

DIA MUNDIAL DE LA SALUD

CONFERENCIA MAGISTRAL

ETNIA, CULTURA Y SALUD:

La experiencia de la salud intercultural como una herramienta para la equidad en las Regiones Autónomas de Nicaragua.

Dra. Mirna Cunningham Kain

Managua, Nicaragua
5 de abril 2002

CONTENIDO

- Presentación
- Objetivos de la salud intercultural
- Nuevos paradigmas de salud e intercultural
- Multiculturalidad e interculturalidad
- Enfoques de interculturalidad en salud
 - Enfoque paternalista o integracionista
 - Enfoque culturalista
 - Enfoque de convivencia
 - Enfoque de empoderamiento o autonómico
- El debate de interculturalidad en la ops/oms
- Iniciativa de salud de pueblos indígenas: ops/oms
- Recomendaciones para la formulación de políticas de salud interculturales
- El debate sobre interculturalidad en nicaragua
- La interculturalidad y el marco legal en nicaragua
- La reconstrucción de la ruta del proceso del modelo de salud de la raan
 - El punto de partida: identificación de los problemas de salud y las Potencialidades de la región
 - Adopción del enfoque intercultural de salud
 - Adopción de la metodología del consenso para promover el enfoque intercultural de salud
 - Principios concertados para el modelo de salud de la RAAN
 - Características de la salud intercultural en la RAAN
 - Aprobación del modelo de salud de la RAAN
 - Mecanismos de control social y monitoreo participativos establecidos Para el Seguimiento del modelo de salud de la RAAN
 - Líneas de acción implementadas
 - Valoración de resultados e impactos
 - Principales desafíos para avanzar en el modelo de salud de la RAAN
- Lecciones aprendidas y consideraciones para el futuro
- Conclusiones
- Bibliografía
- Anexos:
 - Resolución No. 10-8-10-97 del consejo Regional Autónomo
 - Proyecto de Ley General de Salud
 - Documento Base para el diálogo con la Ministra de Salud y equipo de trabajo
 - Acuerdos del diálogo entre el Ministerio de Salud y los Consejos regionales RAAN Y RAAS.

PRESENTACIÓN

En una reunión sobre salud indígena organizada por la OPS en Guatemala hace algunos años, las y los participantes tuvimos la oportunidad de compartir los resultados de un estudio realizado entre personas del pueblo maya de Guatemala sobre sus percepciones en relación a los trabajadores/as de la salud del sistema de salud académico-occidental. Los mismos se resumen en los siguientes planteamientos:¹

- No tratan de aprender nuestra lengua
- No se integran a nuestras organizaciones
- No utilizan plantas medicinales
- No escuchan ni bailan nuestros sonos
- ²No comen nuestra comida
- No comparten nuestro dolor
- No adornan sus casas con nuestra artesanía
- Les gusta ser padrinos, pero no nos seleccionan
- Hablan con los más listos e ignoran al resto
- Se inclinan por el liderazgo individual
- Hablan demasiado y se van, cuando nos toca hablar
- No nos informan, ni nos consultan del trabajo
- Piden permiso para entrar, y no para salir

Esta percepción sobre el sistema de salud académico occidental sigue vigente en muchas de las comunidades rurales, campesinas, indígenas y afrodescendientes del Continente y evidencia la urgente necesidad de contar con servicios de salud accesibles desde el punto de vista cultural para poblaciones multiétnicas, no sólo para que sean aceptados por esos pobladores/as, sino para que los servicios que se prestan puedan ser efectivamente sostenibles.

Ese no se constituye sin embargo en el único desafío que la salud pública enfrenta en comunidades multiétnicas. La convivencia de varios sistemas de salud funcionando de

¹ Hurtado, L.; 1994. En reunión sobre la Iniciativa SAPIA de la OPS en Quetzaltenango, Guatemala.

² En las Regiones Autónomas de la Costa Caribe de Nicaragua conviven Sistemas de Salud Indígenas (rama, mayangna, miskitu), Afrodescendientes (creoles y garífunas), campesinas-mestizas y académica-occidental. En todos los casos hay una articulación estrecha con el sistema de salud doméstico en el que los familiares juegan un importante papel en la promoción de estilos de vida (saludables y no saludables), la prevención, curación y rehabilitación y se constituye ese sistema en el filtro para los otros en doble vía. Ver Zolla, 2001, Cunningham y col. 1994, 2001, 2002)

forma paralela es un tema que no ha podido resolverse de forma satisfactoria.

Comentario:

El establecimiento del régimen de autonomía para el ejercicio de derechos históricos de pueblos indígenas y comunidades étnicas de la Costa Caribe de Nicaragua en 1987, sirvió de marco para iniciar una serie de reformas estructurales y comenzar a dar respuestas a los problemas de exclusión social, racismo institucionalizado y marginación geográfica que la población multiétnica ha enfrentado históricamente. La experiencia de 12 años de ejercicio de derechos autonómicos, ha enseñado que la definición de políticas públicas nacionales justas en el campo de la salud pública, se están derivando, en gran medida de la capacidad propositiva y de incidencia que los actores multiétnicos costeños están desarrollando.

La Autonomía Regional Multiétnica está sentando las bases para establecer procedimientos y mecanismos que no sólo aseguren el respeto y desarrollo de las instituciones propias de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, sino también para que esas instituciones puedan mantener relaciones respetuosas y armoniosas con sus contrapartes nacionales e internacionales.

Es por ello que a raíz de la implementación del régimen de autonomía regional multiétnico en 1990, el Consejo Regional Autónomo de la Región Autónoma Atlántico Norte-RAAN, por medio de la Comisión de Salud asumió el reto de diseñar un modelo de salud intercultural que pudiese corresponder a las necesidades de la población multiétnica costeña. De acuerdo a la Ley de Autonomía, es potestad de las autoridades regionales administrar la salud en coordinación con el Ministerio de Salud.³

El modelo de salud de la RAAN parte del reconocimiento de la convivencia de varios sistemas de salud en la Región (académico-occidental, indígena, creole-afrodescendiente y familiar), y por el hecho de haber sido formulada a través de un proceso participativo, ha asegurado altos grados de apropiación colectiva para su negociación, aplicación, control social y sostenibilidad.

Este trabajo resume la experiencia de diseñar un modelo de salud intercultural a la luz del debate sobre la salud indígena en el ámbito hemisférico y los derechos culturales a nivel internacional.

OBJETIVOS DE LA SALUD INTERCULTURAL

Los objetivos de un modelo de salud intercultural son los siguientes:

La interculturalidad en la salud nace de un doble derecho: El derecho a mantener y cultivar las prácticas tradicionales de salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas y, el derecho establecido en la Constitución Política, de que la salud es un derecho de todos/as los nicaragienses independientemente de su origen étnico, raza, sexo, ubicación geográfica y edad.

³ Estatuto de Autonomía de las comunidades de la Costa Atlántica. Ley No. 28. Art. 8. Esto ha sido reafirmado a través de la Ley General de Salud aprobada en marzo del 2002.

La necesidad de comunicación entre pueblos y culturas. El principio del pluralismo étnico o multietnicidad establecido en la Constitución Política se expresa en la medida en que se construyan relaciones interétnicas armoniosas y respetuosas. Contar con espacios para el intercambio y enriquecimiento mutuo de valores y conocimientos sobre la salud, contribuye al avance y al desarrollo de un modelo de salud intercultural a nivel nacional.

Superar las relaciones asimétricas entre los sistemas de salud. Durante la conquista y colonización interna y externa, la medicina tradicional fue acusada y excluida de la vida pública, por lo tanto su práctica ha sido clandestina y no se ha utilizado en los espacios formales y públicos. Eso ha causado un grave proceso de estancamiento; su renovación ha sido parcial y, por lo tanto, no ha tenido el mismo ritmo de desarrollo de la medicina académica-occidental.

La medicina tradicional indígena y afrodescendiente ha quedado dispersa y aislada en las comunidades, en el ámbito doméstico e informal. Cuando los indígenas y afrocaribeños salen de los espacios domésticos y comunitarios, se ven obligados a usar los "otros" servicios de salud, desconociendo su propio sistema de salud. Como resultado de lo anterior, hay muchas lagunas en sus conocimientos, saberes y prácticas de salud.

Esas prácticas también se han desprestigiado ante los mismos pueblos y comunidades. Al usarse sólo en las comunidades, produce vergüenza admitir que se usa, se ven como algo atrasado y salvaje. Las nuevas generaciones tienden a no querer saber de su uso y crecen como mestizos.⁴

Un modelo de salud intercultural puede contribuir a recuperar, revitalizar y desarrollar la medicina tradicional, integrándolas al modelo de salud regional, pasan a ser parte de la Autonomía Regional Multiétnica y por lo tanto, pasan a ser parte del proyecto de Estado Nacional inclusivo e incluyente que propugnan los pueblos indígenas y comunidades étnicas.

La convivencia en el mismo territorio y comunidades de diversos pueblos indígenas y comunidades étnicas. El concepto de autonomía regional multiétnico establecido en el Estatuto define mecanismos legales que asignan igual valor a cada pueblo indígena y comunidad étnica. Con el establecimiento de relaciones interétnicas respetuosas, la propuesta de educación intercultural y el desarrollo de los medios de comunicación, la migración interna y externa, con pocas excepciones, se encuentran pueblos aislados. Esto ha incrementado la necesidad de mayor convivencia y creación de espacios de prácticas interculturales, extendiéndose hacia el campo de la salud.

Para asegurar el respeto de derechos humanos individuales y colectivos de los pueblos indígenas y comunidades étnicas establecidos en los nuevos instrumentos jurídicos internacionales y nacionales.

⁴ Se utiliza el concepto de mestizo en el sentido de reflejar una cultura que da prioridad a los valores europeos sobre los indígenas o de origen africano.

La necesidad de la construcción de un de Estado Nacional incluyente y democrático. El fortalecimiento de la democracia multiétnica exige continuar creando condiciones para el ejercicio de derechos de ciudadanía individual y colectiva.

NUEVOS PARADIGMAS E INTERCULTURALIDAD

La búsqueda de modelos alternativos de salud, transformando los sistemas de salud ha sido una propuesta de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, que han contado con el respaldo de Consejo Directivo de la OPS que la Resolución V de la Iniciativa SAPIA plantearon entre sus objetivos “Promover la transformación de los sistemas de salud, apoyando el desarrollo de modelos alternativos de atención a indígenas, dentro de la estrategia de SILAIS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre calidad y seguridad.”⁵.

En la organización de los servicios de salud ha prevalecido un paradigma monocultural, que no ha reconocido la existencia de sociedades multiétnicas y diversas y por ende, ha impuesto modelos de salud homogéneos. Se resumen a continuación algunos elementos a tomar en cuenta para la incorporación de la interculturalidad en la salud.

ELEMENTOS A TOMAR EN CUENTA PARA LA INCORPORACION DEL ENFOQUE INTERCULTURAL EN SALUD⁶

Dimensión de análisis	Paradigma Monocultural	Paradigma intercultural
Concepto de sociedad	Homogénea, que prestigia una cultura nacional dominante	Hace defensa de la diversidad cultural De la nación: la reconoce, promueve, y respeta. Es fuente de orgullo y Riqueza. Se hacen reformas legislativas Que aseguran cambios estructurales del aparato de poder en los niveles locales y nacionales, y de actitudes para el ejercicio de los derechos humanos de los diversos/as.
Definición del concepto de salud, proceso salud/enfermedad	Oficial, integral, pero fragmentado en la práctica	Integral en su conceptualización y practica
Base legal, código de salud.	Reconocimiento incipiente de la diversidad étnica, lingüística y cultural del país y de los recursos humanos comunitarios.	Pleno reconocimiento y ejercicio de la diversidad, con equidad y derecho a la diferencia.

⁵ OPS/OMS. Resolución V. 1993

⁶ Cuadro original de OPS/OMS, 1999. Adaptaciones hechas por Cunningham y Hooker.

Democracia multiétnica
Incluyente. Participación plena de las comunidades
En la definición e implementación de la organización de los servicios de salud. Articulación conciente y consensuada y ética de sistemas de salud endógenos y exógenos derivados de procesos negociados.

Sistemas de información

Las estadísticas no están desagregadas e invisibilizan la problemática de salud según etnia y género.

Se cuenta con estadísticas desagregadas e Indicadores consensuados en base a la visión holística de salud, para la planificación y toma de decisiones participativas.

Sistema educativo de salud

Cerrado. Enfoque predominantemente biotecnológico. Es inequitativo étnica, lingüística, cultural y geográficamente. Ignora los aportes educativos y de salud de las culturas indígenas, afrodescendientes y locales. Algunas veces investiga sin utilizar los resultados.

A abierto. Valora y aplica conocimiento universal, pero también promueve el rescate, valoración, investigación, difusión de ciencia y tecnología de salud indígena y nacionales. Enseña y provee oportunidades para aplicar el conocimiento indígena en salud. Los educadoras/es, prestadores y organizadores de base evalúan la contribución del curriculum a los fines de la formación y capacitación en multiculturalidad e interculturalidad y promueven transformaciones integrales no parciales de salud.

