cultural. Existen ejemplos en América Latina de experiencias de buenas prácticas en armonización de los sistemas de salud convencionales y de las poblaciones indígenas. La experiencia y los saberes de los pueblos indígenas, la denominada medicina indígena tradicional, es parte de la cosmovisión y cultura de las comunidades. Las diversas experiencias revisten historias particulares en países de la región.

Situación de los Pueblos Indígenas en Argentina

En el país existen 23 Pueblos Indígenas (*Cuadro* 1) (*Gráfico* 1)[10]. De acuerdo con los resultados de las muestras del censo nacional de 2001 y de la encuesta complementaria 2004-2005 sobre Pueblos Indígenas, la población indígena de Argentina que se reconocen pertenecientes y/o descendientes en primera generación equivale al 2.8 % de la población total del país, que corresponde a 600.329 personas (diferentes organizaciones sociales cuestionan estos porcentajes y reivindican uno mayor).

Cuadro 1. Población por pueblo indígena. Total del país. Años 2004 y 2005

Pueblo indígena	Población
Atacama	3.044
Ava guaraní	21.807
Aymara	4.104
Chané	4.376
Charrúa	4.511
Chorote	2.613
Chulupí	553
Comechingón	10.863
Diaguita/diaguita calchaquí	31.753
Guaraní	22.059
Huarpe	14.633
Lule	854
Mapuche	113.680
Mbyá guaraní	8.223
Mocoví	15.837
Omaguaca	1.553
Ona	696
Pampa	1.585
Pilagá	4.465
Quechua	6.739
Querandí	736
Rankulche	10.149

Fuente: INDEC. Encuesta Complementaria de Pueblos Indígenas (ECPI) 2004-2005
Complementaria del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

En cuanto a las condiciones de vida de la población indígena, es importante destacar que casi un cuarto de los hogares (23.5%) se encuentran con las necesidades básicas insatisfechas (NBI). Esta proporción es muy alta comparada con el resto de los hogares (13.8%) y el total nacional (14.3%). Las provincias que muestran los mayores niveles de NBI en los hogares indígenas son: Formosa (74.9%), Chaco (66.5%) y Salta (57.4%).

8. OPS, Serie Salud de los Pueblos Indígenas, Nº3, "Informe Ejecutivo Taller Subregional Mesoamericano Pueblos Indígenas y Salud", Quetzaltenango, 1994.
9. OPS/OMS, Incorporación del Enfoque Intercultural de la Saluden la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos, Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud, Abril, 1998.
10. Aymara, Chané, Charrúa, Chorote, Chulupí, Comechingón, Diaguita-Chalchaquí, Guaraní, Ava-Guaraní, Tupí-Guaraní, Mbya-Guaraní, Huarpe, Kolla, Mapuche, Mocoví, Ona, Pilagá, Rankulche, Tapiete, Tehuelche, Toba, Wichí, Atacama, Quechua, Omahuaca y Tapiete, Lule, Pampa, Querandí, Sanavirón y Tonocoté.