Recursos humanos

Escaso personal calificado para trabajar en contextos, plurilingües y pluriétnicos. La disponibilidad de personal los servicios de salud es insuficiente para cumplir con la pertinencia del servicio en diferentes niveles de atención. La distribución, evaluación y selección de recursos humanos

Personal calificado y sensible a las necesidades plurilingües y multiétnicas Sistemas de salud. Bilingüe en pluriculturales tienen personal que ofrece los servicios en el idioma local. La comunidad participa en la evaluación y selección del personal

	carece de pertinencia cultural.	Comunitario. Hay una relación de trabajo coordinada, respetuosa, y complementaria entre los diversos sistemas de salud.
Formación y capacitación de personal de salud	La formación y capacitación en los diferentes niveles comunitarios, técnico medio, profesionales es poco pertinente a las realidades pluriculturales y multilingües.	Se forma y capacita con enfoque de procesos y de educación permanente en multiculturalidad e interculturalidad a todo el recurso humano en salud independientemente del lugar donde se forme. La capacitación aborda sistemáticamente la cultura y problemática local en materia de salud y la organización para la prestación de servicios es apropiada en busca del enriquecimiento mutuo y de soluciones transformadoras consensuadas que mejoren el nivel de la salud.
Nivel de participación social	Reducido a espacios determinados de forma artificial e inconsulta. Se limita a trabajo voluntario y decisiones están centralizadas.	Están establecidos espacios y procedimientos de discusión para toma de decisiones de consenso. Comunidades controlan proceso.

MULTICULTURALIDAD E INTERCULTURALIDAD

Al abordar el tema de la interculturalidad, la primera diferenciación que debe hacerse es entre multiculturalidad o pluriculturalidad e interculturalidad. La multiculturalidad se define por hechos sociales⁷ y, consiste en la presencia dentro de una sociedad de diversas culturas, pueblos indígenas y comunidades étnicas, como grupos con diferentes códigos culturales, partiendo del hecho que practican costumbres o hábitos diferentes.

La interculturalidad supone ir más allá de reconocer la existencia de diferentes culturas y en cambio, busca el intercambio y reciprocidad en la relación mutua así como la solidaridad entre los diferentes modos de entender la vida entre dichos grupos.

Por lo tanto, interculturalidad, es un concepto que hace referencia a la acción y la comunicación entre las personas de diferentes culturas .

⁷ Javier de Lucas, mencionado por Uribe, Universidad de Antioquia, 1997

La interculturalidad, no se refiere a un pueblo o grupo en particular sino que involucra a toda la sociedad, puesto que pretende "fomentar un auténtico conocimiento y comprensión" entre todos los sectores que componen la sociedad.⁸

Con la práctica de la interculturalidad se aplica el concepto de, "interacción...poner en contacto elementos de las diversas culturas y pueblos y se expresa suprimiendo las barreras entre los pueblos, y promoviendo un diálogo enfocado en la búsqueda de la aceptación mutua y a la reciprocidad".⁹

La interculturalidad significa relaciones dinámicas entre culturas.¹⁰ Significa aprovechar lo mejor de cada cultura. Se trata de que exista reciprocidad, voluntad, conocimiento, valoración, entendimiento, interacción, participación, horizontalidad, respeto y solidaridad entre las culturas.¹¹

Según Cañulef,¹² en términos de relación interétnica democrática, la "interculturalidad es el fundamento que reemplaza al etnocentrismo de las relaciones interétnicas de dominación, y se constituye en el mecanismo de convivencia entre las distintas culturas en contacto, y que le garantiza a cada una de ellas espacios para desarrollarse en forma autónoma".¹³

En el campo de la salud la interculturalidad significa, por lo tanto, que todos los sistemas de salud cuentan con la posibilidad de ser practicadas en igualdad de condiciones por las personas que lo han hecho tradicionalmente, pero también significa que cuentan con recursos y espacios para el intercambio de conocimientos, saberes, dones y prácticas que aseguren su desarrollo, revitalización y reproducción.

ENFOQUES DE INTERCULTURALIDAD EN SALUD

En la organización de los servicios de salud se practican diversos enfoques que confunden la interculturalidad con modelos integracionistas o de asimilación típicos de las relaciones que han prevalecido entre los Estados con los pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes. En las Regiones Autónomas se han identificado al menos cuatro enfoques:

- El enfoque paternalista o integracionista
- El enfoque culturalista
- El enfoque de convivencia
- El enfoque de empoderamiento o autonómico

El enfoque paternalista o integracionista:

⁸ Barnach, Calbó E.

⁹ Moya, R. 1996

¹⁰ Primer Encuentro Nacional de Salud y Pueblos Indígenas. Chile. 1996

¹¹ Idem

¹² Cañulef, 1994

¹³ Cañulef, III Simposio Internacional de Autonomía de la Costa Atlántica de Nicaragua, Octubre 1998

Es el que se deriva de la aplicación de las políticas de integración, asimilación o indigenista.¹⁴

Se expresa básicamente en el reconocimiento formal de la diversidad cultural, pero se caracteriza por el establecimiento de relaciones verticales y medidas definidas desde arriba y desde afuera, para “resolver el problema de indígenas y negros”.¹⁵

Se refleja en la práctica de la siguiente manera:

- Prestigia un sistema de salud dominante.
- El concepto de salud que se maneja a nivel oficial, aunque se plantea que es integral, en la práctica privilegia el paradigma biomédico y discrimina el sistema de salud indígena o afrodescendiente.
- Reconoce la diversidad étnica, cultural y lingüística como elementos folklóricos interesante, pero no los respeta porque organiza los servicios de salud y programas sin incorporar aspectos elementales como el idioma, los horarios en los servicios, otros.
- No hay equidad en la distribución de los recursos. Se concentra en áreas geográficas donde viven menos pueblos indígenas y comunidades étnicas y le asigna mayores recursos económicos a aspectos curativos o específicos de la salud.
- La información con que cuenta no visibiliza los problemas reales de salud de los indígenas y afrodescendiente ni incluye los síndromes de filiación cultural.
- No reconoce los conocimientos sobre salud de los pueblos indígenas ni los agentes tradicionales de salud, ni a las autoridades territoriales y comunitarias.
- El personal de salud irrespeto la cultura, no conoce el idioma ni se interesa por aprenderlo.
- La organización de los servicios de salud no es pertinente ni a la cultura, ni a la visión y necesidades de los pueblos indígenas y comunidades étnicas.
- No se dispone de espacios de participación y las autoridades no respetan las propuestas surgidas desde las comunidades.¹⁶
- El/la médico, enfermera, trabajador de la salud es el experto-a, el/la que sabe y las comunidades sólo reciben conocimientos y “recetas” externas.

Enfoque culturalista:

¹⁴ La Convención Internacional de Pátzcuaro, aprobada por los países de la Región de América en 1940 ha servido de marco jurídico para la definición y aplicación de las políticas públicas relativas a pueblos indígenas en los últimos 60 años. La misma se enmarcó en la perspectiva “indigenista” que si bien se planteaba promover el “desarrollo integral” de los pueblos indígenas y promovió el reconocimiento de las culturas, así como las estrategias para superar la situación de colonización, se hacía desde una mirada exterior y paternalista que partía que la situación indígena era un “problema” a ser resuelto por los países. Lo anterior se tradujo en medidas “integracionistas” y de “aculturación”.

Para enfrentar ese “problema” se constituyeron instituciones “indigenistas” que se caracterizaron por contar con un enfoque sectorial, con un alto grado de heterogeneidad entre los distintos países, cuya responsabilidad era dar respuesta global a las necesidades y expectativas de los pueblos indígenas. El conjunto de rest o de instituciones de los Estados no sintieron como problema propio. (Del Val, 1996)

¹⁵ A partir del VIII Congreso Indigenista Interamericano, celebrado en Mérida, México en 1980 se inicia un período de revisión crítica del indigenismo con planteamientos que van desde el abandono del paternalismo, el reconocimiento de la capacidad de gestión de las organizaciones indígenas, su derecho a participar en la gestión pública, el carácter pluricultural y multilingüe de las sociedades nacionales hasta la necesidad de respetar y apoyar los derechos humanos de los pueblos indígenas. Recomiendan¹⁵ que se proceda a evaluar más profundamente el indigenismo y proponer las rectificaciones del caso en lo que se refiere a principios, acciones y marco institucional.

¹⁶ Encuesta realizada por Hurtado, L. para la OPS en Guatemala en 1994, presentado en reunión de la Iniciativa SAPIA en Quetzaltenango, 1995.

Este enfoque parte del reconocimiento del pluralismo cultural que afirma el derecho a la diferencia cultural y el valor intrínseco de cada cultura desde la visión que ella tiene de sí misma. En este enfoque se otorga mayor grado de importancia a los aspectos didácticos, lingüísticos o folklóricos sin profundizar en aspectos de participación y poder real.

La forma de participación que promueve se reduce a consultas sin previa información y en base a metodologías diseñadas por actores externos.

También promueven los trabajos comunitarios en proyectos diseñados fuera de las comunidades, pero bajo la modalidad de mano de obra (brigadas, líderes o promotores de salud que aunque sean personas indígenas practican la salud occidental).

En la capacitación y formación de recursos humanos, el contacto con las otras culturas se reduce a la traducción de materiales, sin mediarlos ni pedagógica ni culturalmente; o el uso de terapias occidentales. En este enfoque no interesan los procesos pedagógicos, ni la cosmovisión de los pueblos y comunidades involucrados, en la organización de programas y proyectos de salud.

Se privilegia el uso de la lengua a nivel oral para traducir lo que es de interés del médico o personal de salud occidental. En este enfoque prevalece la tendencia a adaptar el curriculum oficial mediante actividades didácticas centradas en la lengua y la cultura, por ejemplo, agregar al pensum de la carrera de salud una unidad sobre plantas medicinales sin prestar interés a los aspectos vinculados a la cosmovisión indígena relativa a la salud.

El enfoque de convivencia:

Este enfoque ha sido promovido ante el incremento de las migraciones internas y externas, y el contacto que eso genera entre culturas. En el mismo se parte del hecho de que es imprescindible el conocimiento del otro para que exista la convivencia, para poder reconocerlo como ser diferente, porque el desconocimiento produce temor. La convivencia no es simplemente la mera coexistencia, la mera tolerancia. La convivencia implica cierto interés activo por el distinto, y puede significar la incorporación de elementos de las culturas ajenas al acervo cultural propio. (Varios autores, La interculturalidad que viene, 1998).

Se parte de que es importante la difusión del conocimiento adecuado acerca de las culturas originarias, para que los no indígenas o negros y otras comunidades étnicas puedan conocerlas y valorarlas positivamente como partes integrantes del país. Se plantea como una estrategia para promover el diálogo intercultural e interétnico para alcanzar una coexistencia armónica.

Por ejemplo, este enfoque plantea, que el sistema educativo intercultural debe preparar a los educandos (indígenas o creoles), para desempeñarse adecuadamente tanto en su sociedad de origen como en la sociedad global.

Ese planteamiento coincide con algunas propuestas indígenas, que han señalado que la interculturalidad es el modo de convivencia entre las distintas culturas que conforman la sociedad nacional, que debe permitir al país asumirse como pluricultural, y a los ciudadanos/as asumir las diferencias y valorarlas como algo bueno y enriquecedor. (Comisión indígena chilena, 1994)

Si se da este enfoque sin establecer claramente las relaciones de poder del pueblo indígena o comunidad étnica involucrada, se corre el riesgo de sólo promover la integración a partir del conocimiento mutuo sin avanzar hacia una relación más equitativa de poder.

En el campo de la salud se refleja a través de la promoción de estudios etnográficos que se hacen con el sólo objetivo de conocer las culturas, las tradiciones a fin de que el grupo dominante pueda conocer que los que son diferentes, son seres normales, y a partir de ello, poder convivir u organizar los programas de salud.

El enfoque del empoderamiento o autónomico:

Este enfoque parte de que la salud intercultural se deriva del ejercicio de los derechos sustantivos que tienen los pueblos indígenas y comunidades étnicas. Se enmarca, por lo tanto, en los derechos humanos de libre determinación, territorio, participación efectiva en los espacios de decisión locales, regionales y nacionales, y el reconocimiento, ejercicio y protección legal de sus conocimientos y saberes colectivos tradicionales.

Derivado de lo anterior, se considera que una propuesta de organización de los servicios de salud que surja de las comunidades, será más pertinente a la realidad socio-cultural de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, y es más adecuada a las aspiraciones de desarrollo y autonomía de los mismos pueblos.

En este enfoque se privilegia el rescate y revaloración de la cultura de los pueblos y comunidades involucrados, el afianzamiento de la identidad colectiva y la participación plena en las decisiones desde la organización hasta la implementación, evaluación y seguimiento de los sistemas de salud.