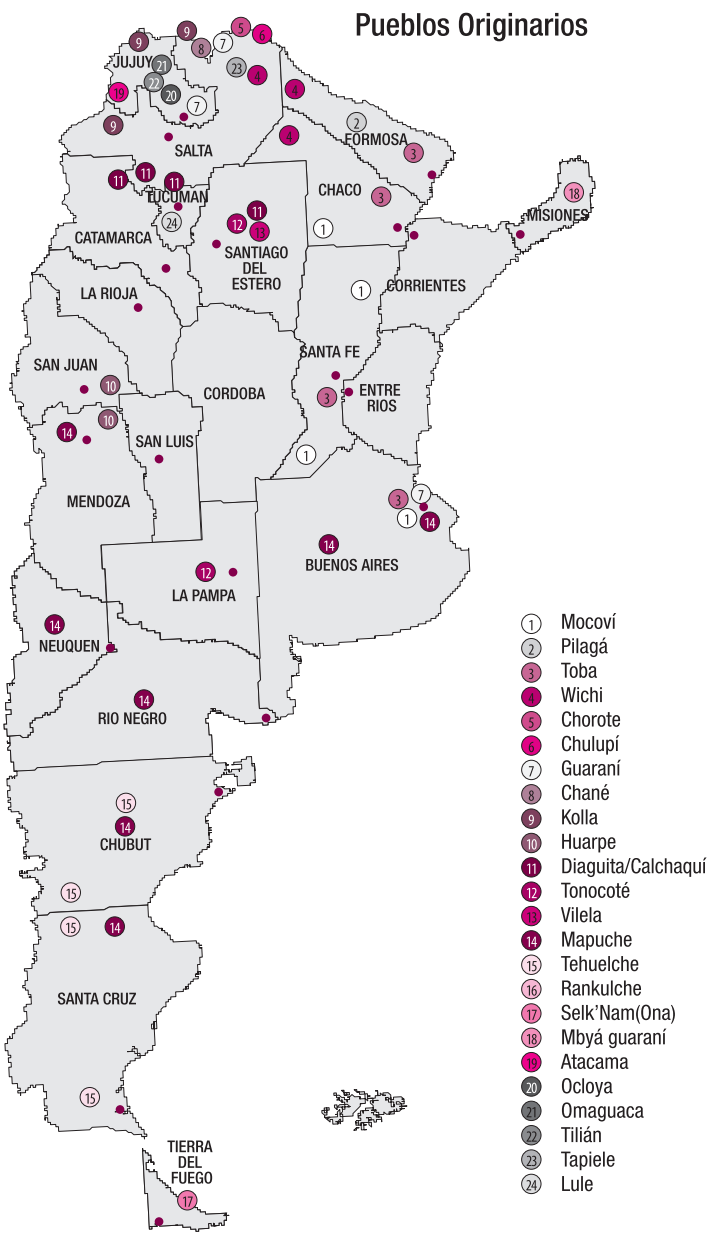
Respecto a su localización, el 16.5% de los hogares de la población indígena son rurales. Para el resto de los hogares y para el total del país estos porcentajes descienden a un dígito (9.2% y 9.7% respectivamente).

Con respecto a las características educativas, se observa que la tasa de analfabetismo para la población indígena de 10 años o más es tres veces y media mayor que la nacional (2.6%). En el caso de las etnias Mbyá guaraní de Misiones y Wichí de Chaco, Formosa y Salta, las tasas de analfabetismo superan el 20% (29.4% y 23.4% respectivamente).

En materia legislativa, en Argentina se han alcanzado logros tales como la Ley Nº 23.302 del año 1985: "Política Indígena y apoyo a las comunidades Aborígenes"; la Reforma de la Constitución Nacional y reconocimiento de la preexistencia étnica y cultural de los Pueblos Indígenas; la Ratificación por la Ley 24.701 del Convenio 169 de la OIT. Sin embargo, esta legislación no ha estado acompañada de transformaciones profundas en las políticas públicas en salud ni ha garantizado el acceso de los pueblos indígenas a un sistema de salud eficaz.

La presentación de la Lic. Lic. Morita Carrasco, realizada en el Taller de Fijación de Prioridades, se titula "**Algunos aportes para el abordaje de la salud en zonas rurales con alta concentración de comunidades de Pueblos indígena**". La exposición reflexiona sobre las capacidades y limitaciones de la medicina tradicional para modificar las causas que provocan el deficiente estado sanitario de la comunidad de los pueblos indígenas. Las invasiones de tierras con la consiguiente apropiación de los recursos naturales (únicos elementos verdaderamente proveedores de los nutrientes básicos para un desarrollo sano). el asistencialismo y la ayuda alimentaria de emergencia (no sólo insuficientes sino de nula calidad nutricional), la des-coordinación de los diferentes organismos, planes y programas destinados a la provisión de servicios de salud, la discontinuidad de tales programas y la ausencia de perfiles epidemiológicos(índice confiables; registros de vida, historias clínicas individuales, familiares con los cuales hacer diagnósticos claros de la situación de salud[11]) son problemáticas que excede y supera la cuestión de la medicina.

Gráfico 1. Distribución de Pueblos indígenas en Argentina



Fuente: INAI (Instituto de Asuntos Indígenas) 2006

11. Carrasco Morita. "**Algunos aportes para el abordaje de la salud en zonas rurales con alta concentración de comunidades de Pueblos indígena**". Abordaje en salud con pueblos indígenas: Hacia la fijación de prioridades en investigación. **Foro de Investigación en Salud de Argentina (FISA)**

Institucionalidad en materia de salud y pueblos indígenas en Argentina.

Los programas, planes y estrategias existentes destinadas a Pueblos Indígenas en nuestro país son diversos.

Programas dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación:

• Instituto Nacional de Asuntos Indígenas (INAI): es la institución del Estado Nacional que tiene la responsabilidad de crear canales interculturales para la implementación de los derechos de los Pueblos Indígenas consagrados en la Constitución Nacional (Art. 75, Inc. 17).

Programas dependientes del Ministerio de Salud de la Nación:

• Programa de Apoyo Nacional de Acciones Humanitarias para las Poblaciones Indígenas (ANAHI): tiene como objetivo planificar, coordinar y diseñar líneas de acción tendientes a mejorar la calidad de la atención médica, las condiciones de accesibilidad y la adecuación de los servicios de salud a las pautas interculturales, en base al respeto y la consideración de su forma de vida, construyendo articulaciones interculturales entre el sistema de salud, las comunidades y los sistemas de salud tradicionales. Desarrolla actividades de prevención y promoción de la salud, participación comunitaria y capacitación de agentes sanitarios aborígenes. Desde la coordinación del ANAHI se pretende articular las acciones relacionadas con los distintos programas del Ministerio de Salud, otros Ministerios y el INAI, con la finalidad de potenciar los resultados en las comunidades indígenas y consolidar una política intercultural que permita reducir las inequidades que sufren estas comunidades.

Dentro de este ministerio también se encuentra el Plan Federal de Salud de fortalecimiento de la Atención Primaria de la Salud, tendiente a mejorar la situación socio sanitaria y el acceso a la salud para las comunidades de pueblos indígenas; a su vez, entre los programas regulares que constituyen líneas estratégicas de los servicios de salud y se proponen prestar especial atención a los valores socioculturales y las problemáticas de las comunidades indígenas, se pueden destacar el Plan Nacer y el Programa Nacional de Médicos Comunitarios. Por último, el Proyecto de Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP[12]) también propone un enfoque que permita aproximarse y actuar sobre la problemática de salud indígena desde una concepción intercultural.

Necesidad de Fijar Prioridades de Investigación en Salud en Argentina

En Argentina no se dispone de información desagregada respecto de la salud de los pueblos indígenas. La población indígena en Argentina presenta un perfil epidemiológico complejo atravesado por una sobre-mortalidad y mayor vulnerabilidad que en el resto de la población. Los índices de necesidades básicas insatisfechas y las tasas de analfabetismo para la población indígena grafican las situaciones de marginalidad y las dificultades para satisfacer las demandas en salud, alimentación y vivienda.

Tanto los expertos como los líderes indígenas coinciden en destacar que estas dificultades para satisfacer sus necesidades y demandas están relacionadas con la pérdida del territorio, la exposición ambiental, las inequidades en el acceso a la atención sanitaria garantizada como derecho y la baja participación política y marginación sociocultural.

12. El objetivo de este programa consiste en reducir la mortalidad y morbilidad producidas por la exposición a factores de riesgo asociados con la salud, asegurando la cobertura universal para la población. Este objetivo

PRIMER TALLER PARA EL ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CON PUEBLOS INDÍGENAS EN ARGENTINA.

Se realizó el viernes 11 de Abril de 2008, en el Salón del Consejo de la Facultad de Medicina de la UBA, con el propósito de fijar prioridades en investigación en salud con pueblos indígenas a partir de una convocatoria amplia a especialistas en el tema y lideres indígenas en salud perteneciente a distintos pueblos indígenas en Argentina[13].

Las conclusiones del plenario se sintetizan en las áreas de:
1. Situación de salud de los Pueblos Indígenas.
2. Barreras y obstáculos para el mejoramiento de la situación de salud.
3. Prioridades de Investigación en Salud: bases y líneas de investigación.