Para hacer efectiva la aplicación del enfoque de empoderamiento en programas y servicios de salud interculturales, de acuerdo a planteamientos de pueblos indígenas, deben basarse en los siguientes principios:¹⁷

- El ejercicio de la libre determinación indígena, expresado a través del respeto y promoción de la autogestión indígena.
- Establecimiento de procedimientos de participación en las decisiones: se debe expresar a través del consentimiento previo informado y decisiones tomadas por consenso con mecanismos de control establecidos mutuamente.
- El reconocimiento a la tecnología y el conocimiento indígena y afrodescendiente.
- La incorporación de normas tradicionales de salud.
- Convenios que aseguren los derechos de conocimiento intelectual colectivo.

¹⁷ II Jornadas Centroamericanas sobre derechos indígenas, identidad y territorios. San Salvador. 1998.

Para que la salud sea realmente intercultural esos principios deben reflejarse en las leyes y políticas nacionales que incorporen las reformas necesarias para la convivencia respetuosa multiétnica. Deben estar basados en la legislación internacional sobre derechos indígenas vigentes y en discusión.¹⁸ Los pueblos indígenas han planteado que esos principios contribuirían a sentar las bases para una alianza multiétnica, la cooperación entre actores y la corresponsabilidad entre comunidades locales, gobiernos, cooperación internacional, ONG's, sector privado, instituciones formadoras de recursos humanos y de investigación.¹⁹

EL DEBATE DE INTERCULTURALIDAD EN LA OPS/OMS

La Organización Mundial de la Salud, en su Constitución reconoce la salud como un derecho fundamental al señalar que: ***“el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”***²⁰ Define la salud como ***“un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”***²¹ y, **está discutiendo la incorporación del aspecto de la espiritualidad.**²²

En la OMS se reconocen las desigualdades que persisten en el acceso a los servicios y a las tecnologías de la salud para los pueblos indígenas. A ese respecto se acordó que a partir de 1996 se presentaba ***“un marco adecuado y oportuno para la acción en materia de salud de la población indígena, que debería abrir espacio para la cooperación técnica entre los diversos grupos indígenas y el desarrollo de programas y actividades conjuntas para el mejoramiento de la salud y el ambiente”***.²³

La OMS ha confirmado su propósito de abordar el tema de salud indígena a través de las Resoluciones MAS47.27, AMS48.24, y AMS 50.31. La Resolución No. 51.24 invita a los Estados Miembros a *“...desarrollar e implementar planes de acción nacionales o programas sobre salud indígena en cooperación cercana con los pueblos indígenas”*.

En noviembre de 1999, la OMS llevó a cabo una consulta internacional sobre salud de pueblos indígenas en el cual se analizaron los desafíos en salud, derechos humanos, investigaciones y las estrategias para enfrentar la situación de salud de pueblos indígenas.²⁴

¹⁸ El Proyecto de Declaración Universal sobre los derechos de los pueblos indígenas en la ONU, el Convenio 169 de la OIT.

¹⁹ II Jornadas Centroamericanas sobre derechos indígenas, identidad y territorios. San Salvador. 1998

²⁰ OMS, 1989.

²¹ OMS, 1989.

²² En la Sesión 101 de la Junta Directiva de la OMS en enero de 1998 se solicitó hacer una enmienda a la definición de la OMS sobre la salud, para incluir el tema de la espiritualidad. La OMS considera la espiritualidad, la religiosidad y las creencias personales como tres de los campos sobre los cuales analiza la calidad de vida de las personas. Ver en OMS. Políticas de salud y pueblos indígenas. 1999.

²³ OMS. Informe sobre la consulta internacional sobre salud de pueblos indígenas. Ginebra, noviembre 1999.

²⁴ OMS. Informe sobre la consulta internacional sobre salud de pueblos indígenas. Ginebra, noviembre 1999.

En esa oportunidad se reafirmó el compromiso con los derechos y aspiraciones de los pueblos indígenas para una vida larga y saludable.²⁵ La Directora General de la OMS señaló que cuando se margina a los pueblos indígenas, se separa el cuerpo de conocimientos que tiene un enorme valor para la humanidad. *“Está claro para los que trabajamos en el campo de la salud, que depende de la sabiduría que se ha transmitido de generación en generación de plantas, hierbas y flores que tienen el poder de curar”*²⁶ A pesar de que la OMS estableciera en 1977 su programa de medicina tradicional con el objetivo de interesar a los Gobiernos de los países miembros en el tema y apoyar a los agentes tradicionales de salud, las iniciativas específicas sobre salud indígena se han dado en el marco de la Década Internacional de la ONU sobre los pueblos indígenas.²⁷

A partir de abril de 1999, a través el Departamento de Salud en Desarrollo Sostenible, señalaba que han llevado a cabo varias acciones:

- Elaboración de documentos internos de trabajo sobre el tema.
- Foros sobre salud indígena.
- Acuerdos entre OMS y UNEP para fortalecer las relaciones entre salud y medio ambiente.
- Reuniones inter agenciales sobre salud indígena.
- El proyecto de abusos de sustancias tóxicas y pueblos indígenas.
- La iniciativa de salud mental de pueblos indígenas.
- Programas especiales en la Región del Pacífico.
- Programa de medicina tradicional.
- Coordinaciones en diversas áreas: no transmisibles, malaria, SIDA.
- Iniciativa SAPIA de OPS/OMS.

INICIATIVA DE SALUD DE PUEBLOS INDÍGENAS: OPS/OMS

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) preparó un documento para el desarrollo del mejoramiento de la Salud en América Latina al elaborar las Orientaciones Estratégicas y Prioridades Programáticas para la Organización Panamericana de la Salud en el Cuadrienio 1991-1994, en el cual se consideraba que, *‘En relación con la salud de los pueblos indígenas, las orientaciones estratégicas proponen varios aspectos relevantes, entre los que vale destacar:*

- *La salud en el desarrollo es una estrategia que reconoce el papel promocional y político de la salud.*
- *La reorganización del sector salud cobra una importancia fundamental en el caso los pueblos indígenas, al plantear la transformación de los sistemas nacionales de salud.*
- *La focalización en grupos de alto riesgo.*
- *La integración de la mujer en la salud y el desarrollo, tiene una particular relevancia*

²⁵ Bruntland G.H. Noviembre 1999.

²⁶ Idem

²⁷ La Década fue aprobada por la Asamblea General de la ONU en 1993.

para el caso de la mujer indígena.

En 1993 se preparó un documento para el Consejo Directivo de la OPS en el cual se plantearon cuestiones éticas y legales señalando que: **“Entre las áreas de políticas que merecen especial consideración y desarrollo está la que se refiere a las prácticas tradicionales y a la utilización y preservación de plantas medicinales”**.

Agregaba señalamientos referentes a aspectos éticos, el reconocimiento de la vigencia, la trascendencia y el valor cultural de las prácticas médicas tradicionales y destacaba que era necesario abordar cuestiones jurídicas y legales con el propósito fundamental de revisar los instrumentos legales y códigos pertinentes para limitar o reducir los dispositivos que descalifican o prescriben dichas prácticas.

Así señalaba que **“En cuanto a los aspectos de ética que deben regular la investigación en poblaciones humanas, persisten vacíos y ambigüedades que reclaman atención prioritaria por parte de la organización, particularmente en lo que se refiere a investigaciones que involucran a poblaciones indígenas”**.²⁸

Durante el mismo año, 1993, en el marco del Año Internacional de Pueblos indígenas de la ONU, la Organización Panamericana de la Salud-OPS, con el auspicio de la Sociedad Canadiense para la salud internacional y otros organismos, celebró una reunión de consulta sobre la salud de los pueblos indígenas.²⁹ Como resultado de la Reunión se definieron cinco principios para el trabajo en salud con pueblos indígenas; a saber:

- La necesidad de adoptar un concepto holístico de la salud.
- El derecho a la autodeterminación de los pueblos indígenas
- El derecho a la participación sistemática
- El respeto de las culturas indígenas y su revitalización
- La reciprocidad en las relaciones

Las recomendaciones de los indígenas presentes en la Reunión, se incorporaron en un informe, que fue aprobado por el Consejo Directivo de la OPS/OMS que se conoce como la Resolución V, **“SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS”** y que ha servido de base para la Iniciativa de Salud de Pueblos Indígenas - SAPIA. Dicha resolución, se constituye en un compromiso de los Gobiernos Miembros, a nivel político, de otorgar prioridad al mejoramiento de la salud de los pueblos indígenas, respetar su cultura y sus conocimientos ancestrales.

Entre los aspectos que consigna la Resolución V están los siguientes:³⁰

²⁸ Documento de trabajo Consejo Directivo de la OPS. 1993.

²⁹ La Reunión se llevó a cabo en Winnipeg del 13 al 17 de abril de 1993 y contó con la participación de miembros de pueblos indígenas de la América, funcionarios de la OPS/OMS, Ministerios de Salud, ONG's.

³⁰ OPS/OMS. Resolución V. **“SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS”** 28 de septiembre, 1993.

- La participación de líderes y representante de pueblos indígenas en la formulación de políticas y estrategias de salud y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas hacia sus pueblos.
- Fortalecimiento de la capacidad técnica, administrativa y gerencial de las instituciones nacionales y locales responsables de la salud de pueblos indígenas.
- La necesidad de superar la falta de informaciones.
- Asegurar mayor acceso de los pueblos indígenas a los servicios de salud y atención de calidad.
- Necesidad de acciones intersectoriales (gobierno, ONG's, universidades, centros de investigación, organizaciones indígenas)
- Promover la transformación de los sistemas de salud, apoyando el desarrollo de modelos alternativos de atención a indígenas, dentro de la estrategia de SILOS, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre calidad y seguridad.
- Promover programas de prevención de enfermedades y promoción de la salud.
- Formación de redes de información y colaboración recíproca entre organizaciones.

La Iniciativa de salud de los pueblos indígenas de la OPS ha tenido cuatro esferas de trabajo:

- La creación de la capacidad y la formación de alianzas.
- El apoyo a los países para que apliquen la Resolución V.
- La movilización de recursos para los proyectos que aborden los problemas de salud prioritarios de las poblaciones vulnerables.
- El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de salud en las comunidades multiculturales.

Algunos de los resultados de la Iniciativa SAPIA han sido: ³¹

- La aprobación de la Resolución V por el Consejo Directivo de la OPS en 1993.
- Realización de talleres regionales intersectoriales (Santa Cruz, Quetzaltenango). 1995.
- Convenio de colaboración con el Parlamento Indígena de América. 1996.
- Reunión regional sobre medicina tradicional. Guatemala. 1994.
- Reunión de trabajo sobre política sanitaria y pueblos indígenas. Ecuador. 1996.
- Reunión de trabajo sobre investigación y pueblos indígenas. Washington. 1995.
- Reunión sobre orientaciones estratégicas para la Iniciativa SAPIA. Washington. 1997.
- Taller sobre Recursos Humanos e interculturalidad. Nicaragua. 1998.

En base al informe sobre la salud de pueblos indígenas presentado en 1997, el Consejo Directivo aprobó la Resolución VI (CD40.R6). En ella se reconoce *“el cúmulo de pruebas que no cesa de aumentar sobre las inequidades en el estado de salud y en el acceso a los servicios sanitarios básicos para los aproximadamente 43 millones de indígenas de la Región”*. También se considera los obstáculos económicos, geográficos y culturales que se oponen a la prestación eficiente y eficaz de servicios de salud pública y atención sanitaria a las personas en zonas rurales aisladas y zonas urbanas marginales.

En la Resolución VI se exhorta a los Estados Miembros que han iniciado el proceso de reforma del sector sanitario a ser persistentes en los esfuerzos para detectar, vigilar y eliminar las inequidades en el estado de salud y en acceso a los servicios sanitarios básicos de los grupos vulnerables, en especial, los pueblos indígenas.

La OPS llevó a cabo una sesión de un grupo de trabajo sobre la formación de recursos humanos y la interculturalidad, en el cual se consideró que la organización de los servicios de salud en contextos multiétnicos debe responder a los siguientes criterios:³²

- La promoción del concepto y prácticas de salud integral.
- Pleno reconocimiento y ejercicio de la identidad con equidad y derecho a la diferencia.
- Democracia multiétnica incluyente.
- Participación plena de los miembros de las comunidades
- Articulación respetuosa entre los diferentes sistemas.
- Indicadores integrales de consenso y estadísticas desagregadas.
- Promoción del rescate de prácticas y conocimientos tradicionales.
- Valoración de conocimientos indígenas.
- Promoción de modelos de salud endógenos.
- La formación del personal de salud con enfoque integral.
- Existencia de espacio y procedimientos de discusión.
- Relación de trabajo respetuosa entre sistemas de salud occidental y tradicional indígena.

Con este enfoque, los pueblos indígenas y comunidades étnicas pueden innovar planes y programas de acuerdo a su propia realidad. La organización de los servicios de salud bajo el enfoque intercultural, permite que la cosmovisión de los pueblos y comunidades involucrados, en lugar de constituir una barrera, se constituyan en el espacio idóneo para reducir las contradicciones entre lo que hacen en sus comunidades y lo que encuentran en las unidades de salud (hospitales, puestos, centros de salud).

En ese sentido cada trabajador/a de la salud occidental debe desarrollar una capacidad permanente de aprender. La organización de los servicios de salud deben, por lo tanto, no tratar de atender a un paciente pasivo sino interactuar entre actores/as, lo que les permite a todos descubrir constantemente nuevas cosas. La relación entre la ciencia académica con los conocimientos y saberes locales, propicia la formación de actitudes que favorecen la relación entre distintos sistemas de entendimiento, manejo y valoración de la realidad.

Con la salud intercultural los pueblos indígenas y comunidades étnicas pasan a ser sujetos que participan en la construcción de su propio modelo de salud. La discusión de un modelo de salud intercultural abre las posibilidades para comenzar a construir redes interétnicas basadas en el respeto a la diversidad étnica y cultural.

³² OPS. Formación de recursos humanos y salud intercultural. 1998

Para la implementación de un modelo como el señalado, la descentralización de la salud es la opción por excelencia. Se trata de que los mismos pueblos y comunidades asuman mayor cuota de responsabilidad en la conducción de su propia salud. Les permite innovar planes y programas de acuerdo a su propia realidad.

Si además se asegura la incorporación de lo comunitario y endógeno basado en la experiencia ancestral que integra los saberes y conocimientos, se rompe el esquema tradicional de que el/la médico, enfermera, trabajador de la salud es el experto, el/la que sabe y las comunidades sólo reciben conocimientos y atención externos.

En el marco de la Conferencia Mundial de la ONU contra el racismo, discriminación racial, xenofobia y otras formas de intolerancia, la OPS realizó una reunión sobre la situación de salud de los afrodescendientes del Hemisferio.

RECOMENDACIONES PARA LA FORMULACIÓN DE POLÍTICAS DE SALUD INTERCULTURAL

En la Reunión de Consulta Internacional sobre salud de pueblos indígenas que la OMS llevó a cabo en 1999, se propuso un marco de trabajo de políticas de salud para los pueblos indígenas que plantea algunos pre-requisitos, características del enfoque y principios básicos.³³

<u>Pre-requisitos</u>	<u>Características del Enfoque</u>	<u>Principios</u>
Respeto por los Derechos humanos Fundamentales	Interrelación	Afirmación cultural Relaciones intersectoriales Integración vertical
Reconocimiento De los pueblos Indígenas	Autodeterminación	Control Mejora de capacidades Propiedad intelectual
Voluntad política Del Estado	Equidad	Calidad de la información Responsabilidad Acceso a los recursos

Los pre-requisitos son los siguientes:

Respeto por los derechos humanos fundamentales: El estudio se refiere a los derechos humanos que forman parte de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, como

³³Rahima; Memorias de la consulta de pueblos indígenas en Ginebra 1999.

son: el derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de las personas. Considera que en las condiciones de violaciones sistemáticas de los derechos humanos fundamentales, es imposible abordar el tema de las necesidades de salud.

Reconocimiento de los pueblos indígenas: Si los Estados no reconocen la existencia de los pueblos indígenas, no es posible el desarrollo de políticas que respondan a sus necesidades de salud. No se resuelve el problema incluyéndolos en categorías amplias como grupos vulnerables o pobres, puesto que con ello se desconoce su carácter único y sus necesidades particulares.

Voluntad de los Estados para garantizar el derecho a la salud de los pueblos indígenas: Aunque las políticas definidas sean amplias y positivas, no serán eficaces si no hay voluntad de los Estados para garantizar su derecho a la salud. Plantean que el enfoque debería caracterizarse por la superposición de los siguientes temas: interrelación, autodeterminación y equidad.

La interrelación, se refiere al hecho de que la salud indígena no debe ni puede separarse de otros aspectos de su desarrollo, tomando en cuenta las dimensiones económicas, sociales, políticas, culturales, espirituales de la salud indígena. Como se señalara en la misma reunión, los pueblos indígenas *“nos enseñan sobre el abordaje holístico a la salud que busca fortalecer las redes de tejido social entre individuos y comunidades, mientras los conecta con el entorno en el cual viven, Y nos enseñan sobre la importancia de la dimensión espiritual en el proceso de sanación”*.³⁴

La autodeterminación se refiere a la generación de oportunidades para que los pueblos indígenas tengan un mayor control sobre su salud. Se plantea que los pueblos indígenas no sólo deben asumir el liderazgo de los procesos de definición de políticas, sino también tener representación en los diversos espacios de decisiones políticas.

Se plantea que la **equidad** no debe ser entendida como uniformidad, sino que para los pueblos indígenas se traduce en igualdad de oportunidades para desarrollar su propio potencial, que es diferente a otros, pero tiene el mismo valor.

Los principios que se consideraron fueron los siguientes:

Afirmación cultural: las formas como los pueblos indígenas conceptualizan el mundo son válidos y, por lo tanto deben servir de base para las políticas de salud. En ese sentido, la espiritualidad es una dimensión a considerar. Se reconoce y debe fomentarse la relación entre los aspectos físicos, espirituales, emocionales y mentales. Las políticas de salud, deben por lo tanto, respetar y afirmar las preferencias culturales, los sistemas de salud tradicionales y el rol de los agentes de salud tradicionales.

Relaciones intersectoriales: Reconoce que los factores determinantes de la salud están fuera del ámbito de la salud. Se requiere por lo tanto, la coordinación entre distintos

³⁴ Bruntland, 1999

sectores para reconocer y abordar las influencias intersectoriales para alcanzar resultados favorables.

La integración vertical: se refiere a la sinergia de enfoques entre distintos niveles. Debe existir una coherencia entre las políticas globales, internacionales, regionales, nacionales y locales en cuanto a la salud indígena. Son importantes los mecanismos formales que promueven la coordinación entre los responsables de la elaboración de políticas y otras instancias de decisión en diferentes niveles.

El derecho al control: Se requiere que las instancias responsables de las políticas de salud de pueblos indígenas desarrollen mecanismos formales que aseguren que los pueblos indígenas puedan controlar dichos procesos y acceder a un mayor control sobre su salud.

Mejoramiento de capacidades: Se debe permitir a los indígenas orientar de forma más eficaz su propia evolución en salud. Puede materializarse como programas de acción que aseguren su representatividad en programas de salud académicos o a través del fortalecimiento de las propias instituciones indígenas.

Propiedad intelectual: Trata sobre el reconocimiento del derecho de los pueblos indígenas a proteger sus conocimientos tradicionales y al reconocimiento de que fueron transmitidos de forma endógena a través de generaciones. También parte de reconocer que esos conocimientos continúan desarrollándose y aplicándose.

Calidad de la información: Trata sobre la importancia de la recopilación sistemática de datos estadísticos desagregados por pueblos indígenas y comunidades étnicas. Las definiciones étnicas deben coincidir con las percepciones que tienen sobre sí mismos. A los indicadores convencionales hay que añadir otros que puedan medir los resultados de la salud de acuerdo a las ideas que tienen los pueblos indígenas y comunidades étnicas.

Responsabilidad: Se aplica en varios niveles, desde los que elaboran las políticas hasta quienes deben rendir cuentas ante los pueblos indígenas y comunidades étnicas. Para controlarlas es necesario establecer mecanismos transparentes y concertados.

Acceso a los recursos: Se precisan recursos adicionales y diferentes para tener resultados equitativos reales. Se trata de recursos que pueden abarcar el acceso a tierra y territorio hasta recursos culturales. Las políticas deben estar destinadas a facilitar el acceso a los recursos. Deben asegurarse mecanismos para el acceso a los recursos culturales específicos en el campo de la salud.

A nivel del Hemisferio Americano, la política de salud compartida por los países es la Resolución V, adoptada por el Consejo de Dirección de la OPS en 1993, y se hace operativa a través de la SAPIA.

En diciembre de 1993 la Asamblea General de la ONU aprobó el Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas (1994-2004) que tiene entre sus metas las siguientes alusivas a la salud:³⁵

- Desarrollo y ejecución de una política general de salud de los pueblos indígenas, planes nacionales y proyectos locales, que respondan a las recomendaciones de Winnipeg e incorporen las prioridades de los pueblos indígenas.
- Establecimiento de instancias y/o mecanismos nacionales de coordinación y concertación de la SAPIA como responsables visibles de la implementación de dicha iniciativa.
- Establecimiento de mecanismos de coordinación y articulación de gobiernos, organizaciones indígenas, comisión monitora, otras instituciones, y la cooperación externa para el desarrollo de acciones en salud de los pueblos indígenas de la Región.
- Desarrollo y aplicación de instrumentos apropiados de evaluación y seguimiento de los planes y proyectos de la Iniciativa.

Entre las recomendaciones que han derivado de esos debates para la salud intercultural están los siguientes:³⁶

- Es fundamental el fortalecimiento organizativo de los pueblos indígenas y comunidades étnicas para elevar su nivel de incidencia y protagonismo en las diferentes instancias de decisión y ejecución que involucran su bienestar como pueblos.
- El reconocimiento por parte del Gobierno y de sus instituciones de la existencia de los pueblos indígenas y comunidades étnicas así como la incorporación de estrategias que respondan a las especificidades de estos pueblos en las políticas de atención, prevención, promoción y desarrollo de la salud y educación.
- La ratificación y ejecución del Convenio 169 de la OIT por parte de los gobiernos que no lo han hecho.
- La promoción e impulso de los censos poblaciones indígenas y afrodescendientes en los países de la Región, estableciendo un sistema estadístico diferenciado por ascendencia étnica y la incorporación de variables que den como resultado un perfil epidemiológico integral.
- La promoción, de una manera conjunta por parte de los gobiernos, pueblos indígenas, comunidades étnicas de un proceso de sensibilización por personal de salud y de los demás miembros de la sociedad civil para que comprendan las

³⁵ OPS/OMS. Plan de acción de la OPS/OMS para el impulso de la Iniciativa en la Región de América. Iniciativa de salud de pueblos indígenas. 1995-1998

³⁶ Se han tomado como referencias las recomendaciones derivadas del Seminario sobre la Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos organizado por la OPS en Nicaragua en 1998.

especificidades culturales y proporcionen una atención de salud que esté en correspondencia con la realidad de estos pueblos.

- La incorporación en el marco de la reforma del sector salud, por parte de los gobiernos, de un modelo de atención que responda a las necesidades de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, donde se tome en cuenta y fortalezca la medicina tradicional como una estrategia en la ampliación de acceso y cobertura de la atención de la salud y se promuevan mecanismos de cooperación entre el personal responsable de la atención de salud, el personal comunitario, los líderes formales e informales y los terapeutas tradicionales.
- La formulación de planes de salud nacionales a través de procesos de consulta a los pueblos indígenas y comunidades étnicas para definir las estrategias en la organización y provisión de servicios de salud.
- La formación integral de los recursos humanos de la salud para que respondan al perfil epidemiológico y al contexto sociocultural de la comunidad, mediante la capacitación formal e informal, poniendo en práctica el paradigma de “aprender-haciendo” a través del intercambio multidireccional de experiencias y el aprovechamiento de las capacidades teóricas y técnicas en el enfoque intercultural en salud.
- La incorporación en el marco de la reforma educativa, por parte de los gobiernos, de temas referentes al conocimiento de las culturas, la cosmovisión y medicina tradicional, como un componente en la transformación curricular de los diferentes programas educativos, particularmente aquellos dedicados a la formación y desarrollo de los recursos humanos en salud.
- La creación de centros de acopio y distribución de información sobre temas relacionados con las condiciones de vida y salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas; sobre la medicina tradicional y sus terapeutas, de tal manera que apoye al mejor conocimiento de su problemática particular y la formulación de indicadores de impacto y evaluación de los planes tendientes a contribuir al bienestar de esos pueblos.
- La promoción de la investigación operativa sobre la medicina tradicional y su aplicación, tomando en cuenta los aspectos socioculturales de las comunidades.
- El cumplimiento por parte de los Estados Miembros de la OPS de los objetivos y metas planteadas por los pueblos indígenas en el marco de la iniciativa SAPIA.

EL DEBATE SOBRE INTERCULTURALIDAD EN NICARAGUA

A nivel nacional, el tema de la interculturalidad como un principio para la construcción de nuevas relaciones interétnicas, se profundizó con la aprobación de la Constitución Política en 1987; se reforzó con la Reforma Constitucional de 1995 que señalaba específicamente entre sus objetivos que “éstas reformas a la Constitución contribuyen a crear mejores condiciones para la convivencia de los nicaragüenses en el ámbito político, económico y social”.³⁷

Entre los elementos que caracterizan las relaciones entre las Regiones Autónomas y el resto del país están las siguientes:

RESUMEN COMPARATIVO ENTRE REGIONES EN NICARAGUA³⁸

Variable	Región Pacífico y Centro	Región Costa Caribe
Idioma	Español	Miskitu, creole, mayangna Español, inglés
Religión	Católica Por naturaleza intolerante	Protestante, denominaciones diversas, Por naturaleza un poco más tolerantes, puesto que han compartido con la espiritualidad y ritos indígenas y negros.
Composición racial	Mestiza (español-indio). No Se acepta la incorporación De raza negra y se valora o Reconoce mucho menos de lo Que realmente fue. Se da una contraidentidad, es Decir baja autoestima, ofensiva Contra las comunidades del Siglo pasado.	Diferentes pueblos indígenas y comunidades étnicas: rama, miskitu, mayangna, garífuna, mestizo. Creoles. En lo ideológico tienen una identidad étnica.
Tradición institucional	Poder político centralizado. Disociado de las comunidades.	El poder político no es Centralizado. No ha Coincidió con el poder Económico.
Organización social	Poder centrado en una persona.	Comunidades con identidad Colectiva articulada, procura reproducirla. No hay liderazgo único.
Estado/economía	Plano. Oligarquía acumula cada	Estado nacional diverso.