A continuación se presentan los resultados de los grupos de trabajo y las conclusiones del Plenario.

1. Situación de salud de las comunidades indígenas

Los participantes indígenas y los especialistas acordaron en la necesidad de considerar a cada pueblo o comunidad tanto en el ámbito rural como en los centros urbanos, teniendo en cuenta las distancias geográficas y las brechas sociales, ya que las problemáticas sanitarias son diferentes de acuerdo a cada pueblo indígena.

Un punto de partida común es la carencia de información y registros: la información epidemiológica no ha sido desagregada y la variable etnia actualmente no está considerada. No es posible detectar con exactitud desigual distribución de indicadores de salud entre los pueblos indígenas y otras poblaciones de la Argentina.

Situación de salud: Individuo, hogar y comunidad

- Endemia de tuberculosis y chagas fuera de control. Respecto al chagas se constata ausencia de cifras, carencia de insumos y falta de continuidad de los programas.
- Existe una percepción desde los participantes de las comunidades indígenas de un aumento de enfermedades oncológicas asociadas a las actividades de extracción (minería, hidrocarburos) y uso de agroquímicos.
- Enfermedades parasitarias debido a la falta de vacuna para la inmunización de animales y carencia de insumos para su desparasitación y tratamiento (brucelosis e hidatidosis)
- Patologías asociadas a problemas de alimentación: desnutrición (tanto en niños como en ancianos) y obesidad.
- Enfermedades asociadas con la falta de agua potable: contaminación del agua y deficiente servicio cloacal (por ejemplo: diarreas, dermatitis, parasitosis)
- Enfermedades estacionarias (Infecciones respiratorias y diarreas), enfermedades tropicales o por desmontes (dengue, leishmaniasis y paludismo) y hanta virus.
- Muerte prematura debido a los problemas de alimentación, pérdida de recursos naturales y contaminación de alimentos por químicos industriales.
- Salud mental y migración: las situaciones de migración generan nuevas problemáticas, trastornos psicológicos y enfermedades (violencia, discriminación, drogas y alcohol, suicidio).
- Persistencia de otras patologías comunes a las poblaciones no indígenas (diabetes, hipertensión arterial, cardiopatías, etc.).

Problemas de Salud Relacionados con el sistema de Salud

- Atención de parto y post-parto que no respetan la cosmovisión de los pueblos indígenas.
- Recursos técnicos, económicos y humanos escasos e inadecuados (por ejemplo falta de asistencia médica y ambulancias), persistiendo las dificultades de acceso de atención de urgencia.
- El Programa Remediar del Ministerio de Salud de la Nación no llegaba a las comunidades con menos de 2.000 habitantes, provocando falta de acceso a los medicamentos.
- Deficiencia en la implementación del programa de salud materno - infantil.
- Deficiente abordaje de los problemas asociados a la contaminación ambiental (agroquímicos, minería, petroquímica, deforestación, fumigación, cromo, gasoductos, etc.).

Problemas de salud relacionados con otros sectores y políticas públicas:

- La mayoría de las comunidades indígenas vive en condiciones de extrema pobreza.
- Falta de medios para poder sustentarse, producto de la pérdida de animales por la contaminación, la deforestación, condiciones laborales precarias, etc.
- Reducción de territorios, asociado al proceso de desmonte y falta de decisión política y operativa respecto a la titularidad de los territorios indígenas.
- "Vicios" que han entrado a las comunidades (tabaco, alcohol, drogas, prostitución, comida chatarra)
- Incumplimiento de la legislación vigente.
- La migración forzosa por pérdida y degradación del territorio y falta de trabajo en su caso genera nuevas problemáticas de salud.