³⁷ La Constitución Política reúne en los Artos. 5, 8, 27, 33, 48, 49, 89, 90, 91, 107, 121, 140, 164, 177, 180, 181, 186, 197 aspectos normativos importantes para el establecimientos de relaciones interculturales en varios aspectos.

³⁸ Téllez, D. M. 1996

VeZ más poder económico.

Enclave extranjero.
Economía de mercado.
Recuperación de cultura de
Sostenibilidad

En los aspectos de salud las comunidades admiten la vigencia de otros sistemas de salud además del académico-occidental. Así vemos las causas de enfermedades entre pobladores del Río Coco en la RAAN:

CAUSAS DE ENFERMEDADES ENTRE POBLADORES/AS MISKITUS

ORIGEN DE ENFERMEDAD DE ACUERDO A MEDICOS TRADICIONALES Y OTROS AGENTES DE SALUD INDIGENA

Comunidades del Río Coco. 1994

	Sukia	Profeta	Curandero	Líder/Partera	Mamá	Abuela	Otro
Espíritu principal	62.1	34.6	33.5	14.3	26.6	28	22
Espíritu secundario	6.9	46.2	11.3	---	6.1	21	14
Muertos	6.9	15.4	2.8	---	---	---	---
Veneno	10.3	3.8	1.8	---	2	---	---
Desequilibrio	6.9	---	26	43	36.8	20.5	44
Med. Occ.	6.9	---	15	14	11	27	10
Naturaleza	---	---	4	---	---	5	4

Fuente: Cunningham y col. FWL. 1994

LA INTERCULTURALIDAD Y EL MARCO LEGAL EN NICARAGUA

En la Constitución Política los aspectos más relevantes relativos a la interculturalidad están en los Artos. 5 y 121, que establecen lo siguiente:

Arto. 5 *Son principios de la Nación Nicaragüense:...el pluralismo político, social y étnico... El Estado reconoce la existencia de los pueblos indígenas, que gozan de los derechos, deberes y garantías consignados en la Constitución, y en especial los de mantener y desarrollar su identidad y cultura, tener sus propias formas de organización social y administrar sus asuntos locales; así como mantener las formas comunales de propiedad de sus tierras y el goce, uso y disfrute de las mismas...*

En el Arto 121 establece que *“los pueblos indígenas y las comunidades étnicas de la Costa Atlántica tienen derecho en su región a la educación intercultural en su lengua materna...”*

Sin embargo, el Estatuto de Autonomía de las Comunidades de la Costa Atlántica es la principal expresión jurídica y política del proceso de construcción de relaciones interculturales.

Señala desde los “CONSIDERANDOS” que se requiere de transformaciones políticas, económicas y culturales profundas para alcanzar soluciones a las demandas de los pueblos indígenas y comunidades étnicas. Agrega que para la construcción de una nación “ nueva, multiétnica, pluricultural y multilingüe...y la eliminación de la explotación social y la opresión en todas sus formas ”; se requiere de la institucionalización del proceso de Autonomía “ en tanto se reconocen los derechos políticos, económicos, sociales y culturales de sus habitantes; garantiza la igualdad en la diversidad...trastoca en sus aspectos más profundos la esencia misma de la sociedad dependiente...que nos heredó el pasado ”.

La importancia de las relaciones entre las diversas culturas también es abordado en los CONSIDERANDOS cuando señala que “...el proceso de Autonomía enriquece la cultura nacional, reconoce y fortalece la identidad étnica; respeta las especificidades de las culturas de las Comunidades de la Costa Atlántica;

El Estatuto de Autonomía señala que “ Se entiende por Régimen de Autonomía el ordenamiento jurídico que dentro de la unidad del Estado Nicaragüense, establece las atribuciones propias de las Regiones de la Costa Atlántica de Nicaragua y de sus órganos de administración; y, los Derechos y Deberes que corresponden a sus habitantes para hacer efectivo el ejercicio de los derechos históricos de las comunidades de la Costa Atlántica de Nicaragua consignadas en la Constitución Política de la República de Nicaragua, el Estatuto de Autonomía y demás leyes de la República.”³⁹

Entre las competencias establecidas en el mismo Estatuto están:

Que las Regiones Autónomas tienen a través de sus órganos administrativos las siguientes atribuciones generales:

Arto. 8, inciso 1. *Participar efectivamente en la elaboración y ejecución de los planes y programas de desarrollo nacional en su región, a fin de armonizarlos con los intereses de las comunidades de la Costa Atlántica.*

Inciso 2. *Administrar los programas de salud, educación, cultura, abastecimiento, transporte, servicios comunales en coordinación con los Ministerios de Salud correspondientes.*

En el Arto. 11, inciso 8 establece además “Rescatar en forma científica y en coordinación con el sistema nacional de salud, los conocimientos de medicina natural acumulados a la largo de la historia”.

En el capítulo relativo a los órganos de Gobierno de las Regiones establece en el Arto. 23, inciso 3 “Participar en la elaboración, planificación, realización y seguimiento de las políticas y programas económicos, sociales y culturales que afecten o conciernen a su región”.

³⁹ Estatuto de Autonomía de las Comunidades de la Costa Atlántica de Nicaragua. Aprobado en octubre de 1987.

Una vez aprobado el Estatuto de Autonomía en 1987, se inició el proceso de su reglamentación. Para tal efecto se conformó una Comisión de la Presidencia que presentó el 20 de octubre de 1989 un documento con los aspectos relacionados con salud. El documento planteaba un proceso paulatino para la descentralización de la gestión de salud y la articulación entre la medicina occidental y la medicina tradicional.

De forma paralela el MINSA inició el proceso de descentralización iniciando con el presupuesto del MINSA hacia la Región y la definición e implementación de mecanismos especiales para la asignación de medicamentos, insumos y materiales de reposición periódica.⁴⁰ La Comisión presentó la propuesta en una sesión del gabinete del Presidente de la República en octubre de 1989.⁴¹

Los aspectos que incorporó el documento fueron los siguientes:⁴²

1. Marco Legal
2. Líneas a seguir en el desarrollo del sector salud
3. Competencias de las Regiones Autónomas en el sector salud
4. Los programas de servicios de salud en las Regiones Autónomas
- 5 Programa de capacitación y formación
- 6 Estructura de la Secretaría de Asuntos de la Salud y su funcionamiento
- 7 Responsabilidades del MINSA
- 8 Acciones inmediatas para impulsar el proceso autonómico

Por la importancia del tema de salud, una vez instalado el primer Consejo Regional Autónomo en 1990, uno de los primeros temas que se comenzó a trabajar fue la salud. Así se encuentra que en la propuesta de reglamentación que los Consejos Regionales Autónomos trabajaron de forma conjunta, para presentar al ejecutivo en 1993, se sientan las bases para comenzar a estructurar los aparatos institucionales propios.

El proyecto de Reglamento establecía que *para hacer efectivo lo anterior, el Gobierno Central trasladaría las competencias, los presupuestos, recursos financieros y materiales necesarios de los Ministerios y Entes Autónomos respectivos a las Regiones Autónomas.*

Agregaba en el Arto. 13, que *las instituciones deberían de coordinar la ejecución de*

⁴⁰ Entrevista con Alta Hooker.2000

⁴¹ La Comisión se organizó en varios equipos especializados de trabajo, visitaron las Regiones Autónomas varias veces y conformaron equipos con funcionarios ubicados en ambas Regiones Autónomas para producir las primeras recomendaciones.

⁴² Ver propuesta de Reglamentación del Estatuto de Autonomía de las Comunidades de la Costa Atlántica. Equipo de Salud. 1989

programas y proyectos con los Consejos Regionales Autónomos y que todo proyecto que se programe implementar en las Regiones debería de contar con el aval del Consejo Regional Autónomo respectivo.

En el capítulo II que trataba sobre la administración de programas nacionales en las Regiones Autónomas, la propuesta señalaba que se entendía por *administración* lo siguiente:

- *Recibir de las instituciones estatales la asesoría técnica-administrativa, metodológica y otros apoyos materiales necesarios.*
- *Elaborar, ejecutar, administrar y evaluar de forma conjunta los presupuestos, incluyendo aspectos de recursos humanos, técnicos, los planes de inversiones, planes de desarrollo y mantenimiento de infraestructura, equipamiento necesario para brindar servicios a la población.*
- *Gestionar y administrar los recursos provenientes de cooperación externa, informar sobre el uso de estos recursos.*
- *Asegurar la participación de los habitantes de las comunidades en los proyectos de desarrollo de los servicios básicos y en las campañas que se impulsen en su beneficio.*
- *Corresponde a las Regiones Autónomas el nombramiento de delegados Regionales de las instituciones cuyas competencias se hayan trasladado y las que no se han trasladado a las Regiones Autónomas, se harán de común acuerdo en base a ternas presentadas por las Regiones Autónomas*
- *Realizar estudios y asegurar la capacitación para recursos humanos y los funcionarios regionales.*

En el Arto. 22, planteaba *que los servicios de salud, serán prestados teniendo como bases las políticas y normas definidas por el Ministerio de Salud, rescatando de forma científica el uso, desarrollo y difusión de los conocimientos de medicina natural de las comunidades de la Costa Atlántica.*

En el Arto. 23 decía que *el plan de inversiones del sector salud en las Regiones Autónomas, debe de orientarse hacia el fortalecimiento de la capacitación de los recursos humanos, la infraestructura física y a mejorar el equipamiento y los suministros médicos y no médicos.* En el Arto. 24 agregaba que *el Ministerio de Salud, en coordinación con las autoridades regionales autónomas, elaborará e impulsará una estrategia de desarrollo global en dicho sector, que contribuya al fortalecimiento de servicios de atención primaria, medicina preventiva, rehabilitación de la salud, incorporando la promoción de la participación comunal e intersectorial.*

También señalaba que *las Regiones Autónomas, podrán solicitar a las Universidades Regionales, Nacionales y Extranjeras el apoyo necesario para diseñar, organizar y ejecutar*

planes y programas encaminados a la formación, capacitación y profesionalización de sus habitantes a nivel superior y, apoyo en áreas o especialidades de interés para el desarrollo regional.

En el Arto. 38, plantea como responsabilidades de los Consejos Regionales Autónomos:

Requerir a los ministerios, instituciones y organismos correspondientes la información necesaria para conocer las políticas del poder ejecutivo, armonizarlas con las de carácter regional y garantizar su cumplimiento. También señala como una responsabilidad, realizar todas aquellas gestiones necesarias para el interés, bienestar y desarrollo de la Región, ante los ministerios e instituciones estatales, sus delegaciones regionales, organismos gubernamentales y no gubernamentales y otras instancias que estime pertinente, de conformidad con lo que a tal efecto determine el Consejo Regional Autónomo.

En cuanto a las gestiones necesarias para el desarrollo de la Región, el mismo reglamento establecía:

Realizar todas aquellas gestiones necesarias para el interés, bienestar y desarrollo de la Región, ante los ministerios e instituciones estatales, sus delegaciones Regionales, organismos gubernamentales y no gubernamentales y otras instancias que estime pertinente, de conformidad con lo que a tal efecto determine el Consejo Regional Autónomo.

En octubre de 1997 el Consejo Regional aprobó el Modelo de Salud de la Región después de un proceso de consulta y conformó una comisión con el mandato de negociar con el nivel central del MINSa la transformación del MODELO DE SALUD DE LA RAAN en política nacional de salud. En marzo del 2002 la Asamblea Nacional aprobó la Ley General de Salud con un capítulo DE LA SALUD EN LAS REGIONES AUTÓNOMAS DE LA COSTA ATLÁNTICA. El capítulo incluyó lo siguiente:

Arto. 11 Las Regiones Autónomas de la Costa Atlántica podrán definir un modelo de atención en salud conforme a sus tradiciones, cultura, usos y costumbres dentro del marco de las políticas, planes, programas y proyectos del Ministerio de Salud.

El Ministerio de Salud coordinará con los Consejos Regionales todos los aspectos relacionados con los modelos de gestión institucionales, así como los requeridos para promover la descentralización, desconcentración y delegación en estas regiones.

Los Consejos Regionales Autónomos podrán crear sus instituciones administrativas de salud que consideren convenientes para la administración de los servicios de salud, todo en el marco de la autonomía y acorde con las políticas, normas y procedimientos nacionales de salud.

A pesar de la voluntad de negociar desde la Región Autónoma con el MINSa Central desde la aprobación del Modelo de Salud en 1997, fue hasta inicios del 2002 que las

autoridades nacionales del MINSA demuestran voluntad de dialogar con las autoridades de ambas Regiones Autónomas. Siguiendo la práctica de la metodología del consenso se realizó una consulta en los municipios de la RAAN y la cabecera regional de la RAAS para identificar los temas a incluir como prioridades en el diálogo.

El CONSEJO DE SALUD DE LA RAAN con invitados de la RAAS se reunió los días 19 y 20 de marzo para analizar la situación de salud y participar en el diálogo de salud que se llevó a cabo el 21 de marzo del 2002.

LA RECONSTRUCCIÓN DE LA RUTA DEL PROCESO DEL MODELO DE SALUD DE LA RAAN

Para iniciar el proceso de definición del Modelo de Salud en la Región se consideraron los siguientes elementos:

A nivel internacional

- El avance en el reconocimiento jurídico de los derechos de pueblos indígenas y comunidades indígenas a nivel internacional. (Proyecto de Declaración de Derechos de Pueblos Indígenas, el Convenio 169 de la OIT, la Iniciativa SAPIA en la OPS).
- El reconocimiento al derecho de contar con servicios de salud culturalmente adecuados.
- El derecho a controlar la oferta de servicios de salud.⁴³
- El derecho a que la medicina tradicional sea reconocida y respetada.⁴⁴
- El reconocimiento de que la salud de las personas y comunidades está vinculada al desarrollo integral de la sociedad en todos los aspectos.
- El derecho de los pueblos indígenas y comunidades étnicas a determinar las prioridades del desarrollo integral de sus comunidades y pueblos.⁴⁵

Los requisitos básicos que se establecieron para definir un Modelo de Salud fueron:

- Ser parte de un proceso integral de desarrollo regional, como es la Autonomía Regional Multiétnica.
- Los actores sociales involucrados debían de compartir una visión de salud integral.
- Se basa en la vigencia del Estado de Derecho, que incluye el reconocimiento a la identidad colectiva y los derechos históricos de los pueblos indígenas y comunidades étnicas.

⁴³ El Artículo 23 del Proyecto de Declaración especifica el derecho a determinar u desarrollar todos los programas y prioridades de salud).

⁴⁴ Artículo 24 del Proyecto de Declaración de la ONU.

⁴⁵ Este aspecto es muy importante por los antecedentes de imposición de modelos de desarrollo sobre los pueblos y comunidades.

- Varias instancias del Estado Nacional, como son el Consejo Regional Autónomo, Gobierno Regional Autónomo, Alcaldías Municipales. SILAIS Regional demuestran voluntad política tanto en la fase de discusión como en su aprobación e implementación.
- El Estatuto de Autonomía y la propuesta del Modelo de Salud establece espacios y procedimientos para la participación y el control social de los pueblos indígenas y comunidades étnicas del proceso.

El inicio del proceso no partió diseñando una estrategia con una sola opción, sino que comenzó con el planteamiento de la descentralización de la salud para acercar la gestión hacia las comunidades y con ello, tratar de enfrentar de forma conjunta los principales problemas de salud identificados desde la discusión del Estatuto hasta la elaboración del diagnóstico de salud. (1984 -1994)

El punto de partida: Identificación de los problemas y las potencialidades de salud en la Región.

La Comisión de Salud del CRA-RAAN inició el proceso haciendo un diagnóstico sobre la situación de salud en la Región. Entre los principales hallazgos del mismo están:

- La vigencia de sistemas de salud diversos conviviendo en las comunidades, con un alto grado de incidencia de la salud indígena, afrodescendiente y familiar en la organización de los servicios de salud en las comunidades y familias.
- La falta de respuestas del sistema de salud occidental sobre las condiciones de salud de la población en las áreas de influencia y una amplia falta de cobertura y accesibilidad para la mayoría de la población. Entre 20 y 40% de cobertura.
- La ausencia de relaciones de articulación entre los sistemas de salud vigentes aunque en la práctica hay una alta tasa de movilidad entre las mismas, utilizando el sistema doméstico como principal filtro.

Adopción del enfoque de salud intercultural:

La Comisión de Salud del CRA-RAAN adoptó un enfoque de salud intercultural que plantea una relación armoniosa y equitativa entre los sistemas de salud vigentes en las comunidades, bajo un concepto de salud integral. Este enfoque ubica la descentralización de la salud como una propuesta que parte del empoderamiento y del incremento de las capacidades locales como bases para asumir la conducción paulatina de sus propias acciones de salud.

Se basa asimismo en el potencial de conocimientos, saberes y dones que poseen las personas en las comunidades y que han sido las garantes de su sobrevivencia colectiva.

La posición de la Comisión de Salud fue coherente con el marco jurídico y las políticas regionales y nacionales establecidas en la Constitución Política, el Estatuto de Autonomía de las Comunidades de la Costa Atlántica. También es compatible con el marco político normativo internacional y los compromisos que el país ha asumido en el campo de la salud

y los derechos de los pueblos indígenas y comunidades étnicas: procesos de reforma y modernización del sector salud, Declaraciones, Pactos y Recomendaciones Internacionales.

Adopción de la Metodología del Consenso para promover el Enfoque de Salud Intercultural:

La Comisión de Salud del CRA- RAAN asumió el compromiso de utilizar la metodología del consenso para definir las acciones a tomar.

El planteamiento era que la discusión de políticas de salud deberían de responder a las necesidades, capacidades y prioridades de los pueblos indígenas y comunidades étnicas y, que la única forma de alcanzar una propuesta asumida y defendida por todos los sectores, era siguiendo un proceso participativo que permitiese construir una propuesta de consenso.

La metodología del consenso se basa en lograr que todos los sectores se posicionen sobre la salud intercultural desde cada uno de sus visiones, experiencias y prácticas. Es una metodología que privilegia el diálogo, el intercambio de experiencias, las consultas de buena fe, la participación informada y el respeto a los tiempos y estructuras organizativas de cada pueblo indígena y comunidad étnica. Este consenso involucra actores comunales, municipales, regionales y pretende involucrar de la misma forma al nivel central de cada uno de los sistemas de salud. El incremento de las capacidades de negociación de los actores locales se constituye en un elemento fundamental para el éxito de dicha metodología.

Principios concertados para un Modelo de Salud Intercultural en la RAAN:

- El ejercicio de la libre determinación de los pueblos indígenas y comunidades étnicas.
- El desarrollo de una relación respetuosa entre sistemas de salud vigentes en la Región.
- La afirmación y revitalización cultural de salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas.
- Incremento de capacidades de las personas que practican la salud en los sistemas de salud vigentes.
- Reconocimiento y respeto de los conocimientos, saberes y dones colectivos de los pueblos indígenas y comunidades étnicas.

Características de la Salud Intercultural en la RAAN

A través de un proceso participativo de construcción de consenso se acordó que las características de la salud intercultural en la RAAN deberían ser las siguientes:

- Integral
- Reciprocidad
- Intercultural
- Atención diferenciada

- Equidad
- Calidad
- Acceso equitativo a los recursos

Aprobación del Modelo de Salud Autonomico Regional:

La propuesta del Modelo de Salud fue sometida a consulta y consenso antes de ser aprobada por el Consejo Regional de Salud en octubre de 1997.

Mecanismos de control social y monitoreo participativos establecidos para el seguimiento del Modelo de Salud de la RAAN:

Los mecanismos que se establecen en el proceso para asegurar la participación social en el control para la aplicación del Modelo de Salud fueron los siguientes:

- Creación del Consejo Regional de Salud con la participación de actores sociales relevantes.⁴⁶ El CRS- RAAN ha realizado reuniones de control y monitoreo en las cuales además de aprobar su Reglamento de funciones internas ha conocido el informe del Director del SILAIS, Presidente de la Comisión de Salud del CRA-RAAN, discusión del Sistema de Monitoreo. También ha realizado una consulta sobre la posición de los pobladores/as de la RAAN sobre el impacto de las Reformas del Sector Salud sobre la aplicación del Modelo de Salud de la RAAN. En su V Reunión conoció el informe de la situación de salud presentado por las comisiones municipales de salud, el Hospital Regional, la dirección del SILAIS, los terapeutas tradicionales mískitus y creoles, la situación de salud desde la perspectiva de las mujeres de la RAAN y el avance del proceso de definición del Modelo de Salud de la RAAS. También tuvieron una presentación de la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional.
- Integración de las autoridades nacionales del MINSA al Consejo Regional de Salud. Ha participado representación del MINSA Central en 3 de las 5 Reuniones.
- Organización de Comisiones de Salud en los Municipios de la RAAN. Las mismas han sido activas para la organización de Campañas de Salud, situaciones de desastres y han preparado las posiciones a ser incluidas en el diálogo de salud con el MINSA.
- Constitución de Comité de negociaciones. El mandato de dicha comisión es dar seguimiento a la implementación del Modelo de Salud y las negociaciones con el nivel central del MINSA, la Comisión de Salud de la Asamblea Nacional y organizaciones internacionales para que el Modelo de Salud se constituya en política de salud nacional y sea incorporada en el Proyecto de Ley General de Salud.

⁴⁶ El Consejo Regional de Salud es un espacio de participación de miembros del Consejo Regional Autónomo, Alcaldías Municipales de la RAAN, autoridades nacionales, regionales y municipales del MINSA, terapeutas tradicionales, sociedad civil representada por ONG,s, movimientos, iglesias, organizaciones tradicionales. Se trata de aproximadamente 100 personas.

Ha logrado incidir en el dictamen de la Ley General de Salud. Ha coordinado con HORIZONT 3000, BID, ASDI apoyo para el desarrollo del proceso y en el caso de los últimos en el diálogo de salud. Han invitado como garantes para la continuidad del diálogo de salud al BID, ASDI y la Procuraduría Especial de Pueblos Indígenas y Comunidades Étnicas y como observadores a la OPS/OMS y las Comisiones de Salud y Asuntos étnicos de la Asamblea Nacional.

El proceso ha contado como instancia que facilita al Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunitario de la Universidad de las Regiones Autónomas de la Costa Caribe Nicaragüense-URACCAN.

Líneas de acción implementadas:

El proceso del Modelo de Salud en la RAAN ha trabajado en base a las siguientes líneas de acción:

- 1. Compartir una visión de salud intercultural.** La participación y construcción de consenso alrededor de cada una de las acciones desarrolladas a lo largo del proceso fueron contribuyendo a una visión de salud intercultural compartida entre sectores de la sociedad costeña y practicantes de los sistemas de salud vigentes. De forma paulatina se ha logrado llevar a cabo intercambios de experiencias, celebraciones conjuntas del “Día Mundial de la Salud”, foros y debates sobre temas relevantes como el SIDA. La iniciativa del Modelo de Salud se ha extendido a la RAAS a través de la CS-CRA-RAAS.
- 2. Fortalecer y legitimar las estructuras autonómicas.** El Estatuto de Autonomía determina claramente las responsabilidades de las autoridades regionales en la administración de la salud. El Modelo de Salud plantea una propuesta de gestión que establece responsabilidades compartidas entre el MINSA, las autoridades regionales y municipales y la población organizada en diversas expresiones de la sociedad civil. Las autoridades comunales son respetadas en la definición de responsabilidades.
- 3. Generar capacidades para re-crear y articular desde las propias potencialidades de cada pueblo indígena y comunidad étnica.** La organización y desarrollo de programas de formación y capacitación de recursos humanos de los sistemas de salud occidental y tradicional así como los intercambios de experiencias han sido fundamentales.
- 4. Revitalización de Sistemas de Salud Endógenas.** Acompañar y promover procesos de autoorganización, revitalización y afirmación cultural especialmente en base a los conocimientos, saberes y dones de la medicina tradicional indígena. En este campo se enmarcan así mismo las investigaciones e intercambios de experiencias y el inicio de discusiones de modelos de salud Mayangna en la Cuenca del Río Wasbuk, Barrio El Cocal en Bilwi, Municipio de Siuna, entre otros.

Valoración de resultados e impacto:

A nivel político normativo

- El CRA-RAAN aprobó la Resolución adoptando el Modelo de Salud de la RAAN como ley regional.
- Se conformó el CRS de salud como instancia de consulta del CRA-RAAN para la implementación y seguimiento del Modelo de Salud de la RAAN. Se trata de una instancia de amplia participación comunitaria, municipal y regional, con presencia de elementos característicos de los sistemas de salud vigentes.
- La Ley General de Salud ha incluido en su articulado el reconocimiento al Modelo de Salud y la responsabilidad de los Consejos Regionales de Salud en la administración de la salud, pasando con ello a ser ley nacional.
- Las Comisiones de Salud de los Municipios han asumido un importante rol en la revisión de acciones de salud y la coordinación entre actores claves.
- La Comisión de Salud del CRA-RAAS ha iniciado el debate sobre el Modelo de Salud de su Región.
- Algunas comunidades, barrios y territorios indígenas han iniciado la elaboración de su Modelo de Salud: Mayangna Sauni As, Barrio El Cocal.
- Se ha iniciado el proceso de diálogo de salud con las autoridades nacionales del MINSA. El mismo está siendo acompañado por instancias nacionales e internacionales.