2. Barreras y Obstáculos para el mejoramiento de la situación de salud:

Respecto a las políticas de salud:

- Ausencia de políticas públicas en salud con plena participación indígena. Falta de participación social en la toma de decisiones de las comunidades y pueblos indígenas en los planes y programas de salud.
- Escasa coordinación ministerial en la temática (información poco clara, no continuidad programática, ausencia de comunicación entre expertos y autoridades)

Respecto a los programas de salud:

- Actitud paternalista y programas de corte asistencialista.
- Inexistencia de programas de prevención en salud con pertinencia cultural.
- Programas de alimentación sin pertinencia cultural.
- Inexistencia de programa de prevención en salud sexual y reproductiva con pertinencia cultural.
- Respecto a los niños, sólo son atendidos en el Control de Niño Sano. Las patologías se resuelven únicamente en la comunidad, ya que la visita médica se limita a la entrega de medicación.
- Dificultades para la denuncia y seguimiento en casos de contaminación ambiental.
- Falta de insumos para abordar problemas de salud animal (vacunas y desparasitación en el caso de la brucelosis).

Accesibilidad a los servicios de salud:

- La principal barrera es la falta de accesibilidad geográfica, cultural y económica. En cuanto a la geográfica, se bloquean caminos y accesos en caso de lluvia dificultando y encareciendo los traslados a los centros asistenciales, a lo que se suma la falta de movilidad y equipamiento para el traslado.
- Las personas indígenas reciben deficiente atención en los centros de salud, ya sea por discriminación en el sistema o por las dificultades para comunicarse por hablar lenguas distintas.

Con respecto a la interculturalidad:

- No reconocimiento oficial de la medicina indígena, prevalencia del modelo médico hegemónico en todos los niveles de salud.
- Racismo naturalizado de parte de los equipos de salud que se expresa en muchas ocasiones en la no práctica del acto médico.
- La incomprensión del usuario indígena por parte de los equipos de salud.
- Falta de formación a los trabajadores de la salud para el abordaje de la salud con los pueblos indígenas.
- Falta de información desagregada por etnia.
- Desvalorización del rol del agente sanitario: carencia de insumos, dificultad para resolver problemas, carencia de programas de capacitación, pérdida de lo aprendido en las comunidades y de la confianza de sus propios pares, irregularidades en los contratos.
- Falta de valorización de las medicinas tradicionales indígenas.
- Expropiación de los conocimientos sobre los recursos naturales utilizados para tratamientos por las comunidades indígenas, por parte de la industria farmacéutica
- Manipulación de las comunidades para investigaciones genéticas.

3. Prioridades de investigación

Bases de la investigación

- El Estado debe garantizar el acceso a la salud de las comunidades indígenas y asegurar el cumplimiento de la legislación vigente y los convenios internacionales en tanto derechos colectivos y territoriales.
- Es prioritario trabajar con las comunidades para identificar

problemas y priorizar en conjunto con las mismas las líneas de investigación:

- Diagnóstico de situación de salud de los pueblos indígenas realizado en forma conjunta con los integrantes de las comunidades. Establecimiento de instrumentos y parámetros de medición adecuados a las diferentes cosmovisiones y necesidades.
- Las intervenciones de salud deben ser planificadas, consensuadas y aceptadas por las autoridades de los distintos pueblos indígenas. Se debe respetar la institucionalidad de las comunidades y sus líderes.
- Jerarquizar los espacios de salud de los pueblos para que en esos mismos espacios fortalecidos se fijen prioridades.
- Garantizar la consulta previa, libre e informada y con plena participación de las comunidades involucradas para participar en el proceso mismo de priorización sobre las líneas de investigación.
- El Estado debe generar espacios para la discusión e investigación de la salud de los pueblos indígenas y garantizar la participación efectiva y real en la toma de decisiones por parte de los pueblos indígenas. Se debe asegurar la participación sistemática de las comunidades para la fijación de prioridades.
- Incrementar la designación de recursos para salud indígena. Fortalecer las actividades que realizan los agentes sanitarios y jerarquizar su rol como agente sanitario facilitador del intermcambio cultural.
- Promover la complementariedad de la medicina tradicional y occidental en relaciones de igualdad y respeto.

Líneas de Investigación

- Identificar y evaluar el perfil epidemiológico de los pueblos indígenas y definir las prioridades de investigación-acción en salud.
- Analizar los determinantes (investigación cuali- cuatitativa) de la salud en los pueblos indígenas.
- Efectuar estadísticas vitales y de morbilidad.