A nivel educativo

- Se realizó la Maestría en Salud Pública Intercultural egresando aproximadamente 30 personas que ocupan cargos de dirección y técnicos en la RAAN, importantes para la implementación del Modelo de Salud.
- Han egresado aproximadamente 40 licenciados/as de enfermería con enfoque intercultural y hay tres grupos en formación.
- Se ha capacitado personal de salud comunitario del MINSA y ONG's en gerencia, epidemiología y salud comunitaria con enfoque intercultural.
- La Región cuenta con un Convenio con la UNAN-León que le asigna prioridad a los estudiantes de medicina originarios de la RAAN.
- La asistencia técnica del CIESS, IMTRADEC- URACCAN ha contribuido al incremento de las capacidades locales y regionales.
- Nueva metodología aplicada para el diseño de programas y cursos de formación y capacitación de recursos humanos: participativos, combinando personas y visiones de salud desde cada uno de los sistemas.

A nivel de creación de espacios de reconocimiento y respeto de la diversidad de los sistemas de salud vigentes

- Fortalecimiento y apoyo para la autoorganización y el intercambio de experiencias entre agentes de salud tradicional miskitos, creoles y mayangnas.
- Feria anual conjunta para el Día Mundial de la Salud.
- Incorporación de enfoque y personal de salud tradicional en los programas, servicios, foros y debates de salud occidental sobre temas relevantes como el SIDA.

Se han celebrado encuentros sobre la espiritualidad indígena y su relación con la salud.
Se han elaborado materiales didácticos articulando enfoques de diversos sistemas de salud (para prevención del uso de drogas, salud sexual y reproductiva).
Los currículos de las carreras de salud que oferta URACCAN han sido revisados para asegurar una relación respetuosa entre sistemas de salud.
Terapeutas tradicionales han sido incorporados como docentes en los programas de formación y capacitación de recursos humanos en salud.

A nivel de gestión de la salud

- Se introdujo un fuerte componente de participación social en la gestión de la salud alcanzado grados aceptables de apropiación del Modelo en diversos sectores.
- Se propone un sistema de información y monitoreo que combina aspectos técnicos con elementos participativos que involucran a actores comunitarios y articulan los sistemas de salud vigentes.
- Se constituye en una propuesta que contribuye al proceso de reforma y modernización del sector salud, especialmente en cuanto a la descentralización de la salud.
- Contiene una propuesta de rediseño de la organización institucional que define responsabilidades compartidas entre actores locales.
- Promueve un balance en la organización de la atención considerando la promoción, prevención y atención curativa en los diversos niveles, articulando en todo el proceso la prestación de servicios de salud desde cada uno de los sistemas de salud.
- Propone la focalización de la atención sobre las áreas priorizadas.
- Identifica las fuentes de financiamiento.
- Asigna un peso determinante a la formación y capacitación de recursos humanos para compatibilizar la propuesta al avance tecnológico y la necesidad de inversiones que se requiere para alcanzar los objetivos propuestos.
- Establece mecanismos de regulación, control y seguimiento coherentes con los principios y estrategias planteadas.

PRINCIPALES DESAFIOS PARA AVANZAR EN EL MODELO DE SALUD DE RAAN:

- El modelo de salud de la RAAN se está promoviendo en un contexto de rezago tecnológico en donde se evidencia una combinación en el perfil epidemiológico que combina enfermedades como cáncer, diabetes, hipertensión, salud mental con dengue hemorrágico, krisi siknis, enfermedades de origen hídrico u otras formas de contaminación.
- Hay una “acumulación patológica” con la existencia de simultánea de dos tipos de problemas. La situación de inequidad que la Región enfrenta, además de mantener la vulnerabilidad a enfermedades infecciosas incrementa el acceso en condiciones de desventaja a enfermedades degenerativas, violencia, exposición al uso de drogas y contaminación.
- Las diferencias entre el Modelo de Salud de la RAAN y el proceso de reformas del

sector salud, a pesar de que ambas se explican por la necesidad de cambios, está en el enfoque: mientras el Modelo de Salud de la RAAN utiliza un enfoque integral, intersectorial y participativo, las Reformas del Sector Salud se han hecho desde propuestas tecnocráticas, sectoriales, sin abordar las causas que las determinan.

- Uno de los desafíos es cómo hacer que el Modelo de Salud que es aceptable por la sociedad costeña sea realmente efectiva en función de costos.
- Se requiere de más esfuerzos para el desarrollo de las instituciones descentralizadas y la sociedad civil, de forma que puedan expresar mejor sus necesidades y tener un rol más beligerante en la planificación del Modelo y la prestación de servicios.
- La gestión del Modelo de Salud está contribuyendo con la definición de la política de salud del país, en la medida en que en que está ayudando no sólo a conformarla y modificarla en su aplicación.
- El proceso está dándose en un medio cultural, que está sirviendo de instrumento de cambio de la misma cultura. La naturaleza participativa del proceso debe dar como resultado ese cambio.
- Sin embargo, las relaciones de interculturalidad requieren de cambios globales y no pueden sustentarse en voluntades particulares. Se requiere la voluntad política de las autoridades nacionales (MINSA, Secretaría Técnica de la Presidencia, INSS, MIFAMILIA, otros) como de las autoridades regionales, municipales y comunitarias, de comprometerse en un proceso de largo plazo con recursos materiales, financieros, normativas específicas pero flexibles y cambios de actitud para construirla.
- La promoción de las condiciones y recursos que aseguren la ampliación de las oportunidades para que los pueblos indígenas y comunidades afrodescendientes ejerzan su derecho a adquirir, reproducir, manifestar, practicar, desarrollar y enseñar sus conocimientos, tradicionales, costumbres y prácticas espirituales en salud es fundamental y, debe ser asumida por diversos actores incluyendo el MINSA.
- Articular las iniciativas, programas y proyectos de la cooperación internacional y nacional para que además de incorporar el enfoque de salud intercultural participen en un proceso de articulación y optimización de recursos. Además se requiere el compromiso de las agencias de financiamiento y asistencia técnica de involucrarse en el proceso desde una perspectiva integral.⁴⁷

LECCIONES APRENDIDAS Y CONSIDERACIONES PARA EL FUTURO

⁴⁷ Lo anterior se aplica principalmente ante los compromisos de reducción de la pobreza en los cuales la salud es un importante componente, sin embargo, el abordaje es siempre parcial y reducido. El enfoque de interculturalidad se constituye en una herramienta importante para políticas equitativas.

Una de las principales lecciones que la reconstrucción del proceso de discusión, aprobación e implementación del Modelo de Salud de la RAAN enseña es que hacer política pública requiere de altos grados de participación de los actores involucrados. En el mismo proceso han aprendido y han crecido los actores locales, pero sobre todo han conocido y se han enriquecido de los conocimientos, saberes y dones vigentes en los sistemas de salud que estaban negados.

Para avanzar en la implementación del modelo de salud de la RAAN se recomienda:

- Continuar creando espacios para compartir la visión de salud intercultural.
- Incrementar la capacidad de las estructuras autonómicas locales, municipales y regionales para que puedan asumir de forma eficiente la implementación del Modelo de Salud. Instalar las Secretarías de Salud en los Gobiernos Regionales como instancias de articulación y coordinación entre sistemas de salud, programas enfocados hacia los sectores vulnerables, entre otros.
- Ampliar las posibilidades de formación y capacitación de los recursos humanos de los diversos sistemas de salud.
- Continuar el proceso de revitalización de Sistemas de Salud propios de los pueblos indígenas y comunidades étnicas, manteniendo su desarrollo paralelo.
- Avanzar en el proceso del diálogo de salud entre las Regiones y el Nivel Central del MINSA tratando de involucrar a otros actores institucionales nacionales tales como: ENACAL, MTI, INSS, MIFAMILIA, SETEC, INIFOM, AMUNIC, ASAMBLEA NACIONAL.

A nivel político normativo

- Asegurar el funcionamiento efectivo de la Comisión de Salud del CRA-RAAN, incrementando para ello su capacidad técnica y política. La Comisión de Salud del CRA-RAAN deberá diseñar el Plan Regional de Salud que ha sido un mandato del CRA-RAAN desde 1997.
- Asegurar el funcionamiento sistemático del CRS-RAAN como instancia de consulta del CRA-RAAN para la implementación y seguimiento del Modelo de Salud de la RAAN, aprobando a la mayor brevedad el sistema de monitoreo ya discutido.
- Asegurar un plan de asistencia técnica para el fortalecimiento institucional de las Comisiones de Salud Municipales.
- Trabajar en la Reglamentación del capítulo sobre la salud en las Regiones Autónomas de la Ley General de Salud.

A nivel educativo

- La Comisión de Salud del CRA-RAAN deberá actualizar sus convenios con instituciones formadoras de recursos humanos de forma que continúe incrementando la capacidad técnica de los trabajadores/as de la salud de la RAAN.
- Asegurar la formación y capacitación de recursos humanos de salud en las áreas de epidemiología, salud sexual y reproductiva, sistemas de monitoreo y de registro,

gerencia de hospitales y salud comunitaria asegurando la incorporación del enfoque intercultural.

- Evaluar el impacto y actualizar en base a ello el Convenio con la UNAN-León que le asigna prioridad a los estudiantes de medicina originarios de la RAAN.

A nivel de creación de espacios de reconocimiento y respeto de la diversidad de los sistemas de salud vigentes

- Continuar fortaleciendo y apoyando la autoorganización y el intercambio de experiencias entre agentes de salud tradicional miskitos y mayangnas e incrementar hacia el sector afrodescendiente.
- En base a la experiencia de la Feria anual conjunta para el Día Mundial de la Salud, promover mayores espacios de intercambio entre sistemas de salud procurando institucionalizar algunos de ellos.

A nivel de gestión de la salud

- Analizar de forma conjunta la metodología de construcción de consenso aplicada a lo largo del proceso de forma que todos los actores involucrados valoren su uso y la potencien en la fase de aplicación del Modelo de Salud.
- Aplicar el sistema de información y monitoreo discutido en el sesión del CRS-RAAN.
- Promover una beligerante estrategia de negociación con el MINSA Central enmarcada en el proceso de Reforma y modernización del sector salud, la Estrategia de reducción y alivio de la pobreza y la descentralización de la salud.
- La comisión de salud del CRA-RAAN deberá promover un proceso de articulación y coordinación entre actores externos e internos discutiendo áreas de interés, zonas geográficas y compartiendo estrategias de forma que contribuyan a la implementación del Modelo de Salud.
- Los promotores del Modelo de Salud deberán tomar medidas urgentes a fin de enfrentar los principales problemas de salud tales como: mortalidad materna, VIH-SIDA, dengue hemorrágico, gripe, contaminación hídrica, situación de los buzos, entre otros.
- Diseñar una campaña regional articulada para identificar fuentes de financiamiento y potenciación de los aportes con los que cuenta actualmente la Región.

CONCLUSIONES

La salud intercultural se constituye en una herramienta para avanzar hacia la equidad en salud. Para su aplicación efectiva debe contarse con algunos requisitos básicos entre los cuales el reconocimiento de la identidad colectiva de los pueblos indígenas y comunidades étnicas es el principal. A partir de ese reconocimiento se desprende el hecho de aceptar la existencia de sistemas de salud propios con todos sus componentes: mecanismos de promoción y prevención de la salud, junto a prácticas para la curación y rehabilitación.

Los sistemas de salud de los pueblos indígenas y comunidades étnicas se asemejan a la salud académica occidental en tanto cuentan con terapeutas socialmente reconocidos e

instituciones que las identifican. Se diferencian en cuanto el enfoque integral u holístico que aplican para el desarrollo de toda su práctica a diferencia del sistema occidental que tiene un enfoque más sectorial y reducido. Ambos mantienen entre si una relación muy estrecha y también con el sistema de salud doméstico. Aceptar sin embargo, esta relación estrecha entre sistemas no ha sido fácil, incidiendo ello en la organización parcial y reducida de los servicios de salud pública en contextos multiétnicos que son cada vez más frecuentes.

El avance nacional e internacional teórico y práctico de los derechos de los pueblos indígenas y comunidades étnicas abre las posibilidades de reorganizar los servicios de salud de forma más pertinente y adecuada siempre que se haga de forma realmente participativa y orientada hacia el empoderamiento de los mismos pueblos indígenas y comunidades étnicas y enmarcada en sus propios planes de autogobierno y desarrollo integral.

La experiencia del Modelo de Salud en la RAAN en el marco de la Autonomía Regional Multiétnica contribuye al debate de la salud intercultural en tanto constituye espacios regionales, municipales y comunitarios para el intercambio entre sistemas de salud, terapeutas tradicionales y académicos y, en la medida en que establece mecanismos de participación efectiva de la ciudadanía multiétnica en la definición de sus prioridades, la organización para enfrentarlas de forma conjunta y su posterior evaluación.