- Identificar problemas, evaluar y proponer acciones para mejorar la cantidad, calidad y accesibilidad de los servicios y centros de salud de las distintas comunidades.
- Identificar y evaluar el impacto de la contaminación ambiental sobre la salud de las comunidades.

En el cierre del Plenario, se contó con la presencia de la Ministra de Salud de la Nación, Lic. Graciela Ocaña, quien frente a las conclusiones vertidas por cada uno de los grupos de trabajo, manifestó la necesidad de responder a una fuerte demanda de respeto y de recuperar la palabra a través de una cultura de la confianza. Destacó la interculturalidad como un trabajo a construir a partir de aprendizajes recíprocos y nuevos modos de relacionarnos. La Ministra reconoció que las demandas de los pueblos indígenas son históricas y sus necesidades, enormes. En este marco, los líderes indígenas en salud manifestaron la necesidad de construir una política de salud con la participación activa de los Pueblos Indígenas para lo cual se estableció el compromiso de la Ministra para iniciar dicho proceso con la activa participación de los mismos.

Finalmente la Ministra de Salud coincidió en la necesidad de revisar el sistema de salud: "**Hemos segmentado al indígena: debemos abordar la persona integralmente**". Cerró su intervención comprometiéndose a recibir este resumen ejecutivo para abordar la reformulación del programa existente y mejorar la situación de los pueblos indígenas.

Listado de Asistentes al Taller

Dirección del Proyecto: Kochen Silvia
Coordinador: Cuyul Andrés
Disertantes: Carrasco Morita, García Egidio y Pichiñam Pety

Organizadores del Taller

Abriata Graciela
Anciola Julia
Barbieri Maria Eugenia
Capriati Alejandro
Centurión Estela
Olmos Martín
Pastor Maria Adela
Salera Constanza

Asistentes al Taller

Armagno Roberto
Arrua Alba Liwen
Azpiroz Verónica
Basile Gonzalo
Bazán Irma
Bossio Paz
Cáceres Cuquejo Noelia Edith
Cadebó María Olenka
Cantero Juan
Carrillo Martina
Carhuas Rodrigues Agipina
Charole Mónica
Chevarría Leonarda
Chilcano Elida Clara
Coquero Norma
Cruz Vicente
Curamil Felisa
Defagó Marcela
Duarte Arturo
Duarte Francisco
Duro Eduardo Alfredo
Espíndola Karina
Estrella Panez Benito Fidel
Fanlo Luis
González Ana
González Andrea
González Gonzalo Fernando
Groisman Alejandrina
Guerrero Gabriel
Ibáñez Natalia
Jaime María Julieta
Jait Andrea
Kolipán Mirta
Lainocoyi Silvia
Levati Jimena
Lonkon Lorenzo
Lopez Guillermo
Lopez María Soledad
Lorenzetti Mariana
Luxardo Natalia
Magnífico Daniel Angel Alejo
Mamani Jorge Luis
Medina Adriana
Michur Verónica Silvia
Mir Candal Leila
Nuñez Rolando
Ñancucheo Jorge
Paixos Rosa
Pappalardo Roberto
Pasares Griselda
Pedro Daniel
Pelo María Mabel
Perich Elena
Ponce Morín Belén
Prizze Ana Clara
Pucay Lora
Quispe Rosario
Robert Federico
Robertsson Alexander
Roques Lisa
Sabatella María Emilia
Saidon Virginia
Sajama Jose
Salcedo Sofia
Saravia Bernardo
Segundo Luis
Sobko Rodolfo
Sosa Zulema
Suarez Aldana
Tripailaf María Teresa
Troncoso Juan Domingo
Vassolo Miriam E.
Videla Martín Alberto
Vilca Flavia

Pueblos indígenas que participaron

Ava Guaraní
Diaguita Calchakí
Huarpe
Kolla
Mapuche
Mocovi
Pilagá
Tupi Guarani
Qom (Toba)
Mbya Guarani

Foro de Investigación en Salud de Argentina

Argentine Forum for Health Research