La equidad en salud se alcanza en la medida en que los propios grupos afectados se constituyen en actores relevantes para la definición e implementación de las acciones de salud. La salud intercultural se construye en la medida en que cada sistema cuenta con capacidad para practicarse, desarrollarse y revitalizarse. Se construye en la medida en que el derecho a la salud se practica respetando el principio de universalidad.

BIBLIOGRAFIA:

1. Alderete, E.; La salud de los pueblos indígenas. OMS, 1999
2. Alemán, Wilson y McCoy. Percepción de las comunidades indígenas sobre la biodiversidad, propiedad intelectual y derechos indígenas. IMTRADC-IREMADES.URACCAN.1998
3. Alemán, Wilson y McCoy. Percepción de las comunidades indígenas sobre la biodiversidad, propiedad intelectual y derechos indígenas. IMTRADC-IREMADES.URACCAN.1998

4. Asociación de enfermeras de la RAAN. IMTRADC. Memoria Primera Jornada Científica de la Asociación de enfermeras de la RAAN. Bilwi, 11 de mayo 1999
5. Avendano, N. Nicaragua. Economía y Salud 1990-1999. Friedrich Ebert Stiftung. Junio 2000
6. Barzelatto, J. Salud y derechos humanos. Centro de Políticas sociales y de salud. Conferencia presentada en Foro Centroamericano de la sociedad civil sobre las Reformas del Sector Salud. Managua, Nicaragua. Agosto 2000
7. Bonfil Batalla, G.; La Teoría del control cultural en el estudio de los procesos étnicos. Anuario Antropológico. 1988
8. Bustelo E. Salud y ciudadanía. Una mirada de salud en el futuro. Foro de la sociedad civil de las Américas. 1999
9. Comisión de la Presidencia para la implementación del Estatuto de Autonomía de las Regiones de la Costa Atlántica. Equipo técnico de la Comisión. Elementos a considerar para la Reglamentación del Estatuto de la
10. Consejo Regional Autonomo. IMTRADC-URACCAN. III Sesión del Consejo Regional de Salud. Bilwi, RAAN. 1999
11. Consejo Regional Autonomo. IMTRADC-URACCAN. Memoria de la Segunda Sesión del Consejo Regional de Salud. Bilwi, RAAN. 28 de abril 1998
12. Consejo Regional Autonomo. Primera Sesión del Consejo Regional de Salud. Bilwi, RAAN. 1997
13. Consejos Regionales Autonomos ASDI- IPADE. La descentralización como instrumento del fortalecimiento institucional. Material de apoyo de Seminario - Taller. Puerto Cabezas, 21-22 de mayo 1996
14. CRA-RAAN. Acta de entrega de la Comisión de salud del Consejo Regional Autonomo RAAN. Bilwi. Junio 1996-abril 1998
15. Cunnigham y col. Medicina Tradicional en comunidades miskitas del Río Coco. Fundación Wangki Luhpia. Waspam. 1994
16. Cunnigham y col. Medicina Tradicional en comunidades miskitas del Río Coco. Fundación Wangki Luhpia. Waspam. 1994
17. Daes, E. Statement on cultural challenges of the decade of the World's Indigenous peoples.
18. Delors, J.; La Educación encierra un gran tesoro, Informe de la UNESCO sobre la Educación para el Siglo XXI).
19. Dirigente mestizo de la comunidad La Bodega, Río Coco
20. DSE. Informe especial: Invirtiendo en salud -Las reformas de los sistemas de salud en América Latina. D-C. Septiembre-octubre 1998
21. En 1993, la Organización Panamericana de la Salud/OMS auspició una reunión de consulta y diálogo entre pueblos indígenas, ONG's, Gobiernos y la propia organización para analizar la posibilidad de promover una iniciativa de salud de pueblos indígenas. La reunión se hizo en Winnipeg, Canadá y ha servido de importante punto de partida para la SAPIA (iniciativa de salud indígena) que impulsa la OPS en la Región.
22. Espinosa J.; Friedrich Ebert Stiftung. El sistema de salud Nicaraguense y sus políticas.
23. Friedrich Ebert Stiftung. Las Reformas del Sector Salud. 2000
24. Friedrich Ebert Stiftung. Política Nacional de Salud 1997- 2002. Managua, Nicaragua; julio 1997

25. Fundación Wangki Luhpia. El cólera llegó al Wangki. 1994
26. Fundación Wangki Luhpia. Sistematización Manual de Promoción de opciones saludables para jóvenes de pueblos indígenas y comunidades étnicas de la RAAN. Waspam, julio del 2000
27. Gobierno Regional Autónomo. La Costa Atlántica hacia el 2000. Partidos políticos, Gobierno y Consejo Regional Autónomo, Sociedad Civil. Bilwi, Puerto Cabezas. Septiembre 1996
28. Grupo focal, San Carlos, Río Coco, junio 1999
29. Guerra de Macedo, C. Modelos de gestión y eficacia de las reformas de salud en América Latina. Foro de la Sociedad Civil de las Américas. 1999
30. Hooker A. Interculturalidad en salud. Conferencia presentada en el Foro Centroamericano de la sociedad civil sobre las reformas del sector salud. Agosto 2000
31. Hooker, Martín y Torres. Las creencias y antiguos ritos inciden en los comportamientos sociales y las condiciones de vida de la etnia creole de Bilwi. Abril, 1999. Ensayo presentado en la Primera Jornada Científica de la Asociación de Enfermeras de la RAAN y el IMTRADC-URACCAN. 11 de mayo de 1999
32. Idiáquez J.; El culto de los ancestros. En la cosmovisión religiosa de los garífunas de Nicaragua. Instituto Histórico Centroamericano. UCA. Segunda Edición. Junio 1997. Managua, Nicaragua.
33. II Jornada Indígena de Centroamérica. El Salvador. Agosto, 1999
34. IMTRADC- URACCAN. Informes de talleres de consulta y validación del modelo de salud de la RAAN. 1997
35. IMTRADC-URACCAN. Memoria de actividades realizadas en salud al día Mundial de Salud, en predio de la Iglesia Morava creole de Bilwi. Bilwi, RAAN, 15 de agosto 1999
36. IMTRADC-URACCAN. Memoria de Primera reunión realizada con los consultores de la OPS en Managua con la Comisión de Salud del CRA. Managua, 11 de agosto 1999
37. IPADE, Memoria VI Seminario Autonomía Regional y Municipal. Puerto Cabezas, RAAN. 24 y 25 de octubre 1994
38. José Dixon Willy. Comunidad de Karizal. Co-pastor
39. Memoria. Primera reunión realizada con los consultores de la OPS en Managua con el Presidente de la Comisión de Salud del Consejo Regional Autónomo y la Coordinadora del Instituto de Medicina Tradicional y Desarrollo Comunal. Managua, 11 de agosto de 1999
40. OIT. Convenio 169 de la OIT
41. OPS. Salud de los pueblos indígenas. HSS/SILOS-34. Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. Washington, 1993. Se refiere a la 111a Reunión de miembros del Comité Ejecutivo.
42. OPS/OMS. La salud de los pueblos indígenas. 1993
43. OPS/OMS. La Salud de los Pueblos Indígenas. HSS/SILOS-34. Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas Locales de Salud. 1993
44. OPS/OMS. PNUD/PEC. Revisión y desarrollo de los modelos de atención en salud. Proyecto sub-regional de consolidación e incremento de la capacidad gerencial de los servicios de salud en Centroamérica. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Guatemala 1995

45. OPS/OMS. Resolución V. "SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS" 28 de septiembre, 1993
46. OPS-OMS. Incorporación del enfoque intercultural de la salud en la formación y desarrollo de recursos humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios y Servicios de Salud. Washington, Abril 1998
47. Pérez, R.; Satisfacción de los usuarios y calidad de los procesos de trabajo en las unidades de salud municipales de la Región Autónoma Atlántico Norte (RAAN). URACCAN.CIESS. CRA-RAAN. Abril 1997.
48. Ronald Picado Salgado. Guardabosque de Wailaska, Río Coco
49. Sujo Wilson, H.; Historia oral de Bluefields. CIDCA-UCA. Colección Autonomía. Managua, 1998
50. UNESCO, 18 de octubre, 1999
51. URACCAN. El modelo de salud de la Región Autónoma Atlántico Norte. 1996
52. URACCAN. Informe de cierre del Proyecto de apoyo a la Salud en la RAAN. Bilwi, RAAN. Septiembre 1998
53. Ver estudios de Moraga, F. de AMC y Cunningham de la FWL.
54. Ver talleres de IPADÉ con los Consejos Regionales Autonomos.
55. Wilson. J. Obra Morava en Nicaragua. Trasfondo y breve historia. Editorial Unión. Nicaragua. 1989. Pag. 62
56. Zolla, C.; Sobre las relaciones de la medicina tradicional indígena en los sistemas de salud. 2001

RESOLUCION No. 10-8-10-97
APROBACION DEL MODELO REGIONAL DE SALUD

El Consejo Regional Autónomo de la Región Atlántico Norte en uso de las facultades que le confieren la Constitución Política de Nicaragua, el Estatuto de Autonomía y su reglamento interno:

CONSIDERANDO

I

Que de conformidad al artículo 8, inciso 2 del Estatuto de Autonomía o Ley 28, es facultad de los Consejos Regionales Autónomos administrar los programas de salud de sus respectivas regiones, en coordinación con los Ministerios de Estado correspondientes.

II

Que igualmente, y al tenor del artículo 10, inciso 8, es también deber y atribución de los Consejos Regionales Autónomos rescatar en forma científica y en coordinación con el sistema nacional de salud, los conocimientos de medicina natural acumulados a lo largo de su historia.

III

Que es voluntad reiteradamente manifiesta de este Consejo Regional proceder al ejercicio pleno y efectivo de sus facultades, competencias y atribuciones, conferidas por la Constitución Política y demás leyes de la República, en aras de procurar satisfacer los legítimos intereses y necesidades de la población costeña, de su bienestar y mejoramiento de sus condiciones de vida.

IV

Este Consejo Regional reconoce que para alcanzar el ejercicio y aplicación real y efectiva de sus facultades constitucionales y legales en el ámbito de sus competencias, es ineludible proceder de forma urgente e inmediata a la creación de las condiciones y conceptuales indispensables para el establecimiento gradual y progresivo de la descentralización de los programas y servicios cuya administración les están atribuidos, y así mismo proceder a la definición y establecimiento de las líneas generales de acción, principios básicos y criterios rectores de la actuación de los órganos de la administración regional en el desempeño de sus funciones.

V

Que en cumplimiento de estas metas la Comisión de Salud de este Consejo Regional ha formulado, en consulta con todos los sectores vinculados este tema, el "Modelo Regional de Salud", instrumento teórico-normativo de inapreciable valor para la orientación general del ejercicio de las facultades este Consejo Regional en materia de Salud Pública, citadas en los considerandos previstos de esta resolución.

POR TANTO:

RESUELVE

Aprobar y adoptar el "MODELO REGIONAL DE SALUD, elaborado por la Comisión de Salud de este Consejo Regional", como instrumento normativo, rector y definitorio del sistema regional de salud a implementar en la Región adjunto y parte integrante de esta resolución.

II

Mandar al Coordinador Regional a dar los pasos y realizar las acciones necesarias, metodológicas, de gestión, coordinación o cualquier otra índole para la implementación, aplicación, extensión y desarrollo del "Modelo Regional de Salud", así como de su cumplimiento, en particular proceder a la formulación del "Plan de descentralización del Sistema Regional de Salud".

III

Créase la Comisión de negociación de la descentralización del sistema regional de salud, Comisión ad-hoc que será integrada por el Coordinador de Gobierno Regional, y la Presidente de la Comisión de Salud.

IV

Mandar a esta Comisión ad-hoc a dar continuidad al proceso de negociaciones ya iniciado con el Ministerio de Salud para la descentralización administrativa de las estructuras del sistema regional de salud, en todos sus componentes, inclusive el financiero-presupuestario, de conformidad a los parámetros, directrices, criterios y principios definidos en el Modelo Regional de Salud, aquí adoptado; y a

partir de del Plan de Descentralización del Sistema Regional de Salud, que elabore y apruebe la Comisión Ejecutiva de Salud.

v

Reiterar los mandatos de la Comisión ejecutiva de salud conferidos a la Comisión por Resolución Regional de este Consejo Regional, No. 02.23.06-96; INSTRUMENTO PARA AGILIZAR EL PROCESO DE DESCENTRALIZACION DE LA SALUD, en particular elaborar el plan de descentralización del Sistema Regional de Salud.

VI

Dotar al Modelo Regional de Salud de carácter vinculante , en tanto, parte integrante de esta resolución y por lo tanto norma legal de obligatorio cumplimiento en toda la Región Autónoma del Atlántico Norte.

Dado en la ciudad de Bilwi, Región Autónoma del Atlántico Norte a los ocho días del mes de octubre de mil novecientos noventa y siete.

Fiman Efraín Osejo , Alejandra Centeno y Steadman Fagot como Presidente, Secretaria y Coordinador Regional respectivamente.